



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

# PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE: OBIETTIVI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA



Cortile dell'Ospedale Maggiore  
Scuola lombarda - post 1650 – ante 1699  
Raccolte d'Arte della Fondazione Ca' Granda



Progetto nuovo Ospedale



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

*Il presente di Piano di Organizzazione Aziendale è stato presentato in tre riunioni al Consiglio di Amministrazione e dallo stesso Consiglio approvato con deliberazione n. 50 del 23 novembre 2012.*

*Il documento è stato redatto grazie all'attiva collaborazione degli operatori della Fondazione attraverso incontri con il Collegio di Direzione, con il Collegio dei Primari, con le Associazioni di Volontariato e i confronti con le Organizzazioni Sindacali del comparto e della dirigenza, nonché attraverso l'acquisizione di pareri e commenti a seguito della pubblicazione del documento in bozza sull'Intranet aziendale.*

***Il Presidente***

*Prof. Giancarlo Cesana*

***Il Direttore Generale***

*Dr. Luigi Macchi*

***Il Direttore Scientifico***

*Prof. Pier Mannuccio Mannucci*

***Il Direttore Sanitario***

*Dr.ssa Anna Pavan*

***Il Direttore Amministrativo***

*Dott. Osvaldo Basilico*

***La Segreteria della Direzione Generale***

*Anna Anversa*

*Pierangela Conalba*

*Adriana Guzzi*

*Milano, novembre 2012*

# PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE: OBIETTIVI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

## Indice

<b>Premessa</b> .....	pag. 5
<b>1. Il profilo della Fondazione: struttura e attività</b> .....	pag. 6
1.1. L'attuale struttura.....	pag. 8
1.2. I beni culturali.....	pag. 16
1.3. La situazione del patrimonio immobiliare .....	pag. 16
1.4. Attività di ricovero e specialistica ambulatoriale .....	pag. 18
1.5. Le linee di attività peculiari.....	pag. 24
1.5.1. Ricerca e cura .....	pag. 24
1.5.2. Cicli integrati di cura: polmone, fegato, sangue, rene e mammella.....	pag. 25
1.5.3. Assistenza alla donna e al bambino .....	pag. 26
1.5.4. Medicina preventiva .....	pag. 26
1.6. Attività di servizio per altri Enti, Aziende e Regione Lombardia.....	pag. 26
1.7. Centri di eccellenza e di riferimento .....	pag. 27
1.8. Attività di ricerca scientifica e didattica.....	pag. 29
1.9. Le Associazioni di Volontariato e i Religiosi.....	pag. 30
1.10. La comunicazione e il Comitato Unico di Garanzia.....	pag. 31
1.11. Risorse umane e bilancio economico-finanziario .....	pag. 32
<b>2. Il POA 2012-2014</b> .....	pag. 35
2.1. Il Nuovo Ospedale .....	pag. 36
2.2. Il patrimonio: risorsa per lo sviluppo della Fondazione .....	pag. 37
2.3. La Presidenza e il CDA: prospettive di riorganizzazione e sviluppo .....	pag. 37
2.4. Approcci assistenziali in Regione Lombardia .....	pag. 38
2.5. I principi del nuovo POA .....	pag. 41
2.6. Dipartimenti.....	pag. 41
2.7. Unità Operative Complesse .....	pag. 46
2.8. Unità Operative Semplici Dipartimentali e Unità Operative Semplici .....	pag. 52
2.9. Incarichi professionali.....	pag. 61
2.10. Caratteristiche e risorse delle strutture .....	pag. 66
2.11. Il POA di Fondazione: Presidenza e Direzione Strategica.....	pag. 68
2.11.1. Articolazione Fondazione e organi statutari .....	pag. 68
2.11.2. Direzione Generale .....	pag. 69
2.11.3. Direzione Scientifica.....	pag. 70
2.11.4. Direzione Amministrativa .....	pag. 71
2.11.5. Direzione Sanitaria .....	pag. 73

2.12. Il POA di Fondazione: l'articolazione in Dipartimenti, Aree Omogenee, Unit, UOC, UOSD, UOS, Servizi e Uffici .....	pag. 75
2.12.1. Dipartimento di Medicina interna e Specializzazioni mediche .....	pag. 75
2.12.2. Dipartimento delle Neuroscienze e Salute mentale.....	pag. 78
2.12.3. Dipartimento di Chirurgia.....	pag. 79
2.12.4. Dipartimento delle Units multispecialistiche e dei trapianti .....	pag. 80
2.12.5. Dipartimento della Donna, del Bambino e del Neonato.....	pag. 82
2.12.6. Dipartimento di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Urgenza .....	pag. 84
2.12.7. Dipartimento dei Servizi .....	pag. 85
2.12.8. Dipartimento di Medicina preventiva.....	pag. 86
2.13. Aree funzionali.....	pag. 87
2.14. I rapporti con l'Università: il ruolo del nuovo dirigente sanitario .....	pag. 89
2.15. Cooperazione internazionale .....	pag. 89

**Appendice - Riflessioni di un Istituto a Carattere Scientifico nello sviluppo della rete sanitaria, soprattutto milanese, stante l'attuale situazione economica .....** pag. 91

1. <b>La Fondazione nel contesto di Città, Provincia di Milano e Regione Lombardia ...</b>	pag. 91
1.1. Le raccolte sanitarie della Fondazione IRCCS Ca' Granda.....	pag. 93
1.2. Funzioni di base e funzioni specialistiche .....	pag. 93
1.3. Rete di medicina interna e geriatria.....	pag. 98
1.4. Rete specialistica.....	pag. 98
1.4.1. Area ematologica.....	pag. 99
1.4.2. Area neurologica.....	pag. 99
1.4.3. Area oncologica.....	pag.101
1.4.4. Area trapiantologica .....	pag.101
1.4.5. Area materno infantile.....	pag.102
1.4.6. Area servizi .....	pag.104
1.5. Rete di emergenza e urgenza.....	pag.105
1.5.1. Accessi inappropriati.....	pag.106
1.5.2. Riduzione tempi permanenza e appropriatezza accertamenti.....	pag.106
1.5.3. Ricoveri .....	pag.107
1.6. Aspetti formali e di budget .....	pag.108
1.7. La ricerca nel panorama milanese e lombardo.....	pag.108

## Premessa

Il presente Piano di Organizzazione Aziendale - POA, che costituisce, in Regione Lombardia, il corrispettivo dell'atto aziendale indicato nel Decreto Legislativo di Riforma Sanitaria 502/1992<sup>1</sup>, fa seguito al primo POA adottato dalla Fondazione nel 2008 e ne costituisce lo sviluppo, come previsto dalla Deliberazione regionale n. IX/2633 del 6/12/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012".

Inoltre il POA è stato predisposto nel rispetto dei contenuti della DGR n. IX/3822 del 25/7/2012 "Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione dei piani d'organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia" e seguendo le indicazioni operative di cui alla successiva nota d'indirizzo prot. n. 24159 del 3/8/2012 a firma dei Direttori Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale, nonché della DGR n. IX/4334 del 26.10.2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013".

Infine, nella stesura del POA, stante anche la situazione di crisi economica in cui versa il Paese, si è necessariamente tenuto bene in conto delle indicazioni contenute nella DGR n. IX/3976 del 6/8/2012 e della legge n. 135 del 7 agosto 2012: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini."

**Per la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico il POA**, oltre che un adempimento dovuto, **costituisce l'occasione di ridisegnare il proprio profilo** alla luce dell'esperienza maturata negli ultimi anni e in particolare nel 2011, con la realizzazione del Piano strategico<sup>2</sup> e degli Indirizzi di Programmazione 2012<sup>3</sup>; inoltre il presente POA pone le premesse per quello che sarà la Fondazione Ca' Granda del futuro, sia per gli aspetti strutturali sia per mantenere un forte radicamento con i milanesi, ripensando l'organizzazione per ciò che concerne l'assistenza sanitaria e il supporto amministrativo a essa collegato, che nei prossimi anni dovrà essere in linea con le esigenze e la situazione di quel momento e degli anni a venire.

Come proposto dal Direttore Generale, e assentito dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 24 maggio 2012, il POA è suddiviso in due parti: nella prima si presenta la descrizione della Fondazione di oggi, con dati quali-quantitativi dell'attività e della ricerca scientifica, non solo sanitaria; nella seconda si illustra il disegno organizzativo da realizzare nei prossimi anni, alla luce dei mutamenti già verificatisi in materia di tipologia e qualità assistenziale, specializzazioni mediche, continuità assistenziale.

Inoltre, in apposita appendice, è riportato il quadro di contesto della città, della provincia di Milano e della Lombardia nel quale la Fondazione si colloca, con proposte di integrazione e razionalizzazione dell'intera rete assistenziale, ma anche come punto di riferimento storico sia per le ricchezze culturali che per la missione secolarmente assegnatagli: porsi al servizio caritatevole degli infermi.

Dai capitoli seguenti sono stati tratti gli allegati da inviare in Direzione Generale Sanità, che, seguendo le indicazioni regionali, costituiscono una sintesi del presente documento; inoltre è stato

---

<sup>1</sup> L'atto aziendale è richiamato in più punti del D. Lgs. 502/92; il suo significato è ben specificato all'art. 3: " L'atto aziendale

<sup>2</sup> Il piano strategico 2011 è disponibile sul sito internet della Fondazione al link:

[www.policlinico.mi.it/atti\\_amministrativi/piano\\_strategico2011.pdf](http://www.policlinico.mi.it/atti_amministrativi/piano_strategico2011.pdf); nella relazione di fine mandato, al link:

[www.policlinico.mi.it/atti\\_amministrativi/20111222relazione\\_fine\\_mandato2011.pdf](http://www.policlinico.mi.it/atti_amministrativi/20111222relazione_fine_mandato2011.pdf) vi è una sintesi dei risultati conseguiti.

<sup>3</sup> Il documento Indirizzi di Programmazione 2012 è disponibile sul sito Intranet della Fondazione in Documenti e Circolari – Documentazione interna.

compilato il database regionale fornito, comprensivo delle singole strutture, presenti e proposte, e relative schede di attività e competenze.

## 1. Il profilo della Fondazione: struttura e attività

L'immagine della Fondazione può assumere numerose sfaccettature e significati secondo gli occhi di chi la guarda: per i milanesi la Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico è "l'Ospedale"; per gli storici una struttura sanitaria fondata prima della scoperta dell'America; per i benefattori, sempre numerosi a testimoniare l'affetto e la generosità per l'istituzione, l'opera cui lasciare eredità e beni; per medici e infermieri di molti ospedali italiani il luogo della formazione universitaria; per malati e famigliari, il punto di riferimento, specie per patologie particolari e rare; per scienziati di tutto il mondo, la fonte di scoperte scientifiche all'avanguardia.

Dal punto di vista di chi ancor oggi vi opera, la Fondazione, anche per i mutamenti susseguitisi negli ultimi anni, è fonte di soddisfazione e prestigio, ma anche di contraddizioni, che rispecchiano, e non potrebbe essere altrimenti, il momento di difficoltà economica e sociale che il Paese sta attraversando. Vogliamo riassumere le principali di queste contraddizioni, perché una maggior consapevolezza di quanto stiamo vivendo spinga a un loro superamento.

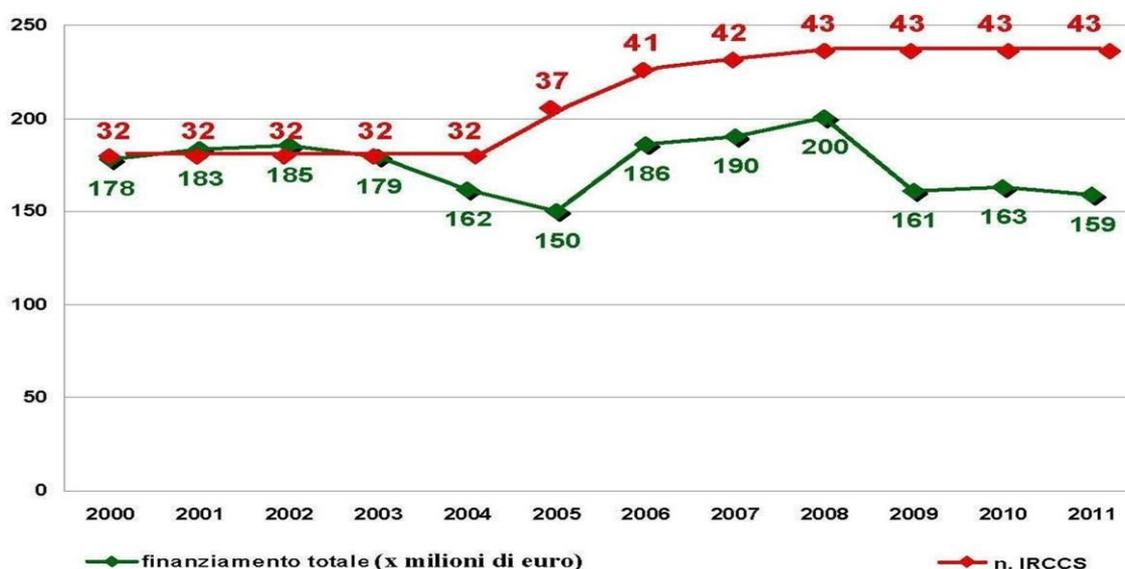
### **Minori risorse .... nuovi modelli organizzativi**

Al grande prestigio scientifico e clinico non corrisponde sempre la dotazione di risorse che si vorrebbe (o che è stata garantita in passato): il finanziamento ministeriale corrente per la ricerca scientifica traslazionale, erogato a tutti gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e privati, si è via via ridotto (come si evidenzia nel grafico n. 1) e i vincoli finanziari, in materia di personale e attrezzature, danno origine a oggettive difficoltà gestionali.

Tuttavia questo disagio non riesce a generare la capacità di affrontarlo attingendo alla competenza e qualità dei professionisti per ipotizzare nuovi modelli organizzativi, che sappiano anche utilizzare strumenti gestionali volti a migliorare l'efficienza, che invece sono perlopiù vissuti con sospetto.

**Grafico n. 1**

### CONFRONTO FRA FONDI ANNUALI PER RICERCA CORRENTE E NUMERO DI IRCCS (2000/2011)



### ***Tradizione .... innovazione***

La tradizione e storia della Fondazione si sostanzia in alcuni eventi simbolici: la prima Clinica ostetrica dedicata a Luigi Mangiagalli, organizzata secondo moderni criteri; la prima Medicina del Lavoro e il nucleo originario della Facoltà di Medicina e Chirurgia milanese; i primi trapianti. Eccellenze e innovazioni che, anche in anni più recenti, si sono susseguite, grazie a professionisti e scienziati di livello mondiale.

Questa grande ricchezza, che è la nostra storia, si traduce spesso in una resistenza al cambiamento, alla capacità di innovare, soprattutto nell'ambito organizzativo. Le proposte di novità sono recepite come fonte di pericolo o di destabilizzazione di equilibri che, comunque, non possono essere mantenuti.

E la stessa gestione del patrimonio immobiliare è considerata come a sé stante e non funzionale allo scopo per cui è stato donato, che è "servire gli infermi", quindi per investimenti nelle attività assistenziali.

### ***Specializzazioni .... integrazione***

La relativamente recente unione all'Ospedale Maggiore Policlinico di parte degli Istituti Clinici di Perfezionamento, ossia delle Cliniche Mangiagalli e De Marchi e dei Padiglioni Devoto, Alfieri e Regina Elena, conseguente all'Accordo di programma del 2004<sup>4</sup> e realizzatasi nel 2005, non si è ancora tradotta in una reale e completa condivisione di modelli organizzativi e, forse ancor di più, in un comune senso di appartenenza degli operatori di diversa provenienza.

Ugualmente, i processi che hanno visto sovrapporsi nuovi padiglioni e reparti, in tempi diversi, insieme all'espansione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, hanno creato numerose Unità Operative, con una propria struttura autonoma e indipendente: da qui la presenza di Unità Operative Complesse, cioè i Primariati di una volta, di medesimi ambiti specialistici, quindi con duplicazioni di attività o quantomeno parcellizzazione poco efficiente. Non solo, la sussistenza di questi particolarismi, unita anche al fatto che solo dal 2005 la Fondazione è parte integrante del SSR, è a volte all'origine di una sorta di autoreferenzialità, che non ricerca il confronto con altre realtà e lo studio di soluzioni condivise.

### ***Interesse .... responsabilità***

Gli stimoli, scientifici e clinici presenti in Fondazione sono innegabili per i giovani ma anche per chi vive in Fondazione da anni. La possibilità di confrontarsi con Professori Universitari di calibro internazionale; gli scambi scientifici, i congressi, gli stage e gemellaggi con ospedali dei principali Paesi occidentali; la partecipazione a studi multicentrici e progetti di ricerca nei più diversi ambiti specialistici e le collaborazioni con prestigiose istituzioni nazionali di ricerca come l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri; le ricadute positive nella propria pratica clinica, anche nell'attività libero professionale: sono tutti aspetti che fanno della Fondazione un luogo attrattivo. Queste opportunità non possono però esimersi dall'assumere, in un momento come questo, comportamenti e iniziative che aprano la Fondazione e non la racchiudano su se stessa e su chi già ne fa parte; il fatto di utilizzare le risorse che pervengono da convenzioni, sperimentazioni cliniche sponsorizzate dall'industria farmaceutica, donazioni, progetti di ricerca competitivi, per supportare aree di particolare criticità, in un'ottica di Fondazione e non di singola UO o

---

<sup>4</sup> L'Accordo di programma è stato sottoscritto da Ministero della Salute (cui afferiva il Policlinico in quanto IRCCS), Regione Lombardia (cui afferiva l'AO ICP) e Comune di Milano (per gli aspetti urbanistici correlati) e ha ridefinito il perimetro dell'Ospedale Maggiore, mutato alcune destinazioni urbanistiche e definito i criteri per la riqualificazione/costruzione di padiglioni ospedalieri.

equipe/categoria professionale, diviene anche senso di responsabilità nella salvaguardia di un patrimonio pubblico dell'intera comunità.

Senso di responsabilità che si deve anche tradurre nelle capacità dei dirigenti di struttura, soprattutto quelle complesse, di avanzare proposte operative favorevoli soluzioni alle diverse problematiche, privilegiando sempre l'interesse comune e complessivo della Fondazione e non solo le logiche della propria struttura organizzativa d'appartenenza.

Purtroppo, e non è osservazione che riguarda solo la Fondazione, spesso l'atteggiamento e l'approccio è quello di presentare problemi e non proporre soluzioni a esse; o ancora richiedere ulteriori risorse, quasi che una maggior consistenza rappresenti un maggior valore, in altre parole attribuire mancati risultati proprio alla carenza di risorse.

Avere consapevolezza delle difficoltà e contraddizioni che sono presenti è dunque il primo passaggio per perseguire una logica di sviluppo e di crescita.

### **1.1 L'attuale struttura**

L'area della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano si estende per circa 137.000 m<sup>2</sup> ed è compresa tra la cerchia dei Navigli a ovest, via San Barnaba a nord, via Lamarmora e Corso di Porta Romana a sud-sud/ovest e la cerchia dei Bastioni Spagnoli a est.

All'interno esistono vari ambiti:

- area di Sforza-Laghetto, sede di Presidenza, Direzioni e Uffici Amministrativi;
- area Policlinico, sede di parte dell'ex Ospedale Maggiore e zone servizi (comprensiva dell'area Cesarina Riva – Croff)
- area Pace, sede di parte dell'ex Ospedale Maggiore
- area Mangiagalli, sede di parte dell'ospedale materno infantile ex ICP e zone servizi (comprensiva di Devoto, Alfieri, De Marchi)
- area Regina Elena e Bergamasco, sede di parte dell'ospedale materno infantile ex ICP
- area Sforza-Richini sede del Servizio Mortuario

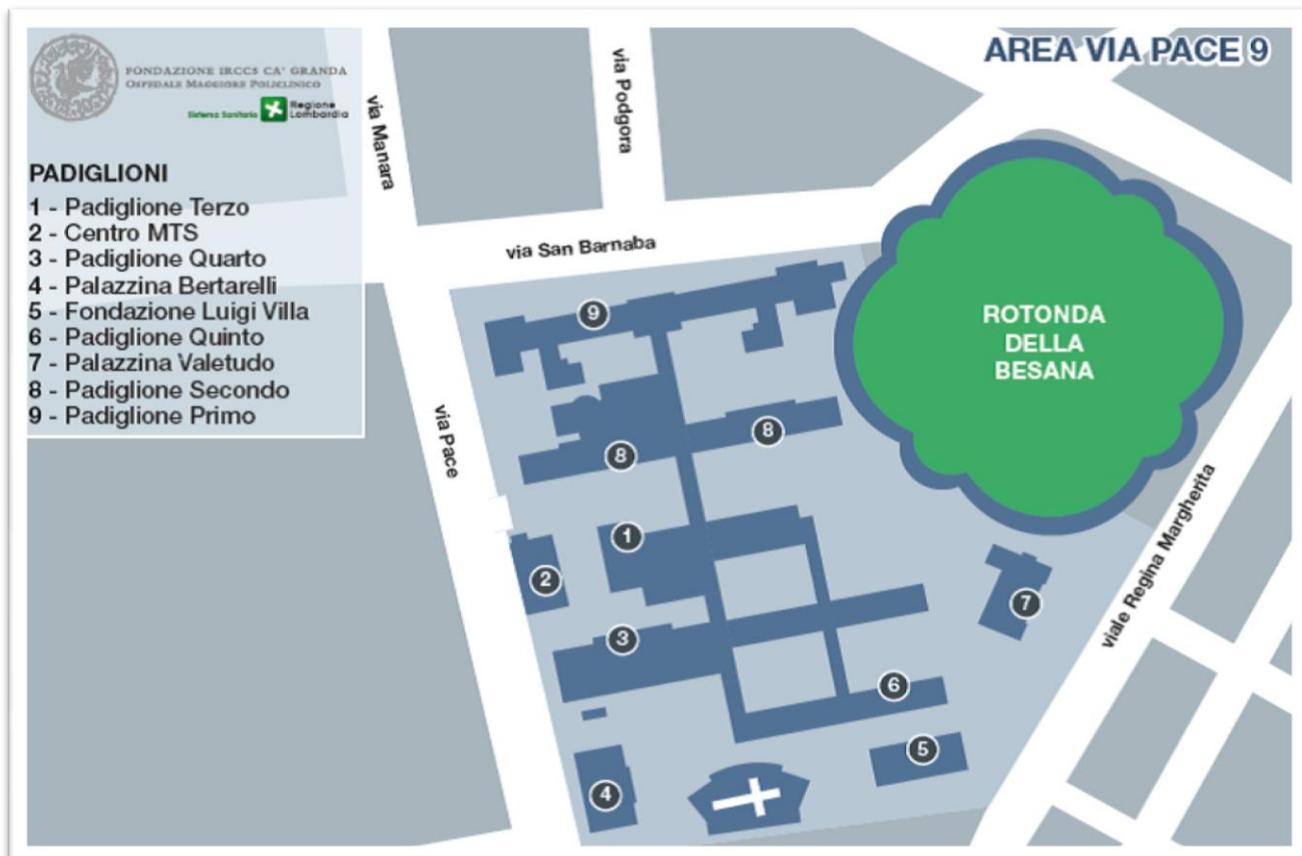
In aree non immediatamente vicine hanno poi sede servizi psichiatrici territoriali (CPS e CRT via Conca dei Navigli, via Asiago e via Fantoli), l'Unità Operativa di Cure Palliative (presso cascina Brandezzata in via Ripamonti) e il magazzino periferico del Servizio Farmacia (a Rozzano).

Nelle seguenti figure n. 1 e n. 2 è rappresentato uno schema delle due aree in cui si svolgono le attività cliniche. Si ricorda che il già citato Accordo di programma del 2004 ha previsto tra l'altro la costruzione di nuovi edifici ospedalieri nell'area Sforza-Commenda ed è attualmente in corso la dismissione di alcuni padiglioni in vista della loro demolizione.

Figura. 1 - Area Sforza-Commenda della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico



Figura n. 2 - Area via Pace 9 della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico



La tabella n. 1 elenca i Dipartimenti e le strutture organizzative allocate all'interno dei diversi padiglioni situati nelle aree della Fondazione.

Non sono riportate le strutture organizzative afferenti alla Direzione Generale e Amministrativa.

**Tabella n. 1 - Dipartimenti, Unità Operative e Servizi allocati nei diversi padiglioni  
situazione al 30 aprile 2012**

Area	Padiglione	DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVA	Attività
Area Fondazione - lato via Francesco Sforza	Marangoni	DIP MEDICINA RIGENERATIVA	<b>CENTRO TRASFUSIONALE ED IMMUNOEMATOLOGIA (compresa UOSD Ematologia)</b>	Il Dipartimento svolge attività di servizio (centro trasfusionale), è centro di riferimento per i trapianti (per Regione Lombardia, Liguria, Veneto, Friuli, Marche e Provincia di Trento); è sede della banca del sangue raro, cordone ombelicale, cell factory e biobanca. A fianco del Pad. è in corso di edificazione l'Istituto di Genetica Molecolare, Fondazione autonoma, di cui la Fondazione è socia, destinato ad attività di ricerca.
			<b>MEDICINA TRASFUSIONALE TERAPIA CELLULARE CRIOBIOLOGIA</b>	
			<b>IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI</b>	
	Granelli Marcora	DIP MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE	<b>EMATOLOGIA 1 E TRAPIANTO MIDOLLO</b>	Nel Padiglione sono presenti le degenze di Medicina Interna 1a e 1b, Gastroenterologia 1 e 2, e Ematologia. Sono inoltre presenti ambulatori per tutte le UUOO e per Endocrinologia, che svolge prevalentemente attività ambulatoriale.
			<b>EMATOLOGIA 2</b>	
			<b>MEDICINA INTERNA 1A</b>	
			<b>MEDICINA INTERNA 1B</b>	
			<b>GASTROENTEROLOGIA 1/3</b>	
			<b>GASTROENTEROLOGIA 2</b>	
			<b>ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA</b>	
	DIP SERVIZI	<b>MEDICINA NUCLEARE</b>	Al piano seminterrato del Padiglione sono collocate la PET e attrezzature di medicina nucleare, nonché ciclotrone ed officina farmaceutica.	
	Bosisio	DIP SERVIZI	<b>ANATOMIA PATOLOGICA</b>	La Palazzina, recentemente ristrutturata, ospita laboratori, uffici e aula dell'Anatomia Patologica
	Sacco	DIP MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE	<b>CARDIOLOGIA e UCC</b>	Sono presenti complessivamente posti letto per Unità Coronarica, Cardiologia e Broncopneumologia. Nel padiglione sono svolte attività di emodinamica ed elettrofisiologia in laboratori attrezzati.
<b>MEDICINA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE</b>				
		<b>BRONCOPNEUMOLOGIA</b>		
	DIP SERVIZI	<b>RADIOLOGIA</b>	Nel Padiglione sono presenti attrezzature radiologiche, TAC ed ecografi destinati ad attività per pazienti esterni.	
Guardia- Accettazione (PS)	DIP ANESTESIA RIANIMAZIONE	<b>ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>	Al piano rialzato hanno sede il PS, la rianimazione "Vecla" e il blocco radiologico con TAC, radiologia tradizionale ed ecografia. Al piano primo è invece presente la Chirurgia d'urgenza, con 2 sale operatorie.	
	DIP SERVIZI	<b>RADIOLOGIA</b>		
	DIP SPECIALITA' CHIRURGICHE	<b>CHIRURGIA D'URGENZA</b>		

Area Fondazione-zona centrale Chiesa San Giuseppe ai Padiglioni	Guardia II	DIP SALUTE MENTALE	<b>PSICHIATRIA</b>	L'UO è dotata di 15 pl e aree di ambulatorio, ma sarà a breve trasferita presso il Pad. Sacco.
	Monteggia	DIP NEUROSCIENZE	<b>CHIRURGIA MAXILLO-FACIALE</b>	Il Padiglione recentemente ricostruito ospita le degenze di Neurologia, Neurochirurgia e Chirurgia della testa (ORL, Maxillo-faciale, Audiologia, Oculistica e Odontoiatria). Sono presenti anche aree ambulatoriali di tutte le UUOO e della Neurofisiologia, che non ha posti letto. Sono presenti anche ambulatori per le attività cliniche e di DH dell'UOSD Malattie neuromuscolari. Sono presenti 5 sale operatorie. Al piano - 2 è presente la neuroradiologia con due TAC e la Risonanza Magnetica Nucleare, destinata alla diagnostica del capo e della colonna; è svolta inoltre, nel laboratorio di Angiografia dedicato a Vincenzo Branca, attività di neuroradiologia interventistica. L'UOSD Malattie Neuromuscolari vi svolge attività clinico-assistenziale.
			<b>OTORINOLARINGOIATRIA</b>	
			<b>OCULISTICA</b>	
			<b>AUDIOLOGIA</b>	
			<b>ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA</b>	
			<b>NEUROCHIRURGIA</b>	
			<b>NEUROLOGIA</b>	
			<b>NEUROFISIOLOGIA</b>	
			<b>NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA</b>	
<b>NEURORIANIMAZIONE</b>				
<b>MALATTIE NEUROMUSCOLARI</b>				
Ex Casa delle Suore	DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	<b>DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO</b>	Il Padiglione è destinato a uffici della DMP e del SITRA; al piano terreno sono stati collocati temporaneamente i laboratori di neurologia e i laboratori delle malattie neuromuscolari.	
	SITRA - SERVIZIO INFERMIERISTICO	<b>SITRA – SERVIZIO INFERMIERISTICO</b>		
	DIP NEUROSCIENZE	<b>UOC NEUROLOGIA UOSD MALATTIE NEUROMUSCOLARI - LABORATORI</b>		
De Palo	DIP SPECIALITA' CHIRURGICHE	<b>UOSD TRAUMATOLOGIA (afferre a CDU)</b>	Il Padiglione, attivato recentemente per far fronte alle necessità derivanti dai prossimi abbattimenti, ospita posti letto di tipo chirurgico dedicati ad attività di chirurgia vascolare e traumatologica.	
		<b>CHIRURGICA VASCOLARE</b>		

Area Fondazione lato via Commenda	De Marchi	DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>PEDIATRIA 2</b>	La Clinica Pediatrica dispone di degenze suddivise su due piani; un'area è destinata ai malati di fibrosi cistica. E' inoltre presente al piano terra il Pronto Soccorso pediatrico e un'area di DH. Nella clinica ha sede la rianimazione pediatrica. Nell'area è presente: al primo piano la Direzione e il Laboratorio Galenico Compounding del Servizio Farmacia
			<b>PEDIATRIA 3 FIBROSI CISTICA</b>	
			<b>PEDIATRIA URGENZA EMERGENZA</b>	
			<b>PEDIATRIA 1</b>	
			<b>NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA</b>	
	DIREZIONE SANITARIA	<b>FARMACIA</b>		
DIP ANESTESIA RIANIMAZIONE	<b>ANESTESIA E RIANIMAZIONE PED</b>			

Area Fondazione lato Via San Barnaba	Alfieri	DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>CHIRURGIA PEDIATRICA (compresa UROLOGIA PEDIATRICA UOSD)</b>	Al terzo piano del Padiglione è presente la Chirurgia pediatrica; in tale reparto sono ricoverati anche bambini operati da specialisti di altre branche (otorino, neurochirurgia) ed è presente anche la UOS di Chirurgia plastica pediatrica. Le sale operatorie sono collocate nella Mangiagalli, con cui il Padiglione è collegato. Nei piani della parte destra del Padiglione sono presenti gli ambulatori odontoiatrici, con postazioni, una sala per i DH; è presente anche un ambulatorio per le urgenze, aperto dalle 8 alle 20 di tutti i giorni, festivi e prefestivi compresi. Nel Padiglione hanno sede il nucleo centrale di tutte le attività di Laboratorio e la Clinica del Lavoro, con ambulatori e spazi per la ricerca
		DIP SPECIALITA' CHIRURGICHE	<b>ODONTOIATRIA</b>	
	Devoto	DIP MEDICINA PREVENTIVA	<b>MEDICINA DEL LAVORO</b>	
		DIP SPECIALITA' MEDICHE	<b>MEDICINA D'URGENZA</b>	
	DIP SERVIZI	<b>LABORATORIO CENTRALE</b>		
Vigliani	DIP MEDICINA PREVENTIVA	<b>MEDICINA DEL LAVORO EPIDEMIOLOGIA</b>		
Area Fondazione lato via Commenda	Mangiagalli	DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1</b>	Nella Clinica sono presenti tre aree: puerperio, patologia della gravidanza, ginecologia. Inoltre è presente il reparto Santa Caterina destinato ai ricoveri per solventi. Il Pronto Soccorso e l'Accettazione Ostetrico-Ginecologica sono al piano terreno. La Neonatologia comprende pl di terapia intensiva neonatale, patologia neonatale e culle per i neonati sani. E' presente la sala parto, con 3 sale operatorie. Altre sale operatorie sono destinate alla Ginecologia e alla Chirurgia Senologica. La neonatologia è punto di riferimento per l'intero nord-Italia e sede del trasporto neonatale. Vi opera l'UOSD di Genetica Medica per la consulenza alle coppie, alle gestanti e neonati.
			<b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2</b>	
			<b>PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA</b>	
	DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE</b>		
	DIP SPECIALITA' CHIRURGICHE	<b>CH. PLASTICA SENOLOGICA (UOS della Ch. Generale)</b>		
DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>GENETICA MEDICA (UOSD)</b>			
Bergamasco	DIP SPECIALITA' MEDICHE	<b>ONCOLOGIA MEDICA</b>	Il Padiglione ospita attività ambulatoriali di oncologia e di diagnostica/visite per l'osteoporosi	
	DIP SERVIZI	<b>MEDICINA NUCLEARE - MOC</b>		
Croff, Cesarina Riva, Litta	DIP SPECIALITA' MEDICHE	<b>NEFROLOGIA E DIALISI</b>	I due Padiglioni Croff e Cesarina Riva, collegati tra loro e posizionati sul lato destro della via Commenda, ospitano Nefrologia e Urologia; sono presenti 3 sale operatorie e un presidio di radiologia. Nel Padiglione Litta, di fronte, ha sede l'attività ambulatoriale di Dialisi (al piano superiore uffici e sedi di associazioni).	
	DIP SPECIALITA' CHIRURGICHE	<b>UROLOGIA</b>		

Area Fondazione - lato via Lamarmora	Zonda	DIP SPECIALITA' CHIRURGICHE	<b>CHIRURGIA GENERALE 1</b>	Il Padiglione ospita posti letto di Chirurgia Generale per i trapianti di rene, di Chirurgia toracica per i trapianti di fegato ed alcuni ambulatori. Sono presenti 5 sale operatorie E' inoltre presente un'area di terapia intensiva post-operatoria. Sono presenti le attività di Radiologia interventistica
			<b>CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI RENE</b>	
			<b>CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO</b>	
			<b>CHIRURGIA TORACICA E DEI TRAPIANTI DI POLMONE</b>	
	DIP SERVIZI	<b>RADIOLOGIA</b>		
Lamarmora	POLIAMBULATORI	<b>POLIAMBULATORI DI UOOO MEDICHE E CHIRURGICHE</b>	Sono presenti ambulatori; il padiglione funziona dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 17.30.	

Area Fondazione- lato via M. Fanti (perpendicola re via Commenda)	Regina Elena	DIP NEUROSCIENZE	<b>OCULISTICA (sede ambulatoriale)</b>	Il Padiglione ospita attività in orario diurno da lunedì a venerdì di tipo ambulatoriale, insieme al Centro di procreazione Medicalmente Assistita. Al 2° piano è presente l'area ambulatoriale pediatrica. È presente il Servizio di Endoscopia digestiva. Si svolgono le attività del Centro stress e disadattamento lavorativo.
		DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>UOSD CENTRO STERILITA'</b>	
			<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (ambulatorio)</b>	
			<b>NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (sede ambulatoriale follow up prematuri)</b>	
		DIP MEDICINA	<b>GASTROENTEROLOGIA 2</b>	
		DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>PEDIATRIA 1 e 2</b>	
DIP MEDICINA PREVENTIVA	<b>MEDICINA DEL LAVORO</b>			

Area di via Pace	Padiglioni Medicina, Dermatologia, Geriatrics, Padiglione 1° e 4°	DIP MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE	<b>MEDICINA INTERNA 3</b>	I Padiglioni, collegati tra loro, ospitano posti letto destinati a specialità mediche, e numerosi ambulatori dermatologici, di medicina interna e specialità mediche. Sono presenti anche laboratori e lo stabile di chirurgia sperimentale. Oltre alle aule è presente anche il Padiglione Valetudo, destinato alla Società di formazione Adveniam.
			<b>MEDICINA INTERNA 2</b>	
			<b>GERIATRIA</b>	
			<b>ALLERGOLOGIA</b>	
			<b>DERMATOLOGIA</b>	
		DIP DONNA NEONATO BAMBINO	<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>	Svolge attività ambulatoriale
DIP SERVIZI	<b>FISICA SANITARIA</b>	Svolge attività volta a garantire la prevenzione e protezione di lavoratori, popolazione e pazienti dai rischi derivanti da vari agenti fisici impiegati nelle indagini diagnostiche e nei trattamenti terapeutici.		
DIP MEDICINA PREVENTIVA	<b>MEDICINA DEL LAVORO</b>	Sono presenti attività ambulatoriali e di ricerca della medicina del lavoro		
DIP NEUROSCIENZE	<b>AUDIOLOGIA</b>	Svolge attività ambulatoriale		

La Fondazione, in quanto sede universitaria, dispone di spazi per la didattica, incontri e convegni; nella tabella n. 2 sono indicate le aule e le sale disponibili, con relativa capienza. Da settembre 2011 è attivo un sistema di prenotazione delle aule online, gestito dall'Ufficio Formazione.

**Tabella n. 2 – Aule e sale riunioni della Fondazione**

Padiglione	N° Aule	Posti
PALAZZO UFFICI	1	60
	1	70
	1	25
	1	10
	1	8
GRANELLI	1	45
	1	160
	1	30
	1	25
SACCO	1	40
	1	12
	1	135
MONTEGGIA	1	57
	1	54
POLO SCIENTIFICO	3	53
	1	25
	1	80
	1	20
	1	60
ZONDA	1	160
LITTA	1	60
	1	25
	1	35
	1	35
	postazioni pc	6
CESARINA RIVA	1	35
	1	10
DE MARCHI	1	50
	2	30
DEVOTO	1	91
	1	20
	1	24
ALFIERI	1	30
	Aula Motta	30
MANGIAGALLI	1	192
	1	12 + sala riunioni
	1	48
REGINA ELENA	1	13
	1	28
	1	30
	1	30
	1	15
VIA PACE 2° PAD	1	110
	1	17
	1	12
	1	Sala riunioni
VIA PACE 3° PAD	1	20
VALETUDO		45 l'una
		20-20-20
		15-20
BERGAMASCO	Seminterrato	24
	Rialzato	48
	Rialzato	12
	Rialzato	
MARANGONI	1	70

Ulteriore elemento qualificante è la presenza di laboratori destinati oltre che all'attività clinica (Laboratorio Centrale con satelliti, Anatomia Patologica) a ricerca scientifica; insieme all'edificando Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, nel quale troveranno posto anche alcuni laboratori della Fondazione (Immunologia dei trapianti, Cell factory e Biobanca), sono presenti i laboratori indicati in tabella n. 3.

**Tabella n. 3 – Laboratori di ricerca in Fondazione**

UO responsabile	Sede	Attività
Medicina del Lavoro	Padiglione Devoto-Vigliani	Tossicologia ambientale e del lavoro
		Laboratorio di Epigenetica ambientale
Endocrinologia	Padiglione Granelli	Genetica malattie rare e tumori endocrini
Broncopneumologia	Padiglione Sacco	Biologia molecolare respiratoria
Ostetricia e Ginecologia	Regina Elena	Biologia molecolare e cellulare
Medicina Interna 1 A	Padiglione Granelli/Guardia II	Biologia molecolare
Gastroenterologia	Padiglione Sacco/Padiglione Granelli	Biologia molecolare
Ematologia	Padiglione Marcora	Genomica
Dermatologia	Via Pace	Biologia Molecolare
Medicina Interna 1 B	Granelli/Guardia II	Biologia Molecolare
Medicina cardiovascolare	Centro Ipertensione- Sisini	Fisiopatologia
Geriatrics	Via Pace	Biologia molecolare
Nefrologia	Via Pace	Studio patologie renali
Medicina Interna 2, 3	Via Pace, Valetudo, Bertarelli	Laboratorio emocoagulazione, Biologia molecolare
Trapianti di fegato	Via Pace	Chirurgia sperimentale
Centro Sterilità- PMA	Regina Elena	Studio morfofunzionale
Immunologia	Valetudo, Bertarelli	Immunogenetica



**Veduta aerea della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico**

## 1.2. I beni culturali

Sebbene la grande maggioranza delle istituzioni sanitarie lombarde possa vantare una storia plurisecolare e un variegato patrimonio culturale, la straordinaria ricchezza dei beni della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico rappresenta una realtà di assoluto rilievo nel panorama italiano per ampiezza e complessità.

Il patrimonio è di considerevole importanza non solo per la storia dell'assistenza e della sanità, ma anche della società, dell'economia, dell'arte e del paesaggio di Milano e della Lombardia degli ultimi 1000 anni.

Le Raccolte d'Arte sono composte da dipinti, sculture, arredi e suppellettili ecclesiastiche, che sono stati commissionati, acquistati o pervenuti attraverso lasciti e donazioni, per un totale di oltre 2.800 beni. Sono rappresentati artisti operanti sul territorio lombardo negli ultimi quattro secoli, tra i quali spiccano Francesco Barbieri "il Guercino", Salomon Adler, Giacomo Ceruti "Il Pitocchetto", Francesco Hayez, Giuseppe Molteni, Domenico e Gerolamo Induno, Giovanni Segantini, Emilio Longoni, Gaetano Previati, Angelo Morbelli, Francesco Casorati, Mario Sironi, Massimo Campigli, Carlo Carrà, Emilio Tadini.

L'Archivio storico conserva i documenti dell'amministrazione ospedaliera a partire dal secolo XI fino ad oggi (carte, registri, pergamene talvolta ornate di miniature e munite di sigilli, mappe).

La Biblioteca storica di medicina conserva a sua volta circa 100.000 volumi, tra libri antichi editi tra il XV e il XX secolo, opuscoli e periodici specializzati.

La Fototeca custodisce circa 29.000 immagini a partire dall'Ottocento fino ai nostri giorni.

Le collezioni storiche sanitarie comprendono vasi da farmacia in maiolica dei secoli XVII e XVIII, mortai in bronzo e circa 2.000 strumenti medico chirurgici di interesse storico. A questi si aggiungano le collezioni di cere dermatologiche e di preparati anatomo-patologici.

Il patrimonio immobiliare annovera numerosi manufatti di interesse artistico, storico architettonico e paesistico. Si ritiene di grande importanza rimarcare come i diversi beni culturali si presentino nella forma di un *corpus* unitario e inscindibile e acquistino maggior valore dall'essere strettamente connessi tra loro; per questo la loro contiguità dà ulteriore significato e possibilità di comprensione.

È intuitivo cogliere come per la cura di un simile patrimonio le competenze professionali debbano essere estremamente specializzate, anche in accordo con quanto elaborato dalla Regione Lombardia in termini di profili professionali e percorsi formativi per chi opera nel settore dei servizi culturali, e richiamato nella normativa nazionale. È altrettanto intuitivo cogliere le enormi difficoltà che derivano dalla mancanza di specifiche risorse da destinare alle azioni per la salvaguardia dei beni culturali, in una programmazione di medio periodo.

Infatti le risorse economiche necessarie ai bisogni del mantenimento dei beni culturali sono individuate nel bilancio complessivo della Fondazione, che invece ha come mission l'assistenza sanitaria.

## 1.3. La situazione del patrimonio immobiliare

La volontà espressa dal Consiglio di Amministrazione e dal suo Presidente è quella di valorizzare al meglio il patrimonio, con il fine unico di realizzare il nuovo ospedale, così come risulta previsto dall'Accordo di programma siglato nel 2004, dando con ciò visibilità alla generosità e volontà dei nostri benefattori.

Come noto, infatti, la Fondazione dispone di un considerevole patrimonio immobiliare che è scomponibile in 5 principali cluster.

#### **a) Fabbricati Città**

Si tratta di 1.480 unità immobiliari per un totale di 118.394 mq che si concentrano per quasi il 90% dei mq in soli 44 stabili di intera proprietà; sono ubicati nella città di Milano per oltre il 97% dei mq, in zone centrali (34% dei mq) o semicentrali (49% dei mq).

La destinazione d'uso prevalente è quella residenziale (74% dei mq), pari a 1.019 unità abitative.

Sono stabili molto datati (l'84% dei mq è stato costruito prima del 1934), da cui deriva la necessità di continue riparazioni e di pochi, ma costosi, lavori straordinari non più procrastinabili, che portano i costi di manutenzione annui a 1,5 milioni di euro.

La morosità negli ultimi anni è in forte crescita, tanto da passare da 527.000 euro nel 2007 (relativi quasi esclusivamente a contratti cessati) al valore attuale di 2.747.000 euro.

#### **b) Fabbricati Comuni Foresi**

Si tratta di 489 unità immobiliari per un totale di 28.625 mq, sparsi in 17 Comuni cosiddetti foresi, tra cui i fabbricati di Sesto Calende (12% dei mq), da sempre in concessione gratuita all'Aler.

La restante parte riguarda soprattutto ex case coloniche (66% dei mq): abitazioni che prima erano parte della cascina del podere agricolo per l'alloggio dei dipendenti, ma che ora, con l'avvento delle moderne tecnologie agricole, non sono più necessarie e sono state affittate. Lo stato manutentivo è pessimo e richiederebbe lavori di ristrutturazione molto superiori ai 300/350.00 euro annui spesi per i soli guasti occasionali e qualche intervento straordinario e improcrastinabile.

La percentuale dello sfritto è pari al 51% dei mq e ciò preoccupa anche per i problemi di sicurezza, come il pericolo di cedimenti e le ripetute occupazioni abusive. A ciò si aggiunge il tema della morosità, pari a 155.937 euro per il 7% degli attuali inquilini.

Tra questi fabbricati si celano inoltre importanti immobili che versano da tempo in stato di abbandono: ad esempio, la Villa Bossi Meraviglia di Ossona del XIX secolo (25.000 mc); una palazzina a Tremezzo affacciata sul lago di Como; oppure le due ville a Cerano d'Intelvi, ex case di campagna delle suore del Policlinico.

#### **c) Poderi agricoli**

La Fondazione IRCCS possiede 8.500 ettari suddivisi in 177 poderi dalla dimensione media di 48 ettari ciascuno e dotati, nel 63% dei casi, di un centro aziendale strutturato. I terreni sono sparsi in 90 comuni di 9 diverse province della Lombardia, ma l'89% si concentra nelle province di Milano (54%) e Lodi (35%). Si tratta di terreni prevalentemente irrigui, cioè dotati di acque proprie (68%), quelli asciutti sono infatti marginali (7%); infine, si aggiungono terreni destinati a prati (12%) e boschi (8%).

#### **d) Aree non edificabili, ma di possibile trasformazione urbanistica**

Tra gli 85 milioni di mq di proprietà della Fondazione, ve ne sono alcuni che non sono attualmente edificabili, ma hanno caratteristiche per le quali è legittimo richiederne la trasformazione d'uso in sede di definizione dei nuovi PGT. Si tratta di quasi 2 milioni di mq sparsi in 27 comuni di 5 diverse province, in particolare quella di Milano (49% dei mq), Lodi (24%) e Pavia (22%).

#### **e) Aree Edificabili**

Tra gli 85 milioni di mq di proprietà della Fondazione vi sono anche aree considerabili "urbanisticamente mature" per la vendita, in quanto già dotate di edificabilità. Tuttavia il mercato non sembra in questo momento in grado di assorbirle, come dimostrano le aste di terreni della Fondazione andate sempre deserte negli ultimi anni.

Va segnalato infine che dopo 40 anni di occupazioni abusive, la Fondazione ha riacquisito gli stabili di via Montello 6 e via Canonica 77, che grazie alla collaborazione di ALER saranno posti all'asta.

Inoltre, nell'ambito del patrimonio dell'Ospedale Maggiore, l'Abbazia di Mirasole e la Cascina Brandezzata sono due edifici di grande valore storico, artistico e culturale.

La prima, lentamente ristrutturata al fine di costituire il polo museale della Ca' Granda, con l'esposizione della quadreria (900 e più ritratti di benefattori), si è dimostrata inadeguata allo scopo. Attualmente sono in corso contatti con enti vari – pubblici, religiosi, a sfondo sociale – per dare all'Abbazia una destinazione d'uso congrua alle sue caratteristiche, che ne favorisca la manutenzione e l'uso, sgravando i costi totalmente passivi fin qui sostenuti dalla Fondazione.

La Cascina Brandezzata ha trovato una destinazione come Hospice, attraverso la collaborazione con la Fondazione LUVI. Attualmente l'edificio è stato completamente ristrutturato ed è conclusa la gara per la gestione del servizio.

#### 1.4. Attività di ricovero e specialistica ambulatoriale

La disponibilità di flussi informativi consolidati in Regione Lombardia consente a tutti gli ospedali del SSR, pubblici o privati accreditati, di disporre di conoscenze circa le attività di ricovero e le prestazioni ambulatoriali e di Pronto Soccorso.

Nella tabella n. 4 sono forniti alcuni indicatori, per il triennio 2009-2011, relativi ai ricoveri e all'attività ambulatoriale; sintetizzando possiamo dire che la Fondazione si configura come ospedale di grandi dimensioni, con circa 800 posti letto ordinari attivi e per day hospital (DH)/day surgery (DS), una prevalenza di casi medici e un terzo di chirurgici, una percentuale crescente di pazienti provenienti da fuori regione.

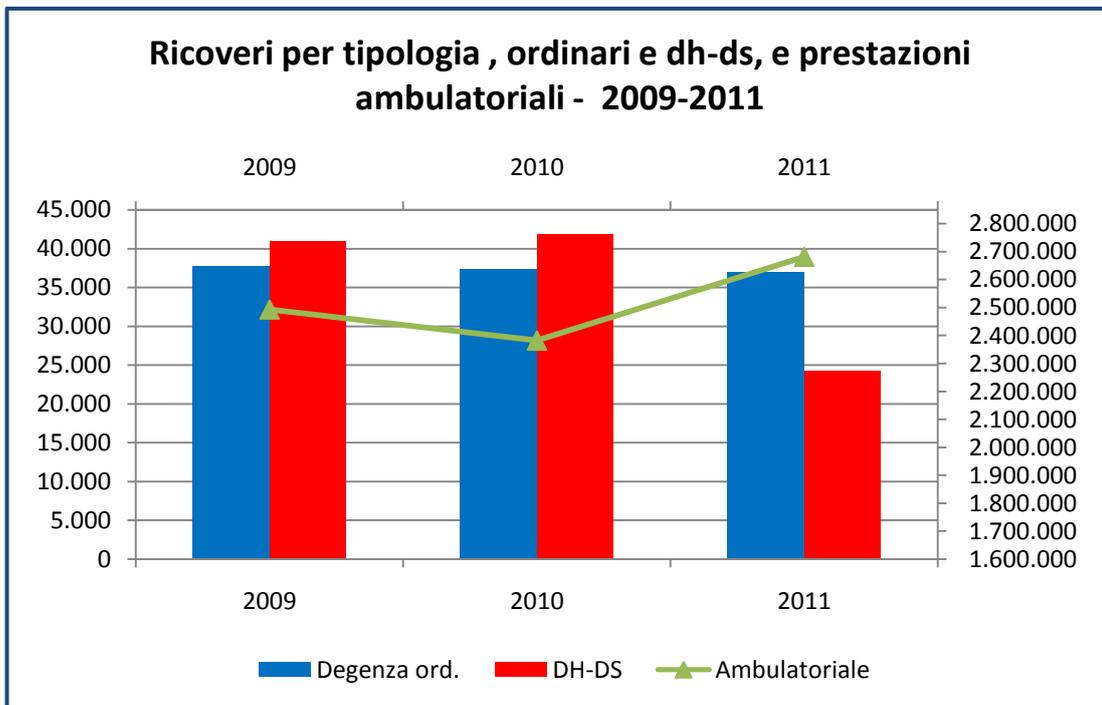
**Tabella n. 4 – Posti letto, degenza e specialistica ambulatoriale - triennio 2009-2011**

	2009	2010	2011
<b>DEGENZA ORDINARIA (DATI SDO)</b>			
<b>posti letto accreditati</b>	943	938	935
<b>posti letto medi</b>	790	790	791
<b>casi totali dimessi</b>	37.673	37.304	36.872
<b>giornate totali dimessi</b>	263.965	264.447	262.967
<b>degenza media</b>	7	7,1	7,1
<b>degenza media &gt; 1 giorno</b>	7,8	7,8	7,8
<b>% casi 0-1 giorno</b>	11,5	10,3	10,2
<b>% casi chirurgici</b>	35,3	35,1	34,3
<b>% casi chirurgici in Day Surgery</b>	46,6	45	44,6
<b>indice di performance</b>	0,94	0,94	0,93
<b>indice di case mix</b>	1,01	0,954	0,988
<b>DAY HOSPITAL- DAY SURGERY</b>			
<b>posti letto accreditati</b>	161	161	161
<b>posti letto medi</b>	149	146	145
<b>numero accessi</b>	40.873	41.831	41.683
<b>percentuale saturazione</b>	54,9	57,3	57,9
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b>			
<b>numero prestazioni</b>	2.493.498	2.381.633	2.488.252

Nel grafico n. 2 si possono osservare le variazioni relative alla tipologia di ricovero e alle prestazioni ambulatoriali; come prevede la tendenza nazionale e regionale, i ricoveri si spostano verso modalità più “leggere”, ossia day hospital e day surgery.

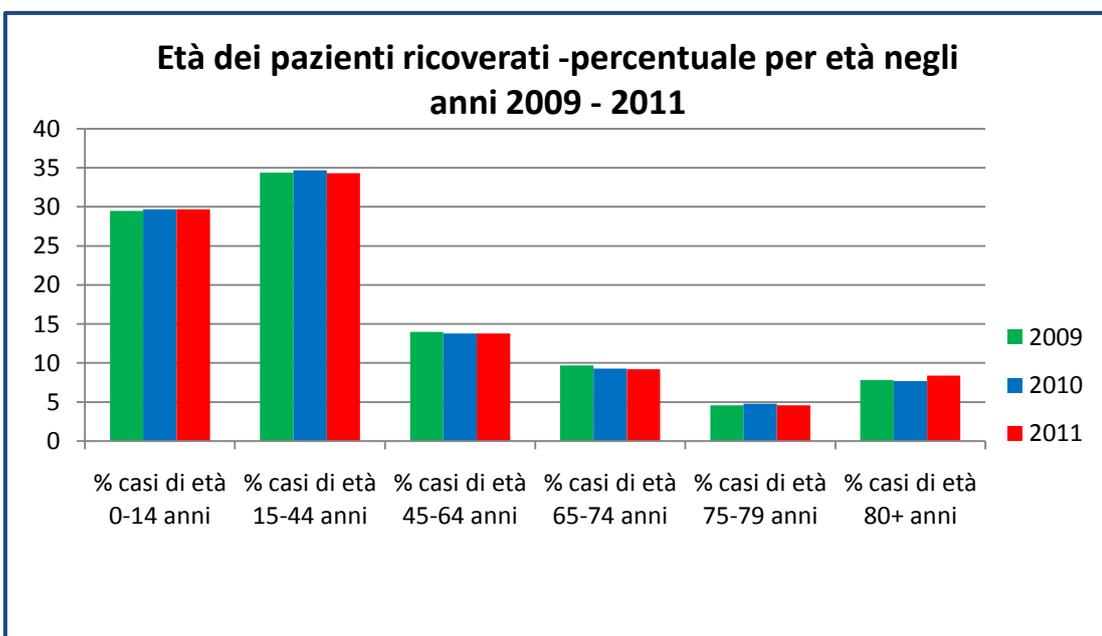
Nel corso del 2012 si sta osservando un ulteriore spostamento da DH a specialistica ambulatoriale, a seguito dell’entrata in vigore dell’erogazione di macroattività ambulatoriale ad alta complessità-MAC.

**Grafico n. 2 – Ricoveri e prestazioni ambulatoriali per anno – periodo 2009-2011**



La distribuzione per età dei ricoveri ordinari, illustrata nel grafico n. 3, indica che nel triennio non vi sono state variazioni significative; nel 30% dei casi il ricovero riguarda bambini, nel 49% adulti e nel 21% persone di età superiore a 65 anni.

**Grafico n. 3 - – Suddivisione percentuale per età pazienti ricoverati - periodo 2009-2011**



Nell'appendice si affronteranno in termini più specifici il posizionamento della Fondazione a Milano<sup>5</sup>, ma alcuni brevi dati ne significano l'importanza e strategicità: nella tabella n. 5 il numero di ricoveri ordinari e in day hospital, negli anni 2009 e 2010<sup>6</sup>, nei principali ospedali di Milano. Dalla medesima tabella si evince che la Fondazione si colloca al primo posto tra le AO pubbliche per ciò che concerne le degenze ordinarie e al secondo posto per i Day Hospital.

**Tabella n. 5 – Confronto degenze 2009-2010 Fondazione IRCCS Ca' Granda con altri ospedali milanesi pubblici e privati accreditati (fonte Regione Lombardia)**

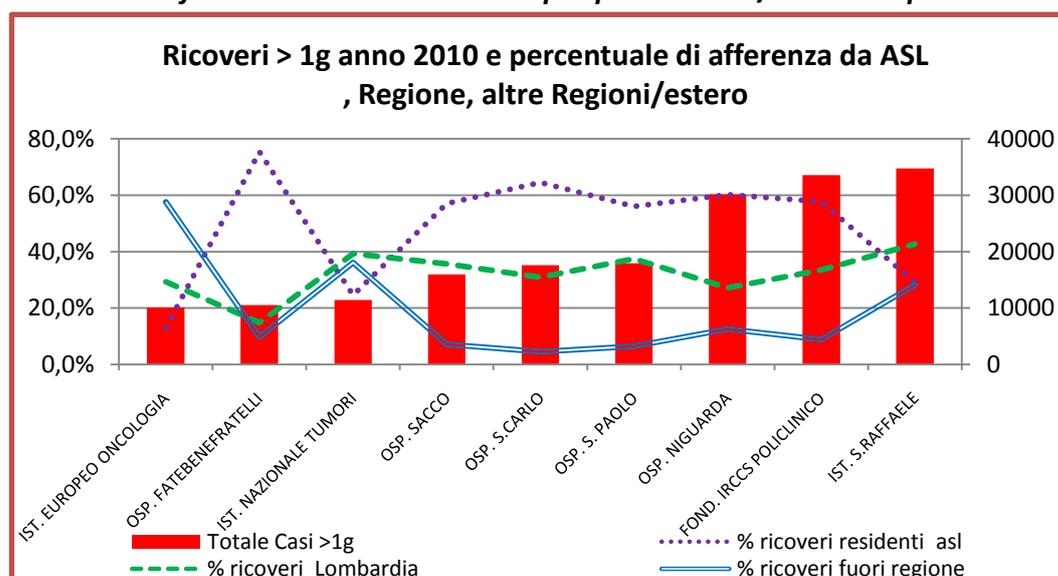
Struttura	Casi Deg. Ordinaria		Giorni Day Hospital	
	2009	2010	2009	2010
910 - MILANO OSP. FATEBENEFRATELLI	12.333	11.708	13.063	12.120
922 - MILANO IST. NAZIONALE TUMORI	13.788	13.709	9.773	10.523
941 - MILANO IST. EUROPEO ONCOLOGIA	15.029	14.112	8.047	9.263
916 - MILANO OSP. SACCO	17.054	16.895	26.592	24.792
915 - MILANO OSP. S.CARLO	18.806	18.654	10.452	9.079
914 - MILANO OSP. S. PAOLO	20.942	19.651	24.616	24.494
943 - ROZZANO - IST. CLIN. HUMANITAS (*)	27.851	27.557	24.657	24.021
913 - MILANO OSP. NIGUARDA	33.276	32.624	92.667	81.259
<b>925 - MILANO FOND. IRCCS POLICLINICO **</b>	<b>37.774</b>	<b>37.377</b>	<b>40.909</b>	<b>41.828</b>
935 - MILANO IST. S.RAFFAELE	42.040	41.871	16.059	15.540

(\*) Inserito in quanto nelle immediate vicinanze di Milano

(\*\*) La differenza con i dati esposti in tabella n. 4 deriva dalla diversa fonte; in particolare i dati della tabella n. 4 derivano dalla rendicontazione interna

Anche in termini di attrattività, come rappresentato nel grafico n. 4, la Fondazione si colloca al primo posto rispetto alle Aziende pubbliche con volumi di ricovero paragonabili, mantenendo un equilibrio tra pazienti provenienti da Milano, Lombardia e altre Regioni e complessivamente discostandosi di poco dall'Istituto San Raffaele.

**Grafico n. 4 – Ricoveri ordinari per provenienza/residenza pazienti**

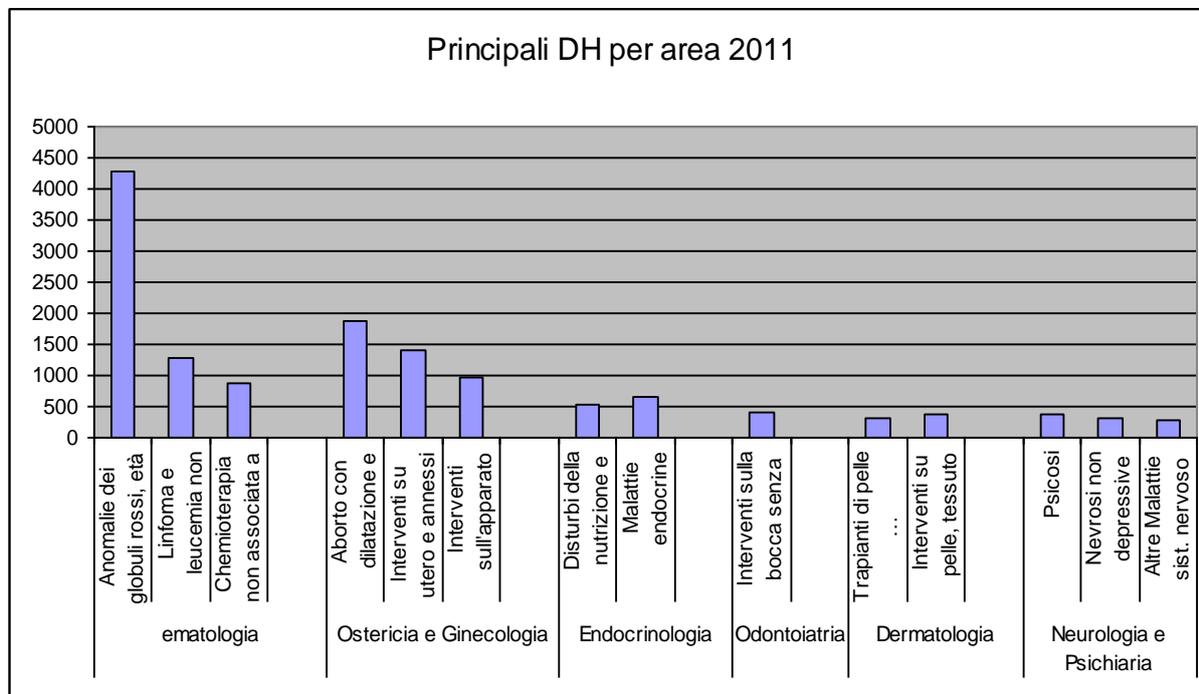


<sup>5</sup> Dati tratti e rielaborati da "DRG 2010 - Rapporto sui Ricoveri in Lombardia - 2010", reperibile sul sito della DGS, ultimo elaborato disponibile.

<sup>6</sup> L'aggiornamento 2011 non è stato ancora pubblicato.

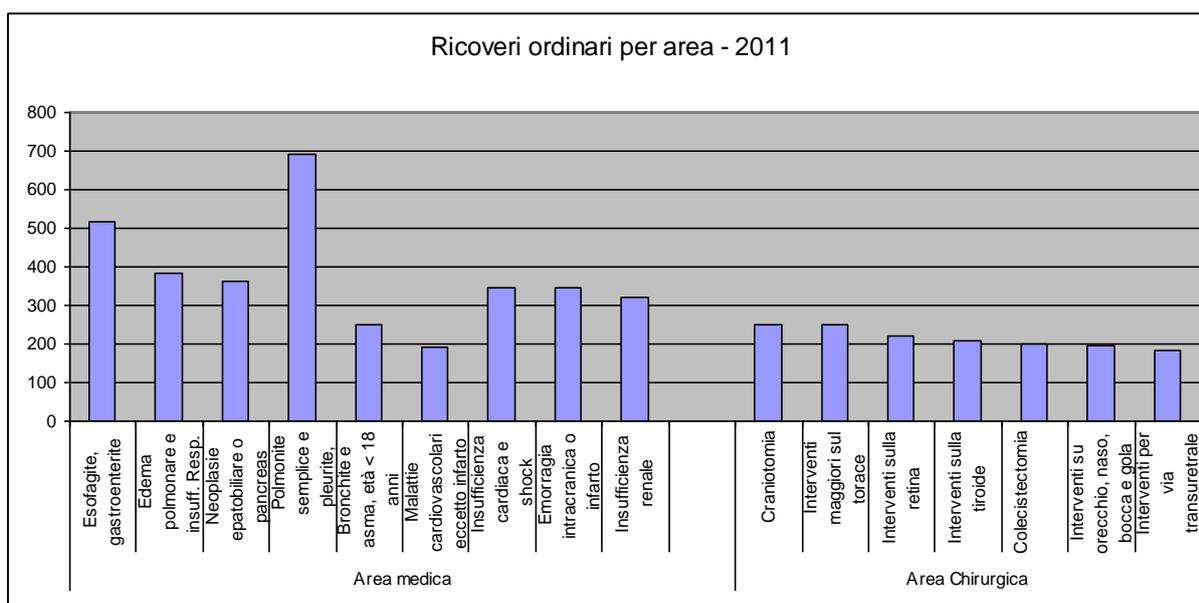
Nel merito delle attività svolte nel 2011, come già mostrato in tab. 4, i ricoveri effettuati sono stati 36.872 in regime ordinario e 41.683 in day hospital; tra questi ultimi, così come evidenziato nel grafico n. 5, si trovano al primo posto DRG<sup>7</sup> di area ematologica e ostetrico-ginecologica, seguiti da Endocrinologia, Odontoiatria, Dermatologia, Neurologia e Psichiatria.

**Grafico n. 5 – Tipologia principali DRG con ricovero DH**



Anche in regime di ricovero ordinario, come mostra il grafico n. 6, l'area che assorbe il maggior carico è ancora quella ostetrico-ginecologica e neonatologica, cui seguono i DRG delle specialità mediche (gastroenterologia, broncopneumologia, cardiologia, neurologia) e di quelle chirurgiche (neurochirurgia, chirurgia generale e toracica, orl, oculistica).

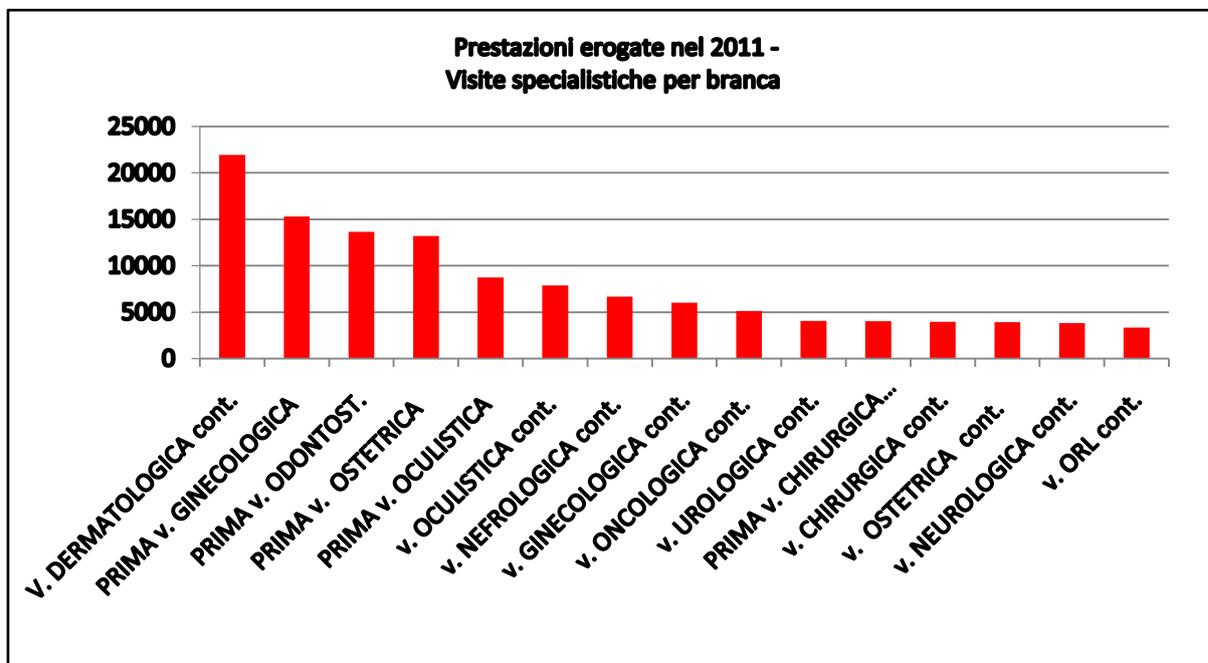
**Grafico n. 6 - Tipologia principali DRG con ricovero ordinario**



<sup>7</sup> Sono riportati i DRG, indipendentemente dall'UO di erogazione.

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, gli indicatori del triennio 2009 - 2011 evidenziano la sostanziale stabilità dell'attività, in termini quali - quantitativi. Nel 2011 le prestazioni erogate sono state 2.681.750; escludendo le prestazioni 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). Nel grafico n. 7 le principali specialità.

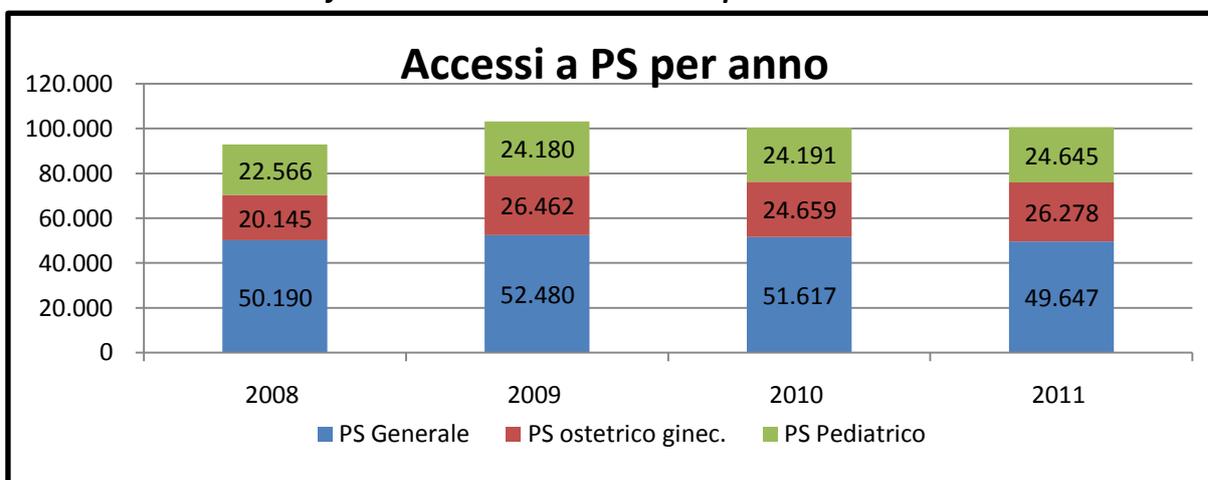
**Grafico n. 7 - Specialistica ambulatoriale - principali tipologie di prestazione**



Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali vanno ricordate le visite specialistiche di Medicina del Lavoro effettuate in convenzione per Aziende pubbliche e private, che nel solo 2011 sono state 15.323. Inoltre vanno ricordate le numerosissime prestazioni ambulatoriali gastro-epatologiche e quelle di audiologia e turbe dell'equilibrio. L'attività di pronto soccorso è suddivisa in tre postazioni: PS generale sito nel Padiglione Guardia-Accettazione, PS pediatrico in Clinica De Marchi, PS ostetrico-ginecologico presso la Clinica Mangiagalli.

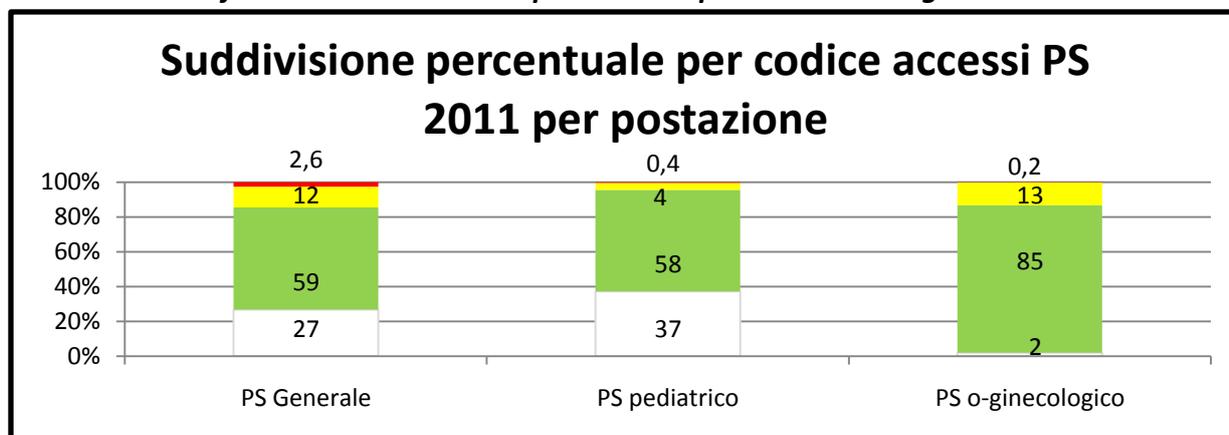
Nei grafici n. 8 e n. 9 e nella tabella n. 6 sono esposte le attività degli ultimi anni, suddivise per alcuni indicatori.

**Grafico n. 8 - Accessi nei tre PS - periodo 2008-2011**



I sintetici dati consentono di evidenziare le diverse caratteristiche delle tre postazioni: PS generale, con una casistica di maggior gravità, anche paragonata a presidi simili della città di Milano; PS pediatrico caratterizzato da una prevalente componente di codici bianchi e verdi; PS ostetrico-ginecologico con funzioni anche di accettazione ove la gravidanza costituisce la quasi esclusività degli accessi che avvengono quindi per autopresentazione.

**Grafico n. 9 - Suddivisione percentuale per codice di triage nei tre PS**



**Tabella n. 6 – Principali parametri accessi in PS**

Accessi die	Generale	Pediatrico	Ost.-Gin.	% Accessi die	Generale	Pediatrico	Ost.-Gin.
Autopresentato	119	57	72	Autopresentato	83%	85%	96%
Tramite 118	20	3	2	Tramite 118	14%	4%	3%
Altro	5	7	1	Altro	4%	11%	1%
Totale complessivo	144	67	75	Totale complessivo	100%	100%	100%

Al fine di ridurre gli accessi e la permanenza negli spazi del PS e di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni, nel corso del 2011 e primi mesi del 2012 la Fondazione ha dato corso ad una serie di iniziative. In particolare l'obiettivo di velocizzare il percorso dei pazienti in PS è stato perseguito con le seguenti iniziative:

a) Triage diretto per ambulatorio dermatologico: i pazienti che giungono in PS per problematiche esclusivamente dermatologiche sono inviati direttamente nell'area di Via Pace dove nel padiglione di Dermatologia è stato localizzato un punto triage, con successiva visita medica; nell'anno 2011, dei 15.381 accessi registrati come codici bianchi dal PS generale, 7.531 sono stati visti dal dermatologo, riducendo così il numero di pazienti in attesa nel PS generale.

b) Ambulatorio di continuità assistenziale: a partire dal 20 agosto 2011 è stata avviata una sperimentazione, in collaborazione con l'ASL di Milano, per l'attivazione di un modello di ambulatorio di continuità assistenziale, all'interno della struttura ospedaliera, dedicato alla gestione dei pazienti non gravi (codici bianchi). Dal luglio scorso, a seguito della DGR 3978 del 9 maggio 2012, l'ambulatorio si è integrato nel PS e funziona anche nelle ore notturne.

c) Percorsi ambulatoriali preferenziali post-PS: analizzando i tempi di permanenza in PS dei codici verdi, si è evidenziato come in alcuni casi i pazienti sono trattenuti in PS per completare l'esecuzione di accertamenti o valutazioni specialistiche che, con buona sicurezza per il paziente e

maggior efficienza per il servizio, potrebbero essere eseguite anche dopo la dimissione, purché in tempi rapidi.

A tale proposito si è avviata una collaborazione fra i medici di PS e le UO maggiormente coinvolte negli accertamenti richiesti, prevedendo l'invio del paziente il giorno successivo ad ambulatori e servizi di diagnostica.

d) Profili per i pazienti con codice verde: nel percorso tradizionale di un paziente con codice verde, il tempo di permanenza in PS è in gran parte definito da due momenti di attesa: il primo, relativo alla presa in carico del medico cui segue di norma la prescrizione di esami; il secondo, per il ricontrollo del medico con i risultati degli esami richiesti.

Per ridurre la permanenza dei pazienti, e quindi ridurre il sovraffollamento, è stata definita la sperimentazione dei cosiddetti "profili"; sono stati infatti identificati alcuni quadri sintomatologici (dolore toracico, cardiopalmo, febbre isolata, dolore addominale, sintomi urologici) in cui l'infermiere – prima ancora della visita medica – attivi la richiesta di una serie di esami ematochimici in base a pacchetti predefiniti, che permetteranno in un secondo tempo al medico di PS la conclusione diagnostica e terapeutica del caso.

e) Pronto Soccorso Odontoiatrico: da alcuni anni era attiva una guardia attiva h24 per le urgenze di tipo odontoiatrico, presente presso il padiglione Alfieri, cui si poteva accedere direttamente, con pagamento di ticket ove fosse confermato il codice bianco. Nel corso del 2011 è stata condotta una analisi del numero e tipologia degli accessi, rilevando che durante il giorno, festivi e prefestivi compresi, il numero di pazienti era in media di 10-12 e nelle ore notturne di circa 4-5 pazienti; di contro tale attività impiegava 6 medici/odontoiatri, decisamente squilibrata rispetto all'attività. Considerando quindi che, oltretutto, difficilmente l'urgenza odontoiatrica si configura come non differibile alla mattina successiva, da febbraio 2012 è stato avviato un progetto per mantenere la guardia attiva solo durante il giorno, dalle 8 alle 20, festivi e prefestivi compresi. In orario notturno, le eventuali urgenze sono state indirizzate al PS generale.

## **1.5. Le linee di attività peculiari**

Si ritiene utile un approfondimento volto a valutare quanto realizzato non solo come mera somma di prestazioni, ma come insieme di attività, capaci di integrare le diverse vocazioni della Fondazione.

Infatti pur offrendo la Fondazione uno spettro ampio di tutte le specializzazioni, possiamo individuare alcune principali linee, che caratterizzano la storia e l'attualità della Fondazione, individuando, per ciascuna di esse, il punto di eccellenza, pur nella consapevolezza che la sintesi comporta incompletezza.

### **1.5.1 Ricerca e cura**

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

- Neurologia: costituisce, insieme all'Ematologia, il primo settore per Impact Factor, per l'intensa attività di sperimentazione clinica e di laboratorio. La malattia di Alzheimer e le sindromi e malattie degenerative e neuromuscolari congenite e acquisite sono i settori di applicazione di punta;

- Malattie della coagulazione: ricerche e applicazioni cliniche su emofilia, trombosi e malattie della coagulazione fanno della Fondazione il primo e principale centro italiano per la cura e il monitoraggio di questo ambito specialistico, trasversale a molte discipline;
- Rianimazione: la messa a punto e sviluppo della metodica ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) ha fatto della Fondazione Ca' Granda uno dei principali centri italiani ove viene utilizzata nella pratica clinica e nella didattica<sup>8</sup>. Ancor più recentemente presso la Fondazione sono stati realizzati i primi trapianti di polmone con organi ricondizionati (ossia polmoni che non avendo i criteri per essere impiantati sono stati sottoposti ad una metodica messa a punto da nostri ricercatori, che li ha resi idonei tanto da essere trapiantati con successo);
- Dermatologia: storia e unicità della Clinica di via Pace, pur con l'evoluzione verso assistenza prevalentemente ambulatoriale, ne fanno ancor oggi il principale centro di riferimento clinico e di ricerca nazionale delle malattie della pelle e dei linfomi cutanei.
- Epatologia: il settore raggiunge globalmente un impact factor ai massimi livelli.

Inoltre, non da ultimo, vi è una specificità trasversale a tutta la Fondazione che riguarda le Malattie Rare, sia nel neonato e nel bambino che nell'adulto: la Fondazione con 5430 casi inseriti nel Registro Regionale MR<sup>9</sup> ha in carico il maggior numero di pazienti (un terzo dell'intera Regione) abbracciando un numero elevato di patologie, precisamente 264, tanto da divenire sicuro e riconosciuto punto di riferimento clinico e di ricerca per tutta la Regione Lombardia. Le più frequenti malattie rare gestite in Fondazione sono le malattie della coagulazione del sangue e le anemie (congenite e acquisite).

### **1.5.2. Cicli integrati di cura: polmone, fegato, sangue, rene e mammella**

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

- Percorso delle Malattie Polmonari: la Fondazione è centro di riferimento, per bambini e adulti, della Fibrosi Cistica oltre che delle malattie polmonari croniche; la Chirurgia Toracica svolge attività di eccellenza di trapianto;
- Percorso delle Malattie Epatogastroenterologiche: ricerca e cura delle epatiti virali e metaboliche, con le relative patologie croniche e neoplastiche, hanno una particolare rilevanza, con anche l'applicazione di tecniche di radiologia interventistica in fase iniziale e del trapianto di fegato; anche per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino la Fondazione opera sia sul versante medico che chirurgico;
- Percorso delle Malattie Ematologiche: oltre che l'oncoematologia, con relativo centro di trapianto di midollo, in Fondazione è particolarmente sviluppata la cura di anemie quali talassemie e quella delle coagulopatie;
- Percorso delle Malattie del Rene: anche in questo caso vi è continuità tra area nefrologica, con un carico notevole di pazienti dializzati ma anche di patologie rare, e quella chirurgica, sia sul versante urologico sia del trapianto di rene, oltre che dell'introduzione della tecnica chirurgica robotica, anche se relativa ai soli casi di prosectomia;

<sup>8</sup> Grazie alla costituzione della Società Adveniam, a totale partecipazione della nostra Fondazione, che realizza corsi e stage soprattutto in ambito rianimatorio.

<sup>9</sup> L'ultimo rapporto regionale ([http://malattierare.marionegri.it/images/RRMR\\_ESENZIONI/2012\\_06\\_30\\_rapporto\\_rlomr.pdf](http://malattierare.marionegri.it/images/RRMR_ESENZIONI/2012_06_30_rapporto_rlomr.pdf)) evidenzia che, delle 18374 schede di diagnosi presenti al 30.06.2012, circa il 30% erano inserite dal solo Policlinico, seguito dagli Spedali Civili di Brescia con 1879 casi.

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

### **1.5.3. Assistenza alla donna e al bambino**

Storicamente sede delle principali Cliniche Ostetrico-ginecologica e Pediatrica della città, la Fondazione ha saputo affrontare le sfide dell'evoluzione scientifica, aprendo anche a nuove attività e servizi.

Oltre ai percorsi per la procreazione medicalmente assistita, con la messa a punto di un metodo innovativo per la conservazione dei gameti di pazienti oncologici, e per la gravidanza, specializzazioni sono state sviluppate per i tumori in gravidanza, endometriosi, chirurgia fetale, nefrologia pediatrica e terapia intensiva neonatale; il follow-up dei prematuri contribuisce a fare della Fondazione un punto di richiamo nazionale ed europeo.

Nel 2012 è stato accreditato un ampliamento della Terapia Intensiva Neonatale, che conta ora 23 culle, con dimensioni notevoli e soprattutto elevata specializzazione nei trattamenti dei casi più critici.

### **1.5.4. Medicina preventiva**

La Fondazione è sede storica della Clinica del Lavoro, tra le principali nazionali, la prima nel mondo per fondazione (1906) e Centro di riferimento regionale e nazionale per la disciplina. L'attività clinica si è particolarmente orientata a: prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie, allergiche, muscolo scheletriche e neuropsichiche. In questi ultimi anni, seguendo l'evoluzione delle problematiche connesse alla tutela della salute negli ambienti di lavoro e gli sviluppi normativi ad esse collegate, la Clinica ha fortemente sviluppato ed incrementato le proprie attività di ricerca, di base ed applicata (traslazionale), orientandole anche alle problematiche ambientali più generali con forte sviluppo dell'epidemiologia, della biologia molecolare e della genetica applicate all'ambiente. E' così diventata punto di riferimento anche per gli studi effettuati in tema di rapporto tra inquinamento atmosferico e salute, con significative ricadute scientifiche in ambito internazionale.

### **1.6. Attività di servizio per altri Enti, Aziende e Regione Lombardia**

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

Si tratta delle seguenti attività:

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

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

## 1.7. Centri di eccellenza e di riferimento

In Fondazione sono presenti inoltre centri di eccellenza e di riferimento finalizzati al trattamento di specifiche patologie. Pur non configurandosi come Unità Operative per tali centri è stata prevista una procedura interna a cura della UOC Qualità, volta a definirne compiti, obiettivi, protocolli.

Di seguito i centri ad oggi operanti:

### Allergologia e Immunologia

- Centro regionale di riferimento per le malattie autoimmuni sistemiche
- Centro regionale di riferimento per la diagnosi e terapia delle malattie allergologiche
- Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la terapia dell'allergia al veleno di imenotteri

### Audiologia

- Centro sordità infantile
- Centro turbe dell'equilibrio

### Broncopneumologia

- Centro regionale di riferimento per la fibrosi cistica negli adulti

### Cardiologia

- Centro interuniversitario di fisiologia clinica e ipertensione

### Chirurgia

- Centro di chirurgia bariatrica

### Chirurgia dei Trapianti

- Centro di ricerche chirurgiche precliniche
- Centro Beatrice Vitiello per l'associazione, assistenza, ricerca e formazione nell'ambito del trapianto di fegato

### Dermatologia

- Centro malattie a trasmissione sessuale

### Endocrinologia

- Centro di riferimento dell'orbitopatia basedowiana
- Centro regionale di riferimento per deficit di ormone della crescita nell'adulto e nel bambino

### Gastroenterologia

- Centro per la prevenzione e diagnosi della malattia celiaca
- Centro A.M. e A. Migliavacca per lo studio delle malattie del fegato

### Geriatra

- Centro geriatrico dell'aterosclerosi
- Centro di ricerche in bioclimatologia medica, biotecnologie e medicine naturali
- Centro per le dislipidemie

### Medicina del lavoro/Epidemiologia

- Centro di ricerca in epidemiologia occupazionale clinica e ambientale
- Centro di ricerca sugli effetti biologici delle polveri inalate
- Centro prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo
- Centro di riferimento regionale per ergonomia della postura e del movimento e per allergologia ambientale e occupazionale
- Presidio di rete della Regione Lombardia per la sindrome di Ehlers Danlos

### Medicina Interna

- Centro per lo studio e la prevenzione dell'aterosclerosi
- Centro delle malattie metaboliche del fegato
- Centro di coordinamento regionale per le sindromi talassemiche-emoglobinopatiche e per le altre anemie emolitiche congenite non emoglobinopatiche

- Centro regionale di riferimento Angelo Bianchi Bonomi per le malattie emorragiche e trombotiche
- Centro di coordinamento regionale per le coagulopatie congenite
- Centro universitario per lo studio delle malattie metaboliche del fegato

#### Nefrologia/ Nefrologia pediatrica

- Centro di riferimento laboratorio clinico e di ricerca dell'esame del sedimento urinario
- Centro per la cura e lo studio della sindrome emolitico uremica
- Centro di riferimento regionale per la cura dell'insufficienza renale cronica e per la diagnosi istologica (biopsia renale) delle nefropatie esordite in età pediatrica

#### Neonatologia

- Centro di nutrizione neonatale

#### Neuropsichiatria Infantile

- Centro sovrazonale di comunicazione aumentativa
- Centro di riferimento per la terapia farmacologica del disturbo da deficit di attenzione con iperattività
- Servizio abilitazione precoce dei genitori
- Unità per la disabilità complessa

#### Neurologia

- Centro per le neuro tecnologie, la neuro stimolazione ed i disordini del movimento
- Centro interdipartimentale di spettroscopia e di tecnologie avanzate a risonanza magnetica applicate ai sistemi biologici complessi ed allo studio della funzione mitocondriale (Neurologia e Radiologia)
- Centro Dino Ferrari per la diagnosi e la terapia delle malattie neuromuscolari e neurodegenerative
- Centro di riferimento "Unità valutativa Alzheimer"
- Centro per le malattie neurodegenerative
- Centro provinciale di riferimento per la ricerca e la cura della sclerosi multipla e la dispensazione di farmaci immunomodulanti
- Centro regionale di riferimento per il morbo di Parkinson e le malattie extrapiramidali
- Centro regionale di riferimento per le malattie neuromuscolari

#### Ostetricia e Ginecologia

- Centro di riferimento per lo studio e il trattamento delle anomalie congenite rare dell'apparato genitale femminile
- Centro regionale di riferimento di diagnosi prenatale
- Centro regionale di riferimento soccorso violenza sessuale e domestica (SVS – SVD)

#### Pediatria

- Centro regionale di riferimento per l'AIDS in età pediatrica
- Centro di isolamento per patologie infettive diffuse in età pediatrica
- Centro di riferimento per la malattia di Lyme
- Centro per le vaccinazioni in ambiente protetto
- Centro regionale di riferimento per la fibrosi cistica nei bambini

#### Trasfusionale/Terapia cellulare e criobiologia/Immunologia dei trapianti di organi e tessuti

- Milano Cord Blood Bank
- Biobanca POLI-MI
- Centro interdipartimentale di citometria
- Cell factory "Franco Calori"
- Centro di riferimento regionale ed interregionale per l'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti
- Banca regionale di emocomponenti di gruppo raro

- Laboratorio di riferimento per l'immunoematologia (accreditato AABB)
- Centro regionale dei donatori di midollo osseo
- Centro regionale di riferimento per gli innesti corneali
- Centro regionale di riferimento per l'immunologia tissutale

#### Urologia

- Centro malattie rare – cistinuria
- Centro trattamento calcolosi

### **1.8. Attività di ricerca scientifica e didattica**

L'attività scientifica della Fondazione è intensa, sia in virtù dell'essere Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico che sede del Polo Universitario: nel solo 2011 le pubblicazioni scientifiche con almeno un Autore afferente alla Fondazione, sono state 853<sup>10</sup>; l'Impact Factor è al secondo posto tra gli IRCCS, al primo tra gli IRCCS Pubblici in Italia.

Va altresì rilevato che talune scoperte scientifiche, ormai diffuse in tutto il mondo, sono state sviluppate proprio in Fondazione: citiamo la ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), le nuove terapie dell'emofilia, la stimolazione cerebrale intracranica per malattie neurologiche e la terapia genica delle malattie neuromuscolari.

I brevetti depositati sono stati, dal 2005 ad oggi, 23<sup>11</sup> (20 famiglie attive ad oggi), tra cui alcuni oggetto di interesse da parte di Aziende private (esempi: metodo per la tipizzazione genomica di sistemi eritrocitari, o produzione di gel piastrinico da sangue placentare) o della comunità scientifica (esempi: sistema di trattamento per disturbi neurologici mediante stimolazione cerebrale; metodo per la creazione di cellule staminali umane partogenetiche).

Presso la Fondazione hanno sede i Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Nell'anno accademico 2011-2012 hanno scelto il Polo centrale con sede nella Fondazione: 1064 studenti del corso di laurea di Medicina e Chirurgia (su un totale di 2270 studenti); 163 studenti del corso di laurea di Odontoiatria (su un totale di 287 studenti).

Relativamente all'attività post laurea sono presenti nell'Università degli Studi di Milano 38 Scuole di Specializzazione che hanno inserito almeno una UO della Fondazione dove sono svolte le attività e le prestazioni necessarie per la formazione di un ragguardevole numero di specializzandi.

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.

La Fondazione svolge anche in modo diretto attività di formazione, essendo provider riconosciuto da Regione Lombardia; particolare attenzione è data alla formazione a distanza (FAD) che, attualmente, presenta una consistente offerta formativa<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> L'elenco delle sole pubblicazioni con primo autore della Fondazione del 2012 è reperibile sul sito della Fondazione, alla voce Biblioteca Scientifica: (<http://atoz.ebsco.com/Customization/Tab/10171?tabId=3830>); tutte le pubblicazioni divise per linee di ricerca sono reperibili al link: <http://www.formazione.eu.com/ricerca/Default.aspx?st=0020000000000000>

<sup>11</sup> Portfolio dei brevetti: <http://www.formazione.eu.com/documents/brevetti/PortafoglioBrevetti.pdf>

<sup>12</sup> Elenco dei corsi attivi 2011-2012: <http://policlinico.ecmcampus.it/>

Nel 2007 è stata inoltre costituita da parte della Fondazione la società Adveniam, con lo scopo di svolgere attività di alta formazione in ambito sanitario, attraverso attività didattiche ed eventi formativi, con particolare riferimento alla disciplina dell'anestesia e terapia intensiva, anche in collaborazione con l'Università e istituzioni di formazione pubbliche e private.

Inoltre la Fondazione ha concorso con il 15% a costituire, insieme all'Università, la società Newronika, società di "spin-off" per la valorizzazione e lo sviluppo di brevetti prodotti nel campo delle neuro nanotecnologie e della neurostimolazione.

### **1.9. Le Associazioni di Volontariato e i Religiosi**

La Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, e garantisce lo svolgimento delle attività solidaristiche integrative e non sostitutive dei servizi di propria competenza.

Il riconoscimento e la presa d'atto formale dell'ammissione all'interno della Fondazione delle Associazioni di Volontariato e di Ricerca che svolgono l'attività di assistenza gratuita in collaborazione e a supporto dei fini istituzionali della Fondazione, è formalizzato con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Ad oggi le Associazioni ammesse presso la Fondazione sono 64, di cui 37 di Volontariato e 27 di Ricerca.

La caratteristica che di norma le Associazioni di Volontariato e/o Ricerca devono possedere per l'ammissione nell'ambito della Fondazione è lo svolgimento di attività gratuita di partecipazione all'assistenza, in collaborazione e a supporto degli scopi istituzionali della Fondazione e/o dell'attività di ricerca clinica. Lo scopo delle Associazioni, dichiarato nell'atto costitutivo e nello statuto, è caratterizzato da iniziative di interesse sociale, quali l'assistenza sociale e socio-sanitaria, ed in alcuni casi di interesse scientifico, per la promozione di studi e ricerche.

Le Associazioni promuovono la tutela e gli interessi delle persone affette da sindromi o patologie specifiche, si adoperano per una corretta e capillare informazione e si pongono a sostegno delle persone malate e delle loro famiglie.

Nel rispetto dei grandi valori fondanti - gratuità, rispetto per la persona umana, solidarietà, sussidiarietà - contribuiscono all'erogazione di un servizio di qualità alla persona assistita attraverso l'integrazione tra la nostra struttura sanitaria e le diverse realtà associative presenti. La Fondazione e le Associazioni collaborano così in uno spirito di aiuto e condivisione alle principali finalità ospedaliere al fine di qualificare l'offerta sanitaria in ogni aspetto.

Proprio in questo spirito comune, la Fondazione organizza a favore dei volontari incontri periodici di informazione e formazione con tematiche legate all'attività propria delle stesse e alla condivisione delle iniziative che le diverse Associazioni di Volontariato e/o di Ricerca propongono.

Per facilitare l'accesso degli utenti alle informazioni sulle Associazioni, è stata redatta e pubblicata per i pazienti una **Guida dedicata "Volontariato in Fondazione"** sia cartacea che sul sito web della Fondazione.

Il Consiglio di Amministrazione, la Direzione Strategica, l'URP e i Dirigenti delle Unità Operative coinvolte, con il contributo dei volontari, hanno promosso e realizzato tre specifici progetti di particolare rilevanza per l'umanizzazione e l'accoglienza dei pazienti nei punti della Fondazione dedicati all'urgenza/emergenza.

I progetti realizzati sono:

- **il Volontario in Pronto Soccorso Generale**, con la collaborazione dei volontari dall'AVO (Associazione Volontari Ospedalieri);
- **il Volontario in Pronto Soccorso Pediatrico**, con la collaborazione dei volontari di ABN (Associazione del Bambino Nefropatico), FONDAZIONE DE MARCHI, ABIO (Associazione per il Bambino in Ospedale);
- **il Punto di Accoglienza in Mangiagalli** con la collaborazione dei volontari di ABN, AVO, FONDAZIONE DE MARCHI, CAV (Centro Aiuto alla Vita), SVS (Soccorso Violenze Sessuali) DAD (Donna Aiuta Donna), Commissione Visitatrici per la Maternità;
- **lo sportello delle Malattie Rare**: costituito nel 2009 grazie anche alla Onlus "Forum della Solidarietà in Lombardia", offre informazione e guida ai servizi per un consistente numero di pazienti soprattutto provenienti da fuori Regione.

In relazione a tali progetti sono state realizzate brochure esplicative a sostegno dell'attività che devono svolgere i volontari nell'ambito dei servizi sopra indicati e per una comunicazione più puntuale ai pazienti.

Sono stati redatti appositi documenti informativi multilingue a uso dei volontari e a sostegno dell'attività finalizzata all'accoglienza dei pazienti.

Alcune Associazioni che hanno, prevalentemente o in parte, uno scopo assistenziale, operano anche in sinergia con il Servizio Sociale Professionale Ospedaliero richiedendone l'intervento professionale per il raggiungimento della loro mission.

Ancora, è fondamentale ricordare l'importante contributo relativo ai progetti di collaborazione che le singole Associazioni svolgono in Fondazione attraverso donazioni mirate per il miglioramento qualitativo dei singoli servizi, ad esempio donazioni di specifiche attrezzature, ristrutturazione di Unità Operative e/o Servizi, borse di studio e di ricerca scientifica, ecc..

La Fondazione affida all'Ufficio Relazioni con il Pubblico il compito di gestire i rapporti e di regolamentare le attività giuridico - amministrative con le Associazioni di Volontariato e/o Ricerca.

La presenza di nove religiosi, alcuni residenti nelle mura dell'Ospedale, consente, nel rispetto dei ruoli reciproci, non solo di rendere un servizio di cruciale importanza ai degenti e agli altri soggetti che si muovono intorno a loro, ma anche di rinsaldare il rapporto con il territorio, ricco di presenze solidali e risorse culturali. Ancora, la Fondazione è riconosciuta come Parrocchia, con un proprio Consiglio Pastorale, il cui parroco è il Cardinale di Milano, naturalmente sostituito per garantire una effettiva assistenza religiosa. La presenza di quattro Chiese tuttora attive, San Giuseppe ai Padiglioni e Santi Innocenti nell'area Sforza - Commenda, Beata Vergine Addolorata nell'area di via Pace e la Chiesa dell'Annunciata a fianco di palazzo Uffici, comporta una presenza viva, con quotidiane celebrazioni della Santa Messa e un affiancamento di pazienti e famigliari sia durante la permanenza in ospedale che nell'attivazione della rete di solidarietà per l'accoglienza.

### **1.10 La comunicazione e il Comitato Unico di Garanzia**

Non può sfuggire, in un contesto complesso come quello della Fondazione, l'importanza di idonei strumenti di comunicazione con i cittadini e gli utenti dei servizi, in primo luogo, ma anche con la comunità scientifica, gli operatori sanitari del sistema regionale e del nostro stesso ospedale.

A tal fine, benché non ancora strutturato, è presente in staff alla Presidenza un Ufficio Comunicazione, addetto anche alla relazione con i media, ma soprattutto volto a supportare Direzione e Unità Operative nella predisposizione di comunicati stampa, relazioni a carattere divulgativo, aggiornamento del sito web, depliant e del periodico Ca' Granda, a breve diffuso in sola versione online.

L'Ufficio Comunicazione collabora in modo organico con l'Ufficio Relazioni col Pubblico, che, oltre all'attività istituzionale e di rilevazione periodica della customer satisfaction, segue anche i lavori del Comitato Unico di garanzia.

Con determinazione n. 3426 del 30.12.2011 infatti è stato costituito il CUG (Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le pari opportunità e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, con finalità di valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

### 1.11. Risorse umane e bilancio economico-finanziario

Le risorse umane disponibili per l'attività assistenziale, di ricerca e didattica della Fondazione sono considerevoli: nella tabella n. 7 si evidenzia tipo e consistenza del personale presente al 31.12.2011.

**Tabella n. 7 - Tipo e consistenza del personale operante presso la Fondazione al 31/12/2011**

<b><u>Dirigenza</u></b>	
Dirigenti medici/odontoiatri	678 (631 tempo ind./47 tempo determ.)
Dirigenti sanitari	93 (83 tempo ind./10 tempo determ.)
Dirigenti prof./tecnici e amm.vi	23 (20 tempo ind./ 3 tempo determ.)
<b><u>Totale Dirigenza</u></b>	<b>794 (734 tempo ind./60 tempo determ.)</b>
<b><u>Professori e ricercatori universitari</u></b>	
Professori e Ricercatori universitari	102
<b><u>Comparto</u></b>	
Personale infermieristico	1.433 (1.377 tempo ind./56 tempo determ.)
Personale vigilanza/ispezione	2 (2 tempo ind.)
Personale tecnico/sanitario	220 (201 tempo ind./19 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.)
<b><u>Totale comparto</u></b>	<b>2.627 (2.549 tempo ind./78 tempo determ.)</b>
<b>Totale complessivo 3.421 (3.283 tempo ind./138 tempo determ.)</b>	

A tale personale vanno poi aggiunti i 284 titolari di borse di ricerca, i 62 contratti di collaborazione per ricercatori finanziati da associazioni e benefattori, oltre a molte persone che prestano la loro generosa opera gratuitamente.

In Fondazione opera poi personale universitario, costituito perlopiù da amministrativi o tecnici laureati non convenzionati, ossia non rientranti tra gli operatori con compiti assistenziali.

Pur non essendo questa la sede per illustrare il bilancio, con costi e ricavi della Fondazione, tuttavia nella tabella n. 8 si illustra lo schema di bilancio consuntivo 2011 e bilancio di previsione 2012, per le principali voci.

**Tabella n. 8 - Conto Economico**

CONTO ECONOMICO	Bilancio complessivo Consuntivo al 31/12/2011	Bilancio complessivo Economico do previsione al 31/12/2012
(A) Valore della produzione		
1 - CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER ASSISTENZA	88.299	88.940
2 - CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER RICERCA CORRENTE	9.639	9.309
3 - CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER RICERCA FINALIZZATA	2.385	-
4 - PROVENTI E RICAVI DIVERSI	298.868	292.993
5 - CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	7.281	7.378
6 - COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONE SANITARIE	6.349	7.206
7 - COSTI CAPITALIZZATI	6.718	4.123
8 - VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI PRODOTTI IN CORSO DI LAVORAZIONE, SEMILAVORATI E FINITI		
9 - VARIAZIONI DEI LAVORI IN CORSO SU ORDINAZIONE		
<b>TOTALE A</b>	<b>419.539</b>	<b>409.949</b>
(B) Costi della produzione		
1 - ACQUISTI DI BENI	89.143	88.392
2 - ACQUISTI DI SERVIZI	89.700	84.834
a) PRESTAZIONI SANITARIE DA PUBBLICO	2.091	1.045
b) PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO	42.303	37.653
c) PRESTAZIONI NON SANITARIE DA PUBBLICO	10	160
d) PRESTAZIONI NON SANITARIE DA PRIVATO	45.296	45.976
3 - MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	13.299	14.075
4 - GODIMENTO DI BENI DI TERZI	1.266	1.412
5 - PERSONALE SANITARIO	144.503	142.870
6 - PERSONALE PROFESSIONALE	583	605
7 - PERSONALE TECNICO	20.308	20.710
8 - PERSONALE AMMINISTRATIVO	12.397	12.582
9 - ONERI DIVERSI DI GESTIONE	6.338	7.954
10- AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.028	1.010
11- AMMORTAMENTO DEI FABBRICATI	5.848	5.772
a) AMMORTAMENTO FABBRICATI DISPONIBILI	-	-
b) AMMORTAMENTO FABBRICATI INDISPONIBILI	5.848	5.772
12- AMMORTAMENTI DELLE ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	10.692	10.278
13- SVALUTAZIONE DEI CREDITI	663	150
14- VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI MATERIE PRIME, SUSSIDIARIE E DI CONSUMO, MERCI	176	-
a) SANITARIE	150	-
b) NON SANITARIE	26	-
15- ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	7.959	-
<b>TOTALE B</b>	<b>403.903</b>	<b>393.640</b>
<i>Differenza tra valore e costi della produzione (A-B)</i>	15.636	16.309
(C) Proventi e oneri finanziari		
1 - INTERESSI ATTIVI	299	-
2 - ALTRI PROVENTI	-	-
3 - INTERESSI PASSIVI	34	135
4 - ALTRI ONERI	-	-
<b>TOTALE C</b>	<b>265</b>	<b>-135</b>
(D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		
1 - RIVALUTAZIONI	0	0
2 - SVALUTAZIONI	-	-
(E) Proventi e oneri straordinari		
1 - MINUSVALENZE	152	-
2 - PLUSVALENZE	-	-
3 - ACCANTONAMENTI NON TIPICI DELL'ATTIVITA' SANITARIA	-	-
4 - CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' NON TIPICHE	-	-
5 - SOPRAVVVENIENZE E INSUSSISTENZE	618	-
a) SOPRAVVVENIENZE E INSUSSISTENZE ATTIVE	2.189	-
b) SOPRAVVVENIENZE E INSUSSISTENZE PASSIVE	1.571	-
<b>TOTALE E</b>	<b>466</b>	<b>0</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)</b>	<b>16.367</b>	<b>16.174</b>
<b>IMPOSTE E TASSE</b>	<b>16.367</b>	<b>16.174</b>
<b>UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



## 2. Il POA 2012-2014

La realizzazione del nuovo ospedale, avviata con la realizzazione del Padiglione Monteggia e la prossima consegna del Guardia-Accettazione sede del Pronto Soccorso, non può che essere l'occasione di ripensare l'organizzazione della Fondazione, nell'ottica delle nuove esigenze e nuove opportunità assistenziali emerse negli ultimi anni, pur considerando che la nostra Fondazione possiede caratteristiche differenti rispetto a tutte le altre realtà sanitarie milanesi e lombarde, sia per la propria storia sia per essere in quanto IRCCS ospedale di ricerca e per le peculiarità che la caratterizzano, come descritto nel precedente capitolo .

Non vanno poi dimenticate altre particolarità della Fondazione:

- la presenza di CDA e Presidenza, per cui pensare ad un effettivo ruolo in un contesto dove la natura pubblica dell'ospedale lo assimila ad Aziende Ospedaliere a tutti gli effetti e nel quale le numerose associazioni e benefattori non trovano rappresentanza;
- i Beni Culturali, rispetto cui va prospettata una modalità di recupero delle risorse per il loro mantenimento, come già segnalato al precedente capitolo 1, che non possono essere quella del fondo sanitario, e anche ipotizzata una maggior possibilità di accesso e godimento da parte dei cittadini;
- il Patrimonio immobiliare, che dovrebbe essere maggiormente finalizzato a supporto delle attività assistenziali e alla costruzione del nuovo ospedale, e che richiede, conseguentemente, di essere maggiormente valorizzato.

Immaginare di ripercorrere i medesimi modelli del secolo scorso, mantenendo gli assetti consolidatisi, risulterebbe inadeguato; e non si tratta solo di ridisegnare dipartimenti e unità operative complesse – spesso ridondanti o non funzionali ad una reale integrazione - ma piuttosto di pensare la tipologia stessa dell'assistenza, centrata sinora comunque sul ricovero e quindi sulla disponibilità di posti letto.

In realtà sappiamo bene che il ricovero ordinario risponde sempre meno alle esigenze assistenziali: o perché eccessivo (la maggior parte delle problematiche sanitarie di adulti e bambini è risolvibile con le forme più leggere di ambulatorio e day hospital) o perché, all'opposto, insufficiente (nell'anziano le problematiche sociali si assommano a quelle sanitarie e, quindi, una risposta esclusivamente sanitaria non è adeguata, se non portatrice di ulteriori effetti negativi, quali il disorientamento, le infezioni nosocomiali, le cadute, l'immobilizzazione) .

In tale contesto non può essere dimenticato che la Fondazione opera nella città di Milano, difficilmente assimilabile alla situazione di altre regioni o di altre province della stessa Lombardia, richiedendo ciò uno sforzo ulteriore, sia di confronto con la rete delle altre AAOO, per evitare duplicazioni e implementare sinergie, sia di analisi di un contesto sociale contraddistinto da molti anziani soli, carenza di reti di vicinanza e sostegno familiare (anche in questo senso andrà letta la parte descritta nell'appendice).

Non va però dimenticato che la Fondazione Ca' Granda, condividendone i principi, ha partecipato attivamente al processo di razionalizzazione in atto in ambito milanese, che ha riguardato le attività di formazione, di integrazione dei magazzini economici, degli Uffici tecnici e degli Uffici legali, della attività di Risk management e delle iniziative di Car Sharing.

Ripensare al Piano di Organizzazione Aziendale della Fondazione significa quindi, a partire dalle peculiarità e competenze sviluppate e tuttora presenti, individuare le linee su cui mantenere/sviluppare l'attività e, soprattutto, guardando alla persona come centro del nostro servizio, delineare intorno ad essa percorsi e strutture, facendo in modo che sia le modalità di

accesso che di permanenza all'interno dell'ospedale siano rispondenti alle condizioni sociali, culturali e di genere delle persone cui il nostro servizio è rivolto.

## 2.1. Il Nuovo Ospedale

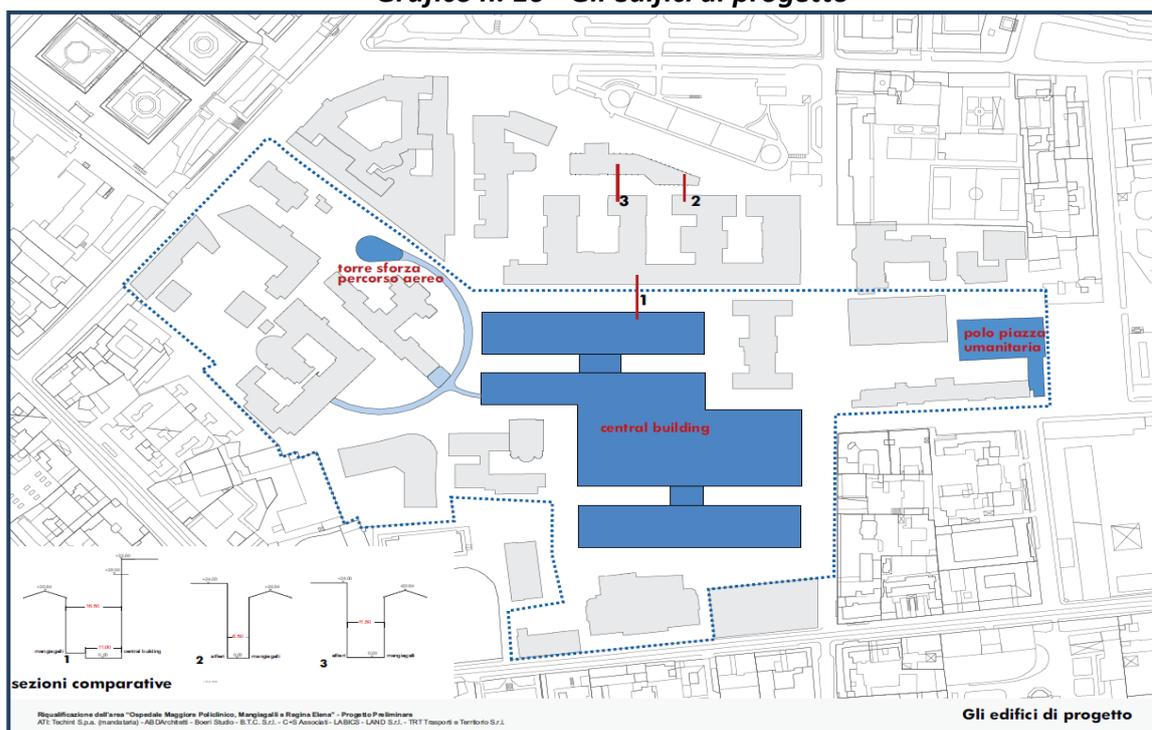
L'Accordo di programma del 2000, integrato nel 2004, tra Regione, Ministero, Ospedale Maggiore e Istituti Clinici di Perfezionamento, aveva come obiettivo sostanziale l'unificazione in una sola gestione del Policlinico, delle Cliniche Mangiagalli e De Marchi e dell'Ospedale Regina Elena, siti nelle immediate vicinanze, e insieme la riqualificazione/riedificazione dell'intero complesso, mantenendolo in via Francesco Sforza/Commenda.

Con il concorso a progetto del 2007 è stata poi assegnata a Techint, quale capogruppo di associazione temporanea di impresa la progettazione e direzione lavori per la riqualificazione dell'area: dopo il preliminare è stato presentato il progetto definitivo, che vede la presenza di due Poli, materno-infantile e polimedico, che, però, a seguito di ulteriori approfondimenti, è previsto ospiteranno, con l'eccezione del Pronto Soccorso e Unità Operative di Urgenza e del Padiglione Monteggia, tutti i Reparti attualmente occupati.

Allo stato attuale, il percorso che si delinea nei prossimi anni prevede:

- la conclusione del nuovo Pronto Soccorso, i cui lavori, relativamente alla seconda fase di ricostruzione, sono in corso di esecuzione e dovrebbe ultimarsi entro il 2013;
- l'avvio delle opere di demolizione: avendo infatti consegnato alla Ditta aggiudicatrice dell'appalto 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), l'apertura dell'area di cantiere per le demolizioni, scavi e opere propedeutiche è potuto avvenire nell'ottobre 2012;
- l'esecuzione dei lavori di realizzazione vera e propria dell'ospedale, come previsto nel progetto approvato dal Consiglio di amministrazione.

**Grafico n. 10 - Gli edifici di progetto**



## **2.2. Il patrimonio: risorsa per lo sviluppo della Fondazione**

La Fondazione, da sempre considerata un grande proprietario, è, a tutti gli effetti, un vero e proprio investitore istituzionale nel campo immobiliare, con oltre un miliardo di euro investito in immobili tra fabbricati (oltre 100.000 mq) e terreni (oltre 85.000.000 mq).

Costituita nel 2005 come fondazione di diritto pubblico, la Fondazione è dunque un organismo in grado di operare in autonomia in favore dei propri obiettivi statutari, in particolare sfruttando le risorse del suo patrimonio.

L'attuale scarsità di risorse pubbliche, insieme alla crescita dei fabbisogni, rendono la gestione del patrimonio un fattore sempre più strategico, per l'opportunità di creare nuovo valore, sia in termini economici-finanziari, sia anche sociali.

Ancora più necessaria che in passato risulta, quindi, una programmazione patrimoniale, attraverso l'indagine dettagliata e sistematizzata di tutti i beni e una periodica valutazione strategica.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con circolare del 9 luglio 2010, ha invitato tutti gli enti pubblici non territoriali, tra cui la nostra Fondazione, a costituire il cosiddetto Fascicolo Immobiliare - che deve contenere tutte le informazioni di tipo tecnico, amministrativo-gestionale, storico-artistico di ciascun bene – considerato il “punto di partenza per un adeguato processo di valorizzazione”.

Infatti l'effettiva conoscenza, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, al di là di prescrizioni di leggi e regolamenti, appare necessaria sia per tradurre in piani e programmi annuali di gestione adeguate scelte di carattere politico, sia per effettuare i relativi controlli di economicità, efficienza ed efficacia tali da consentire anche una corrispondenza tra programmazione e realizzazione.

Nella gestione del proprio patrimonio, la Fondazione deve anche avviare un processo di integrazione di attività tese alla gestione organica di aspetti tecnici, economici e finanziari, per perseguire obiettivi di mantenimento ottimale dello stato conservativo degli immobili, di prolungamento del ciclo di vita utile degli asset, di riduzione dei consumi energetici, di incremento del valore di mercato, di aumento della redditività; ciò curando particolarmente il grado di soddisfazione dei propri clienti conduttori.

## **2.3. La Presidenza e il Consiglio di Amministrazione: prospettive di riorganizzazione e sviluppo**

Presidenza e Consiglio di Amministrazione della Fondazione, pur non essendo oggetto del POA, vengono tuttavia qui brevemente considerate nel ruolo che hanno nella realizzazione del POA medesimo.

Statutariamente, il Consiglio di Amministrazione può intervenire su tutti gli aspetti che caratterizzano la Fondazione e, quindi, anche sul POA, che gli viene sottoposto per la condivisione degli indirizzi strategici fondamentali e per la verifica dei mutamenti in esso introdotti.

Come è noto, la Fondazione si definisce come patrimonio dedicato a uno scopo, nel nostro caso sanitario.

Lo Statuto prevede esplicitamente che dal patrimonio siano tratti i proventi per il miglior funzionamento della Fondazione e, quindi, anche per il suo rinnovamento infrastrutturale.

Il Consiglio di Amministrazione ha approvato una serie di delibere che intendono utilizzare parte del patrimonio per la costruzione del nuovo ospedale e valorizzare al meglio il resto, che abbisogna di notevoli interventi di manutenzione e revisione degli impieghi.

Realizzare questi intenti è il compito principale del Consiglio di Amministrazione, che così renderà evidente la propria efficacia a fronte delle istanze non ingiustificate di ridimensionamento e ricomposizione.

Le Fondazioni Sanitarie, istituite nel 2005, sono finora solo parzialmente riuscite a introdurre responsabilità autonoma e sussidiarietà – come contributo proprio e di privati sia in termini gestionali sia di finanziamento – nella conduzione della sanità pubblica.

E' dunque necessario che in questo momento, di criticità ma anche di grande opportunità, per la sanità pubblica milanese, si proceda in modo attivo nel sostegno a nuovi modelli organizzativi che sappiano rispondere anche agli scopi statutari della Fondazione.

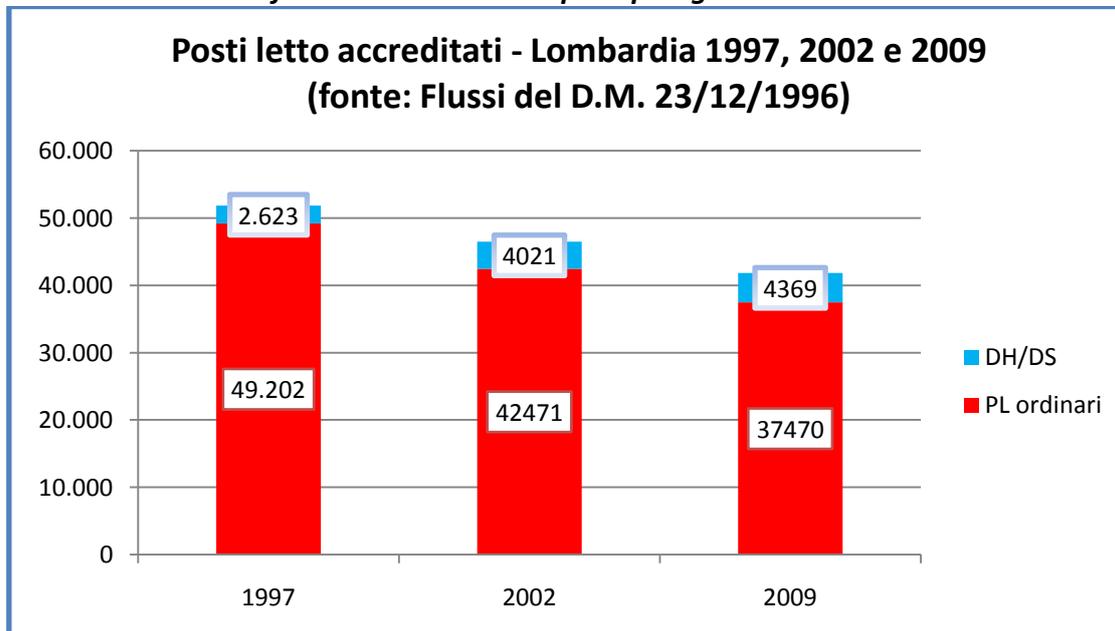
## 2.4. Approcci assistenziali in Regione Lombardia

Gli ultimi anni, a partire dalla Legge Regionale 31/97, hanno visto profonde modificazioni dell'offerta assistenziale e delle sue diverse tipologie: dapprima la suddivisione tra ASL e Strutture di ricovero e cura<sup>13</sup>, poi il potenziamento dell'area socio-sanitaria con la costituzione di vere e proprie unità d'offerta differenziate<sup>14</sup> e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata<sup>15</sup>, infine la riclassificazione delle riabilitazioni extraospedaliere.

Ma ciò che ha radicalmente mutato l'approccio è stato il progressivo passaggio da attività di ricovero ad ambulatoriale, processo determinato sia dalla conversione di posti letto ma anche, indirettamente, dalla riduzione dei tempi di ricovero correlata al sistema DRG e valori soglia.

Nel grafico n. 11 tale evoluzione è chiaramente sintetizzata nella progressiva riduzione di posti letto: tale sviluppo, le cui motivazioni sono riconducibili da una parte agli oggettivi vincoli del Patto della Salute 2010-2012 e precedenti, che richiedono e probabilmente richiederanno una contrazione dei posti letto per acuti, dall'altra all'effettiva necessità di ricoveri con le caratteristiche di diversa intensità che debbono avere.

**Grafico n. 11 - Posti letto per tipologia in Lombardia**



<sup>13</sup> Tale suddivisione ha comportato una riconduzione di tutta la specialistica – anche ambulatoriale – alle AO, nell'ambito delle quali sono state ricomprese anche le strutture psichiatriche e di neuropsichiatria infantile che hanno una forte valenza territoriale.

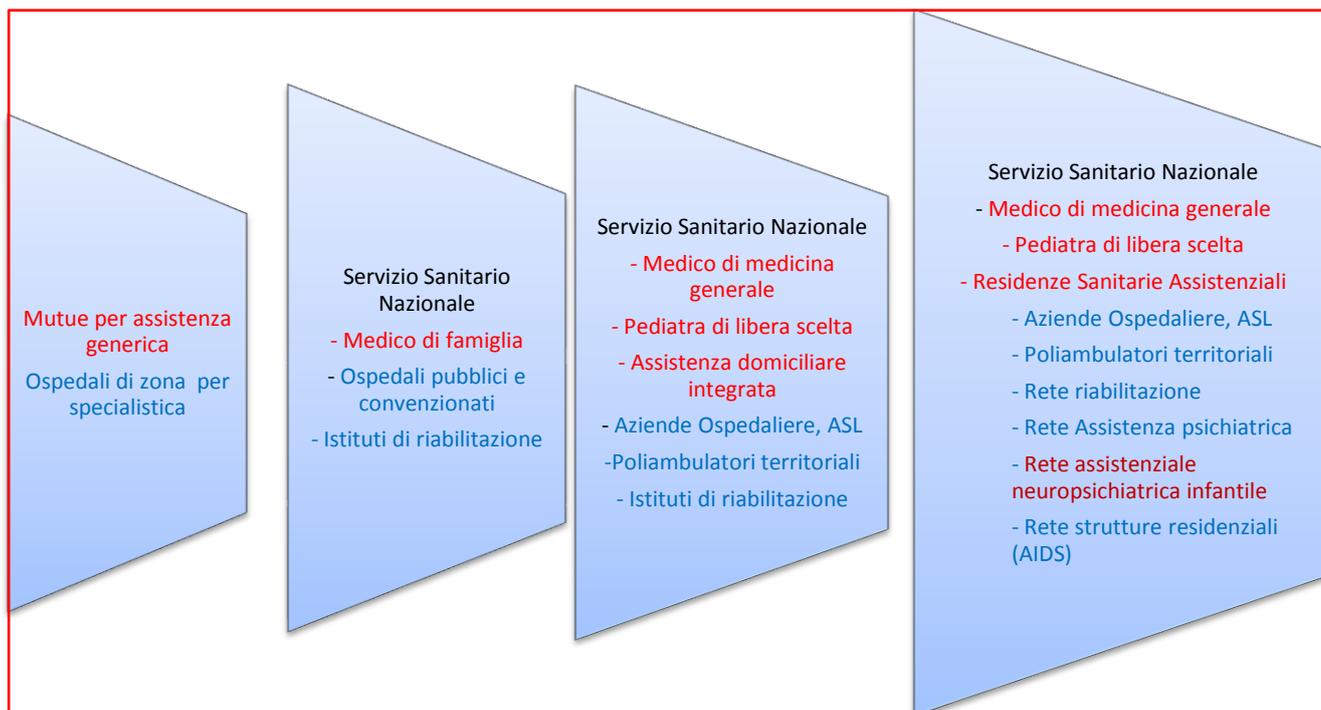
<sup>14</sup> Oltre al consolidamento delle RSA, che contano più di 50.000 pl, la riclassificazione delle Riabilitazioni – specialistica e geriatrica-, i Centri residenziali per Disabili, le Comunità alloggio per malati di AIDS, le Comunità protette a bassa intensità per malati psichici.

<sup>15</sup> Anche l'ADI, nel 2004, è stata assegnata a erogatori accreditati, cosiddetti pattanti, e non più gestita con personale ASL.

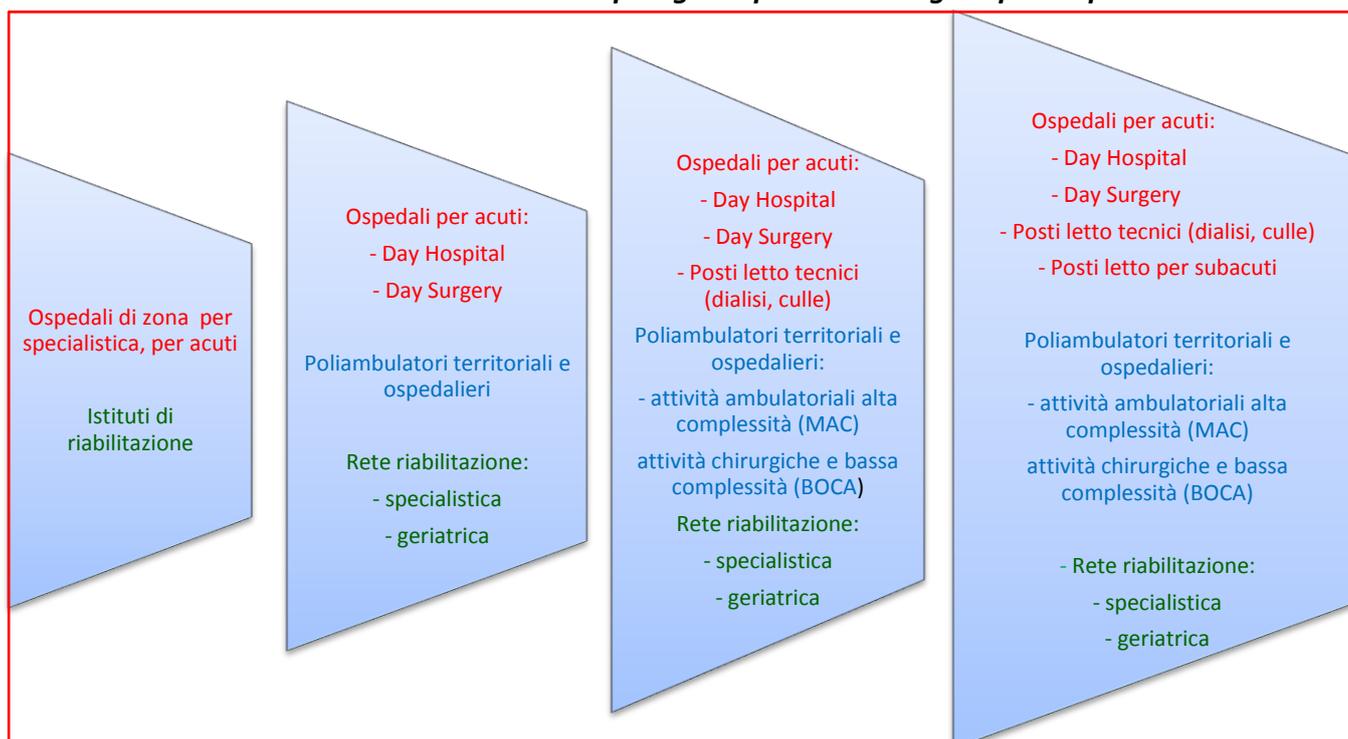
Nei seguenti schemi n. 1, 2 e 3 è sintetizzata l'evoluzione dell'assistenza sanitaria in Italia e in Lombardia, dagli anni precedenti alla Riforma Sanitaria del 1978 sino al 2011.

Gli elementi essenziali sono, ovviamente, l'universalità dell'assistenza, che si è estesa a tutti i cittadini indipendentemente dal lavoro esercitato con finanziamento dalla fiscalità generale, e l'ampliamento della tipologia dell'offerta assistenziale: in riferimento all'età (dal medico di famiglia al medico di medicina generale cui si è affiancato il pediatra) e al fabbisogno assistenziale (dall'ospedale, ai presidi ambulatoriali, alla rete della riabilitazione e a quelle per specifiche patologie).

**Schema n. 1 – Evoluzione dell'assistenza generica e specialistica**



**Schema n. 2 - Evoluzione della tipologia di posti letto negli ospedali per acuti**



Nell'ultimo decennio la maggior trasformazione, come si è visto, ha coinvolto la natura stessa dell'ospedale, con un ulteriore progressivo ampliamento della tipologia di ricovero, in gran parte convertitasi su una minore intensità di cura.

In sintesi possiamo dire che nei rapporti di equilibrio tra ospedale e territorio il piatto della bilancia si sia progressivamente spostato verso quest'ultimo, includendo oltre che servizi sanitari in senso stretto anche l'ambito socio-sanitario e socio-assistenziale.

### Schema n. 3 – Equilibrio tra Ospedale e Territorio



A fronte di queste modifiche, del tutto razionali, si è però manifestato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione che, paradossalmente, sembra richiedere un incremento dei posti letto ospedalieri.

Tuttavia è chiaro che tale fenomeno, destinato a un ulteriore aggravamento, non può trovare risposta, come alcuni invocano, in un'inversione di rotta e quindi in aumento dei posti letto, semplicemente perché tale tipologia di struttura non è rispondente alle esigenze della nuova popolazione, che pure oggi preme nei pronti soccorsi e ospedali non trovando altre soluzioni.

Soluzioni che tuttavia non sono semplici: nella maggior parte dei casi l'episodio di patologia che conduce al ricovero altro non è che la punta di un iceberg, relativa alla sostanziale difficoltà a gestire al domicilio la persona anziana, che diviene impossibilità a fronte di una minima alterazione del precario equilibrio.

Per queste situazioni le risposte disponibili o sono insostenibili economicamente – le RSA, anche in ragione della crisi economica, sono addirittura in numero superiore alla richiesta- o comunque insufficienti – l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) risponde ai soli bisogni sanitari e in modo non continuativo e le forme di assistenza autogestita, da famigliari o badanti, non sempre sono in grado di provvedere ai diversi bisogni familiari.

In tale contesto è compito della Fondazione sia ritrarre la propria area di degenza per anziani, sia ipotizzare alternative, anche non esclusivamente sanitarie, per dare una risposta ai nuovi fabbisogni emergenti, rimarcando ancora una volta la mission della Fondazione: servire gli infermi, ma facendo sempre attenzione alle fragilità e povertà presenti.

In questo senso la Fondazione raccoglie la sfida della costituzione di un'area di posti letto per subacuti, per la cui concreta realizzazione sarà però necessaria la conclusione dei lavori relativi quantomeno all'edificio del nuovo Pronto Soccorso, che consentirà di rendere disponibili spazi per la costituzione di almeno 20 posti letto per subacuti.

Oltre agli aspetti organizzativi e strutturali è anche essenziale focalizzare maggiormente la ricerca scientifica sul fenomeno delle polipatologie croniche tipiche dell'anziano: sia per capire quali sono i meccanismi dello sviluppo della multimorbidità, sia per affrontare il problema dei farmaci multipli che questi pazienti ricevono: per valutarne la congruità e per evitare le reazioni avverse da farmaci che, secondo dati recenti dell'OMS, rappresentano in assoluto la 4° causa di morte nel mondo intero (dopo malattie cardiovascolari, tumori e incidenti).

Da tempo in Fondazione questa problematica è stata oggetto di numerose ricerche, che vedono coinvolte la Direzione Scientifica e le Unità Operative di Medicina Interna e Geriatria, in collaborazione attualmente con l'Istituto Mario Negri e con un progetto di sviluppo di un Servizio interaziendale di farmacologia clinica con l'Azienda Ospedaliera Sacco.

## 2.5. I principi del nuovo POA

Nell'approntare il nuovo disegno organizzativo alcuni principi, unanimemente condivisi, dovranno essere salvaguardati:

- lo sviluppo delle aree di assistenza e ricerca peculiari della Fondazione: una onesta analisi della situazione non può che portare a incanalare le risorse verso alcuni ambiti e non altri;
- l'utilizzo oculato delle risorse: consapevoli del periodo storico che attraversiamo, è necessario che l'allocatione delle risorse sia rivista alla luce di parametri che siano più oggettivi e che non sia semplicemente il perpetuarsi di situazioni passate;
- la responsabilità dei dirigenti: nell'assunzione delle decisioni, nella gestione del personale, nelle scelte strategiche è necessario che i dirigenti, sanitari e amministrativi, operino con corresponsabilità, pensando all'intero ospedale, superando logiche di singole Unità o categorie, come già segnalato al precedente capitolo 1;
- la qualità e il monitoraggio: obiettivo sempre riconosciuto, ma che non sempre si traduce in capacità di lettura oggettiva, e non autoreferenziale, o meramente burocratica;
- l'integrazione e la specializzazione: è sicuramente un salto culturale, poiché il passato ci ha fatto transitare da una fase generalista ad una di iperspecializzazione; evolvere verso un'organizzazione che condividendo le risorse consenta il mantenimento di specificità e competenze è oggi più che mai necessario.

Quanto sopra non significa eludere le indicazioni regionali, bensì sottolineare le caratteristiche della nostra Fondazione IRCCS, da ritenersi uniche nel panorama sanitario milanese.

## 2.6 Dipartimenti

Il D. Lgs. 502/92 e s.m. dispone che le Aziende sanitarie e gli stessi IRCCS adottino il modello dipartimentale (*"L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie"*), inteso come insieme di *"strutture complesse aggregate"* e diretto da uno dei direttori di esse.

Con DGR VII/14049 dell' 8 agosto 2003, Regione Lombardia ha fornito ulteriori definizioni :

- dipartimenti gestionali/strutturali, caratterizzati dall'omogeneità e da una elevata integrazione, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, delle

unità operative di appartenenza (criterio centrato sulla attività sanitaria effettuata); il Dipartimento in questo caso è inteso come aggregazione gestionale e fisica coinvolgendo unità con allocazione nella stessa area ospedaliera. Ciò favorisce la gestione comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali; esempi di questo Dipartimento possono essere delle aggregazioni per aree di degenza omogenea o di U.O. che hanno in comune la presa in carico dello stesso organo/apparato;

- dipartimenti funzionali, che aggregano unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici e/o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti gestionali/strutturali diversi, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica (criterio centrato su obiettivi comuni da realizzare); esempio di questo Dipartimento è il Dipartimento di emergenza accettazione, di cui al precedente POA.

Nelle recenti linee guida regionali sono stati ancor meglio definiti i Dipartimenti:

- gestionali, caratterizzati dall'uso integrato delle risorse e dall'attribuzione di un budget unico e inquadrabili, all'interno dell'organigramma aziendale, tra le direzioni aziendali e le strutture complesse.

- funzionali, che aggregano strutture totalmente indipendenti tra loro al fine di assicurare continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti; non sono inquadrabili all'interno dell'organigramma in un'ottica gerarchica e non comportano costi aggiuntivi rispetto al budget del Dipartimento gestionale. In questo senso tutte le unità operative complesse (escluse quelle in staff alle Direzioni aziendali) e semplici dipartimentali devono appartenere ad uno ed un solo Dipartimento gestionale mentre ogni unità potrebbe afferire ad uno o più di uno dipartimenti funzionali.

Al fine poi di chiarire ancor meglio le diverse definizioni, le medesime linee guida regionali indicano che il database del POA non prevede i dipartimenti funzionali come livello organizzativo dove inquadrare strutture.

Non va poi tralasciata l'indicazione della D.G.R. del 6 agosto 2012 n. IX/3976 relativa a progetti interaziendali, e quindi il percorso intrapreso, sotto l'egida dell'ASL di Milano, di riorganizzazione delle reti di emergenza-urgenza cardiovascolare ed emodinamica, reti di patologia ad alta specialità (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica), radioterapie, cure palliative e per la terapia del dolore, punti nascita, appropriatezza farmaci e procedure in ambito onco-ematologico.

In tale ambito la nostra Fondazione, e in particolare la Direzione Scientifica, sta avviando una collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Sacco e la relativa Unità operativa di Farmacologia Clinica, col fine di rendere disponibili spazi e attrezzature affinché gli operatori di detta Unità Operativa possano integrarsi con le Unità operative assistenziali della Fondazione.

Per quanto sopra la revisione dei Dipartimenti nel presente POA ha seguito la logica di valorizzare le peculiarità esistenti in Fondazione e, insieme, di ricondurle le dimensioni a una condizione che consentisse una effettiva gestione integrata delle risorse.

Infatti il precedente POA, anche in conseguenza alla relativamente recente unificazione tra Policlinico e parte dell'AO ICP, risentiva di una articolazione con alcuni Dipartimenti di notevoli dimensioni ed altri costituiti da una sola o due UOC<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Il Dipartimento delle specialità mediche ha diciassette UUOO, quello di salute Mentale 1 UO, quello di Anestesia e Rianimazione due UUOO.

Inoltre, nella medesima logica di consentire sempre più la condivisione di risorse e quindi la loro razionalizzazione, sono state previste le cosiddette **aree omogenee**, nell'ambito delle quali vi è totale condivisione dei posti letto (e quindi dei criteri di priorità per le liste di attesa dei ricoveri programmati) e ampia collaborazione tra le equipe mediche e le equipe infermieristiche.

E' noto infatti che il modello di organizzazione dipartimentale (D. Lgs. n. 502/92) concepito per superare quello più tradizionale di Reparto, Divisione, Unità Operativa, non ha trovato una reale concretizzazione nei fatti<sup>17</sup>.

E ciò per innumerevoli motivi, culturali (il ruolo primario è tuttora vissuto come punto di arrivo della carriera medica) e contrattuali (ove l'incarico di struttura complessa comprende indennità e prerogative specifiche). Un secondo ostacolo alla dipartimentalizzazione sta nella difficoltà a individuare discipline affini, non solo sotto il profilo normativo<sup>18</sup>, che consentissero l'effettiva condivisione delle risorse: ed infatti l'afferenza all'area funzionale – medica, chirurgica, igienistica, servizi diagnostici- si è rivelata insufficiente, dando origine a dipartimenti ipertrofici o asfittici, come si può vedere anche dal POA vigente in Fondazione.

Per questo l'indicazione regionale circa la consistenza minima di quattro unità operative complesse per ciascun Dipartimento, come pure quella di riconoscere una consistenza di risorse e attività a ciascuna di esse, concorre a dare forza all'assetto organizzativo del presente Piano e conferma la condivisione delle motivazioni che debbono condurre a organizzazioni dipartimentali o per aree omogenee.

Va ricordato infatti che è emerso negli ultimi anni il tema delle aree omogenee, ossia di contesti più contenuti come numero di Unità Operative, ma con maggior possibilità di condividere le risorse e anche di attuare modalità assistenziali innovative, favorendo dunque una migliore razionalizzazione delle risorse soprattutto in vista dell'eliminazione degli sprechi e della necessità di tagli selettivi e unificazioni.

Pur non essendo specificamente prevista da normative nazionali<sup>19</sup>, **l'area omogenea è intesa come un sottoinsieme del Dipartimento**, comprendente Unità Complesse e Semplici con maggior affinità e quindi possibilità di realizzare una reale gestione comune delle risorse.

Una lettura semplicistica porta a pensare che il tema delle aree omogenee e quello della riduzione delle strutture complesse e semplici siano motivati dal solo risparmio economico, derivante dalla riduzione di posti primariali, che pure, va riconosciuto, hanno avuto negli ultimi anni un incremento non sempre giustificato.

Tuttavia l'analisi della contrattualistica evidenzia che le indennità attribuite ai Direttori di Struttura Complessa<sup>20</sup> sono tali da non comportare significativi impatti sul bilancio di un ospedale. Tantomeno ciò è vero per le strutture semplici (dipartimentali e non), poiché in tal caso l'indennità di posizione, unica parte aggiuntiva al trattamento stipendiale, attinge dal fondo aziendale e

---

<sup>17</sup> Il rapporto 2007 del Ministero della salute sui Dipartimenti ospedalieri citava *"Sebbene il modello organizzativo dipartimentale sia considerato il fondamento delle strategie gestionali dei servizi sanitari e, da molti anni, su di esso si concentri l'attenzione di esperti e legislatori, tuttavia non sembra che esso sia completamente ed estesamente attuato sul territorio nazionale, in particolare a livello ospedaliero."*

<sup>18</sup> Decreti Ministeriali individuano le discipline di specializzazione affini o equipollenti.

<sup>19</sup> A livello regionale la DGR 9014/2009, nelle "innovazioni in tema di accreditamento", indica in verità la possibilità di aggregare Unità Operative omogenee, cui assegnare i posti letto e quindi le risorse (*"....Il numero di posti letto di ogni Area / Dipartimento è equivalente alla somma dei posti letto di ogni U.O. facente parte dell'area..... L'uso flessibile dei posti letto è da intendersi limitato all'interno delle predette aree / dipartimenti..."*).

<sup>20</sup> Al Direttore di Struttura complessa è incrementata di circa 5000 € annui l'indennità di esclusività (che però potrebbe non essere erogata potendo il Direttore non optare per l'esclusività); l'indennità di s.c. pari a circa 10.000 € annui e l'indennità di posizione, definita a livello aziendale, attingono dal fondo della dirigenza medica e dunque non hanno effetto sul bilancio aziendale.

dunque un loro aumento o diminuzione ha solo una ricaduta sulle altre posizioni non cambiando il risultato finale.

E' quindi evidente che il problema è un altro e cioè l'utilizzo frammentato delle risorse, che se attribuite alle singole Unità Operative creano indubbiamente maggiori necessità e ipertrofie, perché vi è comunque una soglia minima di dotazione che non può essere ridotta al di sotto di un determinato limite.

Il salto culturale deve essere dunque di attuare modelli che **condividano risorse**, addivenendo così ad un obiettivo contenimento dei costi, ma che riconoscano le specificità professionali: le aree omogenee appunto, **viste come articolazione di più Unità Operative, che vadano a costituire un'unica area di degenza e di specialistica ambulatoriale, ove operino in modo integrato i medici assegnati, che, pur garantendo alcuni servizi comuni, quale la guardia, possano sviluppare specifiche competenze da mettere in campo sia nell'area assistenziale sia di ricerca e didattica.**

Tale approccio dovrebbe poi completarsi col riconoscimento di figure comparabili a quelle apicali, con le stesse prerogative di autonomia, ma senza compiti strettamente gestionali e quindi dipendenza diretta di risorse<sup>21</sup>: in questo modo ci avvicineremmo di più all'assetto di altri Paesi europei ed occidentali, ove sia le aree omogenee che figure apicali di massimo prestigio, senza attività gestionale, sono ormai ampiamente affermate.

Il concetto è ben esplicitato, anche per aspetti del tutto simili alla realtà della Fondazione, nella bozza di Patto per la salute 2012-2015, in discussione in Conferenza Stato-Regioni<sup>22</sup> e altresì richiamato nella nota circolare della Direzione Generale Sanità.

La proposta è dunque quella di individuare aree, pur all'interno di Dipartimenti, di minori dimensioni ma con maggior affinità, tali da poter consentire una reale condivisione: dei posti letto (che non sono attribuiti alla singola UO ma all'area, e devono essere utilizzati in base alle priorità e gravità dei pazienti); delle equipe mediche e infermieristiche (in modo che alcune attività di base, come guardie, siano equamente distribuite e quelle specialistiche siano svolte in modo integrato evitando doppioni tra UUOO simili); delle strutture (utilizzando sale operatorie, grandi attrezzature, ambulatori in modo efficiente e per un adeguato numero di ore al giorno).

Ai Dipartimenti, che comprendono quindi due o più Aree e UOSD, è attribuita la funzione di coordinamento e programmazione generale (acquisto attrezzature, suddivisione degli spazi tra le aree, definizione priorità per piano assunzione), mentre nell'area, che è un insieme di UOC molto affini, o per disciplina o per percorso assistenziale, vi è condivisione totale (posti letto, ambulatori, attrezzature, guardie/reperibilità, equipe infermieristiche, liste di attesa per i ricoveri...).

---

<sup>21</sup>L'associazione tra alto valore tecnico-professionale e gestione manageriale deriva dal Contratto della Dirigenza Sanitaria, che ha di fatto rese inscindibili le due funzioni, ha impedito la premialità e il riconoscimento, presenti in tutti i Paesi occidentali, di medici con elevate competenze tecniche senza responsabilità gestionali (anche per disinteresse da parte del medico stesso).

<sup>22</sup> «La reingegnerizzazione della rete ospedaliera deve garantire.. la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse a livello complessivo di rete regionale e per aree omogenee secondo una logica organizzativa di tipo dipartimentale; ..., il superamento della duplicazione delle unità operative...». Ancora.. «Elementi fondamentali da considerare in fase di organizzazione sono... organizzare il proprio funzionamento secondo: logiche di integrazione (per nodi) e di differenziazione delle attività, al fine di instaurare modalità di lavoro di collaborazione tra i professionisti e di sinergia tra le unità operative, per superare condizioni di competizione, duplicazione e frammentazione. ...superare gradualmente l'articolazione per reparti differenziati per disciplina specialistica... Ciò consente di favorire il superamento... della frammentazione strutturale ospedaliera per la presenza di numerose realtà di ridotte dimensioni (piccoli ospedali, unità operative di dimensioni minime); la polverizzazione delle UO e delle competenze per la necessità di garantire la presenza di operatori e professionisti in numerose strutture e UO.... la duplicazione delle attività, per la presenza di unità operative limitrofe che svolgono medesime funzioni...».

Seguendo le precedenti linee e principi si è quindi operato sull’assetto dei Dipartimenti della Fondazione. Il numero dei Dipartimenti, rispetto al precedente POA, si mantiene invariato; sono previsti due Dipartimenti di area amministrativa, in ragione dell’impegno notevole derivante dalla costruzione del nuovo ospedale; non sono previsti Dipartimenti funzionali ma proposte le cosiddette UNITS<sup>23</sup>, di cui si dirà meglio in seguito, ossia insieme di UOC/UOS anche di differenti Dipartimenti che si coordinano, grazie alla figura di un Referente, titolare di un incarico professionale, per talune linee o protocolli diagnostico-terapeutici.

Sinteticamente nello schema n. 4 l’assetto dipartimentale.

**Schema n. 4 Sintesi Dipartimenti**

POA 2008	NUMERO UOOO	POA 2012-2014	NUMERO UOOO
1. DIP. DELL'AREA DEI SERVIZI DIAGNOSTICI	5	1. DIP. DEI SERVIZI	5
2. DIP. DELL'AREA DELLA MEDICINA PREVENTIVA	4	2. DIP. DI MEDICINA PREVENTIVA	4
3. DIP. DELL'AREA DELLA CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE	7	3. DIP. DI CHIRURGIA	6
4. DIP. DELL'AREA DELLA MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE	19	4. DIP. DI MEDICINA INTERNA E SPECIALIZZAZIONI MEDICHE	10
5. DIP. DELL'AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DEL NEONATO	11	5. DIP. DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DEL NEONATO	9
6. DIP. DI NEUROSCIENZE ED ORGANI DI SENSO	9	6. DIP. DI NEUROSCIENZE E DI SALUTE MENTALE	4
7. DIP. DI SALUTE MENTALE	1	7. DIP. DELLE UNITS MULTISPECIALISTICHE E DEI TRAPIANTI	14
8. DIP. DELL'AREA DELLA MEDICINA RIGENERATIVA (RIPARAZIONE E SOSTITUZIONE DI CELLULE, ORGANI E TESSUTI)	3	8. DIP. DI ANESTESIA, RIANIMAZIONE ED EMERGENZA URGENZA	4
9. DIP. DELL'AREA DELL'ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	9. DIP. AMMINISTRATIVO	4
10. DIP. DI EMERGENZA URGENZA	FUNZIONALE	10. DIP. TECNICO E DELLE TECNOLOGIE	3
<b>TOTALE DIPARTIMENTI</b>	<b>10</b>	<b>TOTALE DIPARTIMENTI</b>	<b>10</b>

<sup>23</sup> Secondo la terminologia anglosassone vogliamo individuare anche delle “Unit”, ossia dei gruppi di professionisti che, pur afferendo a diversi Dipartimenti o Aree, condividono particolari percorsi di diagnosi e cura, quali ad esempio quelli del paziente trapiantato. In questo caso avremo quindi l’identificazione di una specifica tipologia di paziente, con relativi protocolli di cura che prevedono il coinvolgimento di parte di singole UOC/UOS, che dunque si integrano nel gestire insieme ambulatori specifici, le fasi del ricovero, il follow-up. Si prevedono lung-unit, kidney-unit, liver-unit, brain-unit, breast-unit.

## 2.7. Unità Operative Complesse

L'identificazione delle UOC richiede dunque, come primo passo, quello di realizzare aree omogenee, di cui si possono identificare diverse tipologie che, pur avendo in comune la condivisione di risorse, possono prevedere articolazioni differenti.

In Fondazione, proprio per la grande ricchezza di competenze, è possibile delineare diverse tipologie.

### **a) Unità Operative di discipline sovrapponibili**

Negli anni passati si è spesso indiscutibilmente assistito ad una moltiplicazione di strutture complesse che, pur avendo lo scopo legittimo e condivisibile di premiare professionalità presenti attribuendogli la funzione apicale, hanno portato ad una frammentazione che oggi non risulta più sostenibile.

In questa situazione la creazione di aree omogenee è molto semplice: i medici sono in possesso di uguale specializzazione; la casistica di degenza e ambulatoriale è assimilabile; la gestione infermieristica, pur con diverse intensità di cura, è unificabile (e in alcuni casi spesso è già così).

In Fondazione abbiamo infatti:

- Area di Medicina Interna e Geriatria: Medicina Interna 1a e 1b, 2,3 ; Geriatria, Medicina D'Urgenza
- Area cardiologica: UO Cardiologia e UCC e Medicina Interna a Indirizzo Cardiovascolare
- Area ematologica: UO di Ematologia 1 e 2
- 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, 3 (quest'ultima nel 2011 inglobata nella 1)
- 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
- Area di Medicina del Lavoro: UO Medicina del Lavoro 1, 2, 3
- Area Ostetrico-Ginecologica: UO Ostetricia e Ginecologia 1 e 2, Pronto Soccorso e Accettazione Ostetrico-Ginecologica.

Nella stesura del presente POA abbiamo previsto quindi aree omogenee per i suddetti ambiti, mantenendo strutture complesse nella misura in cui - per le dimensioni o per la logistica sino al nuovo ospedale - richiedessero una almeno parziale suddivisione; negli altri casi, fermo restando il mantenimento degli incarichi sino a loro scadenza, sono state invece previste strutture complesse di tipo professionale, delle quali si dirà poi.

### **b) Unità Operative parte di un percorso assistenziale integrato**

Situazione differente è quella in cui si possa individuare un'area assistenziale che necessiti di un'integrazione tra discipline differenti, anche di aree funzionali mediche o chirurgiche.

In questo caso avremo una condivisione di risorse più limitata: se, infatti, i posti letto potranno essere facilmente utilizzati in maniera condivisa, con conseguente omogeneizzazione delle equipe infermieristiche - cosa che richiederà comunque un training adeguato -, le equipe mediche dovranno mantenere una maggior specificità, condividendo solo alcune funzioni trasversali, come guardie e reperibilità.

In tal senso, secondo la terminologia anglosassone, queste aree possono essere identificate come "Unit", ossia dei gruppi di professionisti che, pur afferendo a diverse discipline, condividono particolari percorsi di diagnosi e cura, quali ad esempio quelli del paziente trapiantato.

Come vedremo, alle UOC che costituiscono il nucleo strutturato delle Unit, ruotano intorno altre Unità Operative anche di differenti Dipartimenti che mantengono un legame di tipo funzionale.

In questo caso avremo quindi l'identificazione di una specifica tipologia di paziente, con relativi protocolli di cura che prevedono il coinvolgimento di parte di singole UOC/UOS, che dunque si integrano nel gestire insieme ambulatori specifici, le fasi del ricovero, il follow-up.

Possiamo individuare in Fondazione le seguenti **Units**:

- Nefrourologica: coinvolge le UUOO di Nefrologia e Dialisi, Urologia, Chirurgia Generale e dei Trapianti di rene (cosiddetta Kidney Unit);
- Epatologica: coinvolge la Gastroenterologia 1 e la Chirurgia dei Trapianti di fegato (cosiddetta Liver Unit); un legame di tipo funzionale è previsto anche con la UOC di Medicina Interna ad indirizzo metabolico e con il Servizio di Anatomia patologica ad indirizzo epatologico;
- Malattie del sangue: coinvolge le due Ematologie (come già detto, sono di fatto un'unica UO), ma anche componenti della Medicina Interna 2 e 3 (che infatti sono aggregate alla Unit di Ematologia e Trasfusionale) e Centro Trasfusionale (cosiddetta Blood Unit);
- Malattie cardio-polmonari: si tratta in questo caso di un'area costituita dalle due Cardiologie (già unica UO) e dalla Unit di Patologie polmonari-Lung Unit, a sua volta costituita da Broncopneumologia e Chirurgia Toracica, cui sono collegate funzionalmente il Servizio di Rianimazione e l'Incarico professionale complesso di Anatomia patologica del polmone;
- Malattie neurologiche: come abbiamo visto Neurologia e Neurofisiopatologia, insieme alle UOSD di malattie neuromuscolari e malattie neurodegenerative, costituiscono innanzitutto un'area omogenea, cioè con totale condivisione di posti letti, spazi, attrezzature, guardie; ad esse si collega poi funzionalmente la Neurochirurgia, nella cosiddetta Brain Unit.

Nella riorganizzazione si è ritenuta strategica la definizione di queste Units che, pur nei vincoli strutturali attuali, trova giustificazione sia nella centralità della persona, sia nello stimolo culturale e di accrescimento professionale degli operatori coinvolti: per non parlare della ottimizzazione delle attività di ricerca scientifica, peculiari come esse sono di una Fondazione IRCCS.

### ***c) Unità Operative per target e fabbisogni/tipologie assistenziali***

Ultima linea attorno alla quale perseguire l'obiettivo dell'integrazione e coordinamento sta nel riconoscere ambiti di attività che - per il target o per la tipologia assistenziale erogata (prevalentemente d'urgenza o elettiva, con ricovero o ambulatoriale) - possono operare per gruppi e strutture integrate.

In questo caso abbiamo aree omogenee che comprendono più Unità Operative Complesse fortemente integrate, ma che mantengono una propria strutturazione interna.

Si distinguono dalle aree omogenee del primo tipo – con UOC di uguale disciplina - e dalle Unit – con UOC di discipline diverse ma aggregabili intorno al percorso diagnostico-terapeutico - in quanto si tratta di ambiti con UOC che non presentano ambiti di sovrapposizione o forte integrazione, ma che tuttavia necessitano di avere numerosi collegamenti funzionali.

Quindi non si tratta di individuare ambiti di condivisione – di strutture, posti letto, equipe mediche e infermieristiche - ma di definire gli spazi di collaborazione.

Nel caso della Fondazione possiamo individuare:

- Area dell'emergenza urgenza: comprende aree assistenziali quantitativamente contenute, ma con elevata intensità; riguarda discipline mediche - cardiologia, neurologia, pneumologia - e chirurgiche, soprattutto per i quadri del politrauma;
- Area pediatrica: oltre all'area omogenea più sopra individuata con le UOC di pediatria, vi è poi una rete che lega i diversi ambiti specialistici, relativa ovviamente alle patologie croniche, che sono gestiti nelle unità operative per pazienti adulti; in questo caso è necessario definire alcune regole che permettano una gestione unitaria del bambino e per la transizione da bimbo ad adulto;
- Area delle malattie rare: in questo caso si tratta di una funzione diffusa a quasi tutte le UO di Fondazione; non avremo dunque un Dipartimento o area omogenea, ma la necessità di creare percorsi clinici e raccordi per i pazienti che siano guidati da professionisti, più sul piano dell'accessibilità che della competenza specifica, alla quale concorrono numerosi specialisti nelle rispettive aree.

Per queste aree, che prevedono molti collegamenti funzionali, si sono predisposti specifici organigrammi che hanno natura esclusivamente funzionali.

A fronte dunque di queste preliminari definizioni e aggregazioni, si è quindi intervenuti per l'obiettivo richiesto di riduzione numerica delle UOC, in diverse direzioni, considerando :

- le indicazioni regionali della nota del 2/8/12 e in particolare considerando le strutture organizzative non coperte da più di un anno dall'approvazione della DGR n. IX/3822 del 25/7/2012 o per le quali la scadenza/cessazione del titolare è prevista entro il 2013, le UOC non accreditate, le UOC afferenti alla medesima specialità<sup>24</sup>, il riordino delle reti di patologia in corso e le caratteristiche che ne configurano la complessità<sup>25</sup>;
- l'esperienza delle aree omogenee maturata in Fondazione grazie al Piano strategico 2011 e agli indirizzi di programmazione 2012;
- le opportunità di coordinamento con altre AAO nella logica di sistema sanitario regionale e di sviluppo per aree di particolare strategicità.

Conseguentemente a quanto sopra si è configurata la seguente proposta:

A) UOC presenti nel POA, ma per le quali è presente un facente funzioni o è prevista cessazione dall'incarico entro il 31/12/2013 e per le quali è già presente/prevista UOC di medesima disciplina nell'ambito della quale le risorse possono essere riassorbite costituendo una unica UOC;

---

<sup>24</sup> “ ... nel caso in cui nella stessa azienda vi fossero più strutture complesse della stessa specialità, si richiama l'attenzione sulla necessità di valutare se sussistano le motivazioni del loro mantenimento, e non possano invece essere ridotte. Il loro mantenimento dovrà essere quindi giustificato sulla base delle singole specificità supportate da dati di produzione adeguati”.

<sup>25</sup> “ ...strategicità rispetto alla “mission” aziendale; grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate; numerosità e rilevanza economica delle risorse gestite e relativo livello di autonomia; responsabilità gestionale; interdisciplinarietà; sistema di relazioni e di servizi sul territorio”.

B) UOC presenti nel POA per le quali è presente un facente funzioni o è prevista cessazione dall'incarico entro il 31/12/2013, per le quali non sussistono i criteri che ne motivino la complessità<sup>26</sup>, ovvero che, secondo quanto previsto negli indirizzi regionali non siano state accreditate;

C) UOC già presenti nel POA e accreditate per cui si prevede la conferma, con eventuale cambio di denominazione, anche ove la scadenza/cessazione dal servizio del titolare sia prevista entro il 2013 e ciò in ragione della strategicità e complessità delle relative strutture; in ogni caso, per le UUOCC delle medesime specialità sono state identificate le rispettive aree omogenee nell'ambito delle quali debbono operare;

D) UOC non previste dal POA 2008, ma che per l'evoluzione verificatasi negli ultimi anni, anche a motivo della progressiva attuazione dell'Accordo di Programma, necessitano di essere istituite ovvero è da prevedere un passaggio da UOSD a UOC.

Riguardo a quest'ultimo punto, le esigenze cui dare risposta sono costituite e dovute alle seguenti condizioni:

- la realizzazione del nuovo PS rende necessaria una riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, sia nel modello organizzativo (tale da renderlo gestionale, con organico proprio e consulenti delle discipline specialistiche) che nell'individuazione di due nuove UOC, l'una destinata alla gestione diretta del **Pronto Soccorso e Area critica e subintensiva**, l'altra, convertendo l'attuale UOSD, di **Traumatologia d'urgenza**;

- la presenza di una notevole attività di ricerca, di sperimentazione clinica, di analisi dei dati di attività in modo critico, richiede la disponibilità di una struttura stabile, sopperendo alle molte consulenze che le singole UUOO, pur con fondi di ricerca, utilizzano. A tal fine si vorrebbe proporre il convenzionamento con l'Istituto di Statistica Sanitaria dell'Università degli Studi, realizzando la **UOC di Statistica Sanitaria** ;

- l'attuale UOC di Dermatologia, in ragione della sua complessità, strategicità, volume prestazionale, necessità di potersi sviluppare con maggior strutturazione, ferma restando l'unicità nella gestione delle risorse: si propone pertanto una **UOC di Dermatologia Pediatrica**.

Infine, nell'ambito delle politiche di sviluppo più complessive, si è ravvisata l'opportunità che l'attuale Servizio delle Professioni Sanitarie-SITRA, evolva in una **UOC di Organizzazione e integrazione delle risorse-SITRA**, in modo da poter realizzare, soprattutto nelle aree trasversali a Dipartimenti e UOC, una reale organizzazione integrata. A tal fine risulta necessaria una definizione di protocolli e procedure tra questa UOC e la UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio, volta ad evitare incomprensioni nello svolgimento dei rispettivi diversi ruoli che dovranno evidentemente essere rispettosi delle normative in vigore. Analoga definizione di protocolli e procedure dovrà essere prevista per la gestione dei rapporti tra la UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio e le strutture amministrative, in particolare per garantire la continuità della funzione di direzione operativa dei servizi soprattutto in emergenza e nelle ore serali, notturne, festive e prefestive.

Un ulteriore ambito di cui si ritiene necessario lo sviluppo, o meglio, il ripristino, è la **UOC di Chirurgia plastica e della mano**: specialità non presente in misura adeguata al fabbisogno in Aziende pubbliche della città di Milano, sarebbe correttamente collocata in Fondazione (il POA in

---

<sup>26</sup> Per l'UOC Spedalità, di carattere amministrativo, che si trova in tali condizioni, il passaggio a UOS prevede comunque il mantenimento dell'indennità ad personam.

vigore prevede una UOS di Chirurgia Plastica Pediatrica quale articolazione della UOC di Chirurgia Pediatrica), in relazione all'attività in ambito pediatrico e malformativo, oltre che traumatologico; tuttavia, in relazione alla necessità di accreditamento, i cui tempi potrebbero protrarsi oltre l'arco di vigenza del POA, se ne rinvia l'effettivo inserimento al primo aggiornamento del presente POA.

Di seguito nello schema n. 5 sono elencate le UOC presenti nel POA 2008 e quelle proposte con il presente POA; complessivamente si è ottemperato al mandato regionale di ridurle da 74 a 67.

**Schema n. 5 – Sintesi Unità Operative Complesse**

<b>UOC CLINICHE</b>	
<b>POA 2008</b>	<b>POA 2012-2014</b>
1. ALLERGOLOGIA IMMUNOLOGIA	1. ALLERGOLOGIA IMMUNOLOGIA
2. ANATOMIA PATOLOGICA	2. ANATOMIA PATOLOGICA
3. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
4. ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	4. ANESTESIA
5. AUDIOLOGIA	5. AUDIOLOGIA
6. BRONCOPNEUMOLOGIA	6. BRONCOPNEUMOLOGIA
7. CENTRO TRASFUSIONALE E DI IMMUNOLOGIA	7. CENTRO TRASFUSIONALE
8. CHIRURGIA D'URGENZA	8. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
9. CHIRURGIA GENERALE 1	
10. CHIRURGIA GENERALE DEI TRAPIANTI DI FEGATO	9. CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA
11. CHIRURGIA TORACICA E DEI TRAPIANTI DI POLMONE	10. CHIRURGIA TORACICA
12. CHIRURGIA VASCOLARE	11. CHIRURGIA VASCOLARE
13. CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI RENE	12. TRAPIANTI DI RENE
14. CHIRURGIA MAXILLO-FACIALE	13. CHIRURGIA MAXILLO-FACIALE ED ODONTOSTOMATOLOGIA
15. ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	
16. CHIRURGIA PEDIATRICA	14. CHIRURGIA PEDIATRICA
17. DERMATOLOGIA	15. DERMATOLOGIA
18. EMATOLOGIA 1 E CENTRO TRAPIANTOMIDOLLO	16. ONCOEMATOLOGIA
19. EMATOLOGIA 2	
20. ENDOCRINOLOGIA DIABETOLOGIA	17. ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
21. GASTROENTEROLOGIA 1	18. GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA
22. GASTROENTEROLOGIA 3	
23. GASTROENTEROLOGIA 2	19. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA
24. GERIATRIA	20. GERIATRIA
25. LABORATORIO CENTRALE	21. LABORATORIO CENTRALE
26. MEDICINA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE	22. MALATTIE CARDIOVASCOLARI
27. CARDIOLOGIA E UCC	
28. MEDICINA D'URGENZA	23. MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA
29. MEDICINA INTERNA 1 A	24. MEDICINA INTERNA
30. MEDICINA INTERNA 1 B	25. MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO METABOLICO
31. MEDICINA INTERNA 2	26. EMATOLOGIA N.T. E COAGULOPATIE
32. MEDICINA INTERNA 3	
33. MEDICINA DEL LAVORO 1	27. PROTEZIONE E PROMOZIONE SALUTE LAVORATORI
34. MEDICINA DEL LAVORO 2	28. MEDICINA DEL LAVORO
35. MEDICINA DEL LAVORO 3 - CEMOC	

36. NEFROLOGIA E DIALISI	29. NEFROLOGIA E DIALISI
37. NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA	30. NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA
38. NEONATOLOGIA E TIN	31. NEONATOLOGIA E TIN
39. NEUROCHIRURGIA	32. NEUROCHIRURGIA
40. NEUROFISIOPATOLOGIA	33. NEUROFISIOPATOLOGIA
41. NEUROLOGIA	34. NEUROLOGIA
42. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	35. NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
43. NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA	36. NEURORADIOLOGIA
44. OCULISTICA	37. OCULISTICA
45. OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2	38. GINECOLOGIA
46. OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1	39. OSTETRICIA
47. OTORINOLARINGOIATRIA	40. OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIE CERVICO-FACIALI
48. PEDIATRIA 3 - FIBROSI CISTICA	41. FIBROSI CISTICA PEDIATRICA
49. PEDIATRIA 2	42. PEDIATRIA A MEDIA INTENSITA' DI CURA
50. PEDIATRIA AD ORIENTAMENTO URGENZA ED EMERGENZA	43. PRONTO SOCCORSO PEDIATRIA AMBULATORIALE E DH
51. PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA	44. PS E ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA
52. PSICHIATRIA	45. PSICHIATRIA
53. RADIOLOGIA	46. RADIOLOGIA
54. SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA, STATISTICA MEDICA, TOSSICOLOGIA AMBIENTALE E INDUSTRIALE, BIOLOGIA MOLECOLARE	47. EPIDEMIOLOGIA
55. UROLOGIA	48. UROLOGIA
56. ONCOLOGIA	49. ONCOLOGIA MEDICA
57. MEDICINA NUCLEARE	50. MEDICINA NUCLEARE
58. IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI	51. COORDINAMENTO TRAPIANTI
59. AMMINISTRAZIONE E FINANZA	52. ECONOMICO FINANZIARIA
60. APPROVVIGIONAMENTI	53. APPROVVIGIONAMENTI
61. CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE	54. SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE
62. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	55. COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
63. FARMACIA	56. FARMACIA
64. FUNZIONI TECNICHE	57. FUNZIONI TECNICHE
65. INGEGNERIA CLINICA	58. INGEGNERIA CLINICA
66. PATRIMONIO	59. PATRIMONIO
67. QUALITA', RISCHIO, ACCREDITAMENTO, APPROPRIATEZZA, PRIVACY	60. QUALITA', APPROPRIATEZZA, RISK MANAGEMENT E PRIVACY
68. RISORSE UMANE	61. RISORSE UMANE
69. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI	62. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI
<b>UOC NON CONFERMATE/MODIFICATE/DI NUOVA ISTITUZIONE</b>	
70. PROGETTI SPECIALI	NON CONFERMATA
71. SPEDALITA'	NON CONFERMATA - UOS
72. FISICA SANITARIA	NON CONFERMATA - UOSD FISICA MEDICA
73. MEDICINA TRASFUSIONALE, TERAPIA CELLULARE E CRIOBIOLOGIA	NON CONFERMATA – CONVERSIONE IN UOSD TERAPIA CELLULARE E CRIOBIOLOGIA (A CESSAZIONE INCARICO)

74. PEDIATRIA 1	NON CONFERMATA – CONVERSIONE IN UOSD PEDIATRIA AD ALTA INTENSITA' DI CURA
NUOVA ISTITUZIONE	63. DERMATOLOGIA PEDIATRICA
	64. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA
	65. TRAUMATOLOGIA D'URGENZA
	66. STATISTICA SANITARIA
	67. ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE -SITRA

## 2.8. Unità Operative Semplici Dipartimentali e Unità Operative Semplici

Al fine di ridisegnare il quadro della strutture semplici sono state considerate:

- le strutture semplici e semplici dipartimentali per le quali vi è attuale vacanza della titolarità, mentre non è stata presa in esame la scadenza dell'incarico in quanto per tutte le strutture semplici nei relativi contratti vi era la clausola di cessazione al rinnovo del POA;
- l'effettiva sussistenza di requisiti che rendessero l'attività enucleabile dal contesto di UOC o Dipartimento, verificabile dalla disponibilità di risorse strutturali o comunque di ambiti di attività con una propria configurazione;
- le proporzioni tra UOC/UOS al fine di rendere equilibrato il rapporto tra le varie Unità Operative.

Conseguentemente sono state riconosciute tre tipologie :

- a) UOS/UOSD per le quali non sussistono le caratteristiche per il loro mantenimento nel POA: in tali casi si è operato per conversione in incarico professionale di servizio<sup>27</sup> o per mancata conferma;
- b) UOS/UOSD per le quali si propone una conversione della tipologia di struttura: da UOS a UOSD ove si ravveda la effettiva funzionalità dipartimentale ovvero da UOSD a UOS per l'insussistenza di essa; si tratta in sostanza di ricondurre alla valenza dipartimentale le UOSD/UOS che effettivamente svolgono attività per le Aree/UOC coinvolte;
- c) UOS/UOSD di cui si prevede l'istituzione in ragione della riorganizzazione e sussistendo criteri di complessità e strategicità.

Di seguito sono elencate le UOS/UOSD presenti nel 2008 e quelle proposte con il presente POA (schema n. 6); nello stesso schema non sono rappresentate le UOC che non erano né saranno articolate in UOS.

Complessivamente si è ottemperato al mandato regionale di passare da 77 strutture semplici a 69, con una riduzione del 10%.

### Schema n. 6 - UOS/UOSD presenti nel 2008 e UOSD/IPC/UOS e Servizi proposti per il POA 2012-2014

Dipartimento/ UOC AFFERENZA 2008	UOS/UOSD POA 2008	IPC/UOSD POA 2012	UOS POA 2012	SERVIZIO POA 2012	UOC AFFERENZA 2012
ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA				MALATTIE RARE IMMUNOLOGICHE	ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA
ANATOMIA PATOLOGICA		IPC PATOLOGIA POLMONARE- LUNG UNIT			DIP. SERVIZI
	1. EMOPATOLOGIA			EMOPATOLOGIA	ANATOMIA PATOLOGICA
				EPATOLOGIA - LIVER UNIT	ANATOMIA PATOLOGICA

<sup>27</sup> Poiché l'indennità di posizione dell'incarico professionale di Servizio sarà equiparata a quella di UOS anche nei casi in cui l'incarico risulta coperto, non vi sarà alcuna penalizzazione economica per il titolare.

				GINECOPATOLOGIA	ANATOMIA PATOLOGICA
				PATOLOGIA MAMMARIA – BREAST UNIT	ANATOMIA PATOLOGICA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE E ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	2. MEDICINA PERIOPERATORIA	IPC RIANIMAZIONE GENERALE, EMERGENZA E URGENZA			DIP. ANESTESIA, RIANIMAZIONE EMERGENZA URGENZA
	3. NEURO RIANIMAZIONE	IPC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIP. CHIRURGICO			DIP. ANESTESIA, RIANIMAZIONE EMERGENZA URGENZA
	4. COORDINAMENTO ANESTESIA TRAPIANTI		1. RIANIMAZIONE E T.I. TRAPIANTI E UNITS		RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
	5. TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA		2. ANESTESIA PEDIATRICA		ANESTESIA
	6. COORDINAMENTO ANESTESIA OSTETRICO-GINECOLOGICA		3. ANESTESIA AREA OSTETRICO GINECOLOGICA		ANESTESIA
	7. ANESTESIA E DOLORE PERIOPERATORIO			ANESTESIA E DOLORE PERIOPERATORIO	ANESTESIA
	8. COORDINAMENTO ANESTESIA PEDIATRICA			TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
	9. RIANIMAZIONE GENERALE		4. RIANIMAZIONE E T.I. GENERALE		RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
				ANESTESIA E URGENZA PS	ANESTESIA
				MEDICINA DEL DOLORE CRONICO	ANESTESIA
				TERAPIA INTENSIVA NEURORIANIMAZIONE	RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
AUDIOLOGIA				AUDIOLOGIA PEDIATRICA	AUDIOLOGIA
BRONCO PNEUMOLOGIA	10. FIBROSI CISTICA DELL'ADULTO		5. FIBROSI CISTICA DELL'ADULTO		BRONCO PNEUMOLOGIA
	11. PATOLOGIA RESPIRATORIA OCCUPAZIONALE ED AMBIENTALE			MALATTIE POLMONARI E PROFESSIONALI	BRONCO PNEUMOLOGIA
				MALATTIE E DISTURBI DEL SONNO	BRONCO PNEUMOLOGIA
CARDIOLOGIA e UCC + MEDICINA CARDIO VASCOLARE			6. UNITA' CORONARICA		MALATTIE CARDIOVASCOLARI
				CARDIOLOGIA PERINATALE E PEDIATRICA - SIDS	MALATTIE CARDIOVASCOLARI
				EMODINAMICA	MALATTIE CARDIOVASCOLARI
				ELETTRO FISILOGIA	MALATTIE CARDIOVASCOLARI
				URGENZE E COORDINAMENTO CON PS	MALATTIE CARDIOVASCOLARI
CENTRO TRASFUSIONALE				DONAZIONI	CENTRO TRASFUSIONALE

				TRASFUSIONALE ED IMMUNO-EMATOLOGIA	CENTRO TRASFUSIONALE
IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI - NIT				IMMUNOLOGIA TRAPIANTI	COORDINAMENTO TRAPIANTI
CHIRURGIA GENERALE	12. ENDOCRINO CHIRURGIA		7. ENDOCRINO CHIRURGIA		CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
	13. DAY E ONE DAY SURGERY	1. UOSD DAY/WEEK SURGERY			DIP. CHIRURGIA
		IPC CHIRURGIA D'URGENZA			DIP. CHIRURGIA
	14. CHIRURGIA DELLA GRANDE OBESITÀ			CHIRURGIA GENERALE DELLA GRANDE OBESITA'	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
				MALATTIE INFIAM. CRONICHE	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
				COORDINAMENTO CON PS	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
				CHIRURGIA MININVASIVA	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO				CHIRURGIA DI RICERCHE PRECLINICHE	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA
				TRAPIANTI DI FEGATO	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA
CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI RENE				ACCESSI VASCOLARI	TRAPIANTI DI RENE
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA				ORTOPEDIA MALATTIE RARE	TRAUMATOLOGIA D'URGENZA
	15. ENDOSCOPIA D'URGENZA (NON CONFERMATA)				
	16. UOSD TRAUMATOLOGIA D'URGENZA (CONVERSIONE UOC)				
CHIRURGIA MAXILLO FACIALE				CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA MAXILLO FACIALE	CHIRURGIA MAXILLO FACIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA	17. CHIRURGIA PLASTICA PEDIATRICA		8. CHIRURGIA PLASTICA PEDIATRICA		CHIRURGIA PEDIATRICA
	18. CHIRURGIA NEONATALE		9. CHIRURGIA NEONATALE		CHIRURGIA PEDIATRICA
				ENDOSCOPIA E NUTRIZIONE	CHIRURGIA PEDIATRICA
	19. UOSD UROLOGIA PED.	2. UOSD UROLOGIA PEDIATRICA			DIP.DONNA BAMBINO NEONATO
CHIRURGIA TORACICA E DEI TRAPIANTI DI POLMONE				TRAPIANTI POLMONARI	CHIRURGIA TORACICA
				ENDOSCOPIA VIE AEREE	CHIRURGIA TORACICA

DERMATOLOGIA	20. CENTRO MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE		10. MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE		DERMATOLOGIA
	21. DAY HOSPITAL DERMATOLOGIA		11. DAY HOSPITAL /MAC DERMATOLOGIA		DERMATOLOGIA
	22. FOTORADIOTERAPIA			FOTORADIOTERAPIA	DERMATOLOGIA
				DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	DERMATOLOGIA
	23. DERMATOLOGIA PEDIATRICA (CONVERSIONE IN UOC)				
CHIRURGIA GENERALE 1	24. UOSD CHIRURGIA PLASTICA SENOLOGICA		12. CHIRURGIA SENOLOGICA		CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
Dipartimento MEDICINA RIGENERATIVA	25. UOSD LABORATORIO DI EMATOLOGIA	3. UOSD LABORATORIO DI EMATOLOGIA			DIP. SERVIZI
Dipartimento SERVIZI DIAGNOSTICI	UOC FISICA SANITARIA	4. UOSD FISICA MEDICA			DIP. SERVIZI
EMATOLOGIA 1 E 2		IPC EMATOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA DI RICERCA			DIP. DELLE UNITS MULTISPECIALISTICHE E DEI TRAPIANTI
	26. FISIOPATOLOGIA DELLE ANEMIE		13. FISIO PATOLOGIA DELLE ANEMIE		ONCO EMATOLOGIA
	27. DH EMATOLOGIA (NON CONFERMATA)				
			14. ONCO EMATOLOGIA ANZIANO		ONCO EMATOLOGIA
			15. LABORATORIO E RICERCA		ONCO EMATOLOGIA
				TRAPIANTI DI MIDOLLO	ONCO EMATOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA				DIABETE E MALATTIE METABOLICHE	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
				DIAGNOSI E CURA MALATTIE GHIANDOLE ENDOCRINE	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
EPIDEMIOLOGIA	28. TOSSICOLOGIA AMBIENTALE E INDUSTRIALE		16. TOSSICOLOGIA AMBIENTALE E INDUSTRIALE		EPIDEMIOLOGIA
				VALUTAZIONE RISCHI AMBIENTALI	EPIDEMIOLOGIA
				VALUTAZIONE ATTIVITA' SANITARIE	STATISTICA SANITARIA
GASTRO ENTEROLOGIA 1	29. DAY HOSPITAL GASTRO ENTEROLOGIA		17. DAY HOSPITAL/MAC GASTROENTEROLOGIA		GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA

				EPATOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA 2				ENDOSCOPIA DIGESTIVA	GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA
				MALATTIE INFIAM. CRONICHE	GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA
GERIATRIA			18. COORDINAMENTO OSPEDALE TERRITORIO		GERIATRIA
				DH GERIATRIA	GERIATRIA
LABORATORIO CENTRALE	30. LABORATORIO DI IMMUNOLOGIA/MICROBIOLOGIA DELLA FIBROSI CISTICA (NON CONFERMATA)				
	31. LABORATORIO BIOCHIMICA		19. LABORATORIO DI BIOCHIMICA		LABORATORIO CENTRALE
	32. LABORATORIO DI CITOGENETICA E GENETICA MOLECOLARE		20. LABORATORIO DI GENETICA MEDICA		LABORATORIO CENTRALE
	33. LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA		21. LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA		LABORATORIO CENTRALE
	34. LABORATORIO VIROLOGIA		22. LABORATORIO DI VIROLOGIA		LABORATORIO CENTRALE
				CITOFLUORIMETRIA	LABORATORIO CENTRALE
				COORDINAMENTO LABORATORI SATELLITI	LABORATORIO CENTRALE
MEDICINA DEL LAVORO 1				PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	PROTEZIONE E PROMOZIONE SALUTE LAVORATORI
	35. ALLERGOLOGIA OCCUPAZIONALE ED AMBIENTALE		23. ALLERGOLOGIA OCCUPAZIONALE ED AMBIENTALE		PROTEZIONE E PROMOZIONE SALUTE LAVORATORI
MEDICINA DEL LAVORO 3	36. MEDICINA PREVENTIVA E SORVEGLIANZA SANITARIA		24. MEDICINA PREVENTIVA E SORVEGLIANZA SANITARIA		MEDICINA DEL LAVORO
				ERGONOMIA E STRESS DISADATTAMENTO SUL LAVORO	MEDICINA DEL LAVORO
MEDICINA D'URGENZA	37. ASSISTENZA VENTILATORIA NON INVASIVA (N.I.V.)		25. SUBINTENSIVA RESPIRATORIA		PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA
	38. SUBINTENSIVA MEDICA		26. AREA CRITICA E OBI		PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA
	39. PRONTO SOCCORSO		27. ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO PRONTO SOCCORSO		PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

				SERVIZIO STROKE	PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA
			28. COORD. CON EMERGENZA E URGENZA		MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA' DI CURA
MEDICINA INT. 3	40. EMOFILIA		29. EMOFILIA		EMATOLOGIA N.T. E COAGULOPATIE
	41. FISIOPATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE			TERAPIA ANTICOAGULANTE	EMATOLOGIA N.T. E COAGULOPATIE
	42. DAY HOSPITAL MEDICINA INTERNA		30. DH/MAC MALATTIE TROMBOTICHE		EMATOLOGIA N.T. E COAGULOPATIE
MEDICINA INTERNA 1°	43. ANEMIE CONGENITE		31. UOS DH/MAC MALATTIE RARE		MEDICINA INTERNA
			32. POLIPATOLOGIE		MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO METABOLICO
MEDICINA TRASFUSIONALE, TERAPIA CELLULARE E CRIOBIOLOGIA		5. UOSD TERAPIA CELLULARE E CRIOBIOLOGIA (A CESSAZIONE INCARICO)		GESTIONE BIOBANCA	TERAPIA CELLULARE E CRIOBIOLOGIA
				SERVIZIO CELL FACTORY	TERAPIA CELLULARE E CRIOBIOLOGIA
NEFROLOGIA E DIALISI	44. DIALISI			DIALISI	NEFROLOGIA E DIALISI
				AMBULATORI/MAC	NEFROLOGIA E DIALISI
NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	45. RIABILITAZIONE DELL'ETÀ EVOLUTIVA		33. RIABILITAZIONE PEDIATRICA		DIP. DONNA BAMBINO NEONATO
	46. TERAPIA INTERMEDIA NEONATALE		34. PATOLOGIA NEONATALE		NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
	47. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE 2		35. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
	48. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		36. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE CHIRURGICA		NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
NEURO CHIRURGIA	49. NCH FUNZIONALI, STEREOTASSICA E N.		37. NCH STEREOTASSICA		NEUROCHIRURGIA
				NCH RICOSTRUTTIVA NERVI PERIFERICI	NEUROCHIRURGIA
NEURO FISIOPATOLOGIA	50. NEUROFISIOPATOLOGIA NEONATALE			NEUROFISIOPATOLOGIA ED EPILETTOLOGIA NEONATALE E PEDIATRICA	NEUROFISIOPATOLOGIA
NEURO PSICHIATRIA INF. ADOLESCENZA				COORDINAMENTO TERRITORIALE	NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA
	51. MALATTIE NEURO DEGENERATIVE	6. UOSD MALATTIE NEURO DEGENERATIVE			DIP. NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE

	52. DIAGNOSTICA MALATTIE NEURO MUSCOLARI	7. UOSD MALATTIE NEURO MUSCOLARI E RARE			DIP. NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE
			38. NEUROLOGIA PEDIATRICA		NEUROLOGIA
NEURO RADIOLOGIA			39. NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA		NEURO RADIOLOGIA
				NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA	
OCULISTICA				OCULISTICA PEDIATRICA	OCULISTICA
				MALATTIE RARE (OCULISTICA)	OCULISTICA
ODONTOIATRA	53. CH. ORALE E IMPLANTOLOGIA		40. CH. ORALE E IMPLANTOLOGIA		CHIRURGIA MAXILLO-FACIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA
	54. ORTODONZIA		41. ORTODONZIA		CHIRURGIA MAXILLO-FACIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1	55. DIAGNOSI E TERAPIA DELLA MADRE	IPC COORDINAMENTO AREA PARTO			DIP. DONNA, BAMBINO, NEONATO
	56. DIAGNOSI PRENATALE		42. DIAGNOSI PRENATALE		OSTETRICIA
	57. LEGGE 194 E PICCOLI INTERVENTI		43. LEGGE 194 E PICCOLI INTERVENTI		OSTETRICIA
	58. UOSD CENTRO STERILITÀ	8. UOSD PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA			DIP. DONNA, BAMBINO, NEONATO
	59. DIAGNOSI E TERAPIA DEL PARTO			PATOLOGIA DELLA GRAVIDANZA	OSTETRICIA
	60. UOSD GENETICA MEDICA	9. UOSD GENETICA MEDICA			DIP. DONNA BAMBINO NEONATO
	61. DIAGNOSI E TERAPIA FETALE (NON CONFERMATA)				OSTETRICIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2	62. GINECOLOGIA DELL'ETÀ FERTILE		44. PATOLOGIA GINECOLOGICA		GINECOLOGIA
	63. GINECOLOGIA DELL'ETÀ POST-RIPRODUTTIVA		45. GINECOLOGIA DELL'ETÀ POST-RIPRODUTTIVA		GINECOLOGIA
	64. PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CERVICO VAGINALI (NON CONFERMATA)			DISFUNZIONI PAVIMENTO PELVICO	GINECOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA				ORL PEDIATRICA	OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIA CERVICO FACIALE
				LARINGOLOGIA E FONIATRIA	OTORINOLARINGOIATRIA E PATOLOGIA CERVICO FACIALE

PEDIATRIA 1	65. INFETTIVOLOGIA PEDIATRICA	10. UOSD PEDIATRIA AD ALTA INTENSITA' DI CURA			DIP. DONNA BAMBINO NEONATO
				COORDINAMENTO AREA AMBULATORIALE E DH	PS PEDIATRIA AMBULATORIALE E DH/MAC
				TRAUMA CENTER PEDIATRICO	PS PEDIATRIA AMBULATORIALE E DH
PEDIATRIA A ORIENTAMENTO EMERGENZA URGENZA	66. RICOVERI IN ASTANTERIA E OSSERVAZIONE BREVE		46. PRONTO SOCCORSO		PS PEDIATRIA AMBULATORIALE E DH
PEDIATRIA 2	67. IMMUNOLOGIA PEDIATRICA		47. IMMUNOLOGIA PEDIATRICA		PEDIATRIA MEDIA INTENSITA' DI CURA
	68. REUMATOLOGIA PEDIATRICA		48. REUMATOLOGIA PEDIATRICA		PEDIATRIA MEDIA INTENSITA' DI CURA
				EPATOLOGIA E NUTRIZIONE	PEDIATRIA MEDIA INTENSITA' DI CURA
PS E ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA				SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE E DOMESTICA	PS E ACCETTAZIONE OSTETRICO GINECOLOGICA
PSICHIATRIA	69. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA TERRITORIALE		49. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA TERRITORIALE		PSICHIATRIA
				PSICO FARMACOLOGIA CLINICA	PSICHIATRIA
RADIOLOGIA	70. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	IPC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA			DIP. SERVIZI
			50. GRANDI ATTREZZATURE		RADIOLOGIA
	71. RADIOLOGIA PRONTO SOCCORSO		51. PRONTO SOCCORSO		RADIOLOGIA
	72. RADIOLOGIA SENOLOGICA		52. SENOLOGIA		RADIOLOGIA
	73. RADIOLOGIA PERINATALE E PEDIATRICA			RADIOLOGIA PERINATALE E PEDIATRICA	RADIOLOGIA
UROLOGIA				DAY SURGERY/ AMBULATORI	UROLOGIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	74. UOSD DIAGNOSI E TERAPIA DELLE COAGULOPATIE (NON CONFERMATA)				
DIREZIONE GENERALE	75. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE		53. PREVENZIONE E PROTEZIONE		DIREZIONE GENERALE
			54. RELAZIONI COL PUBBLICO E CARTA DEI SERVIZI		DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE SANITARIA				PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	DIREZIONE SANITARIA

DIREZIONE AMMINISTRATIVA	UOC SPEDALITA'		55. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI AMBULATORIALI		COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DSP
			56. ATTUAZIONE ACCORDO DI PROGRAMMA		DIP. TECNICO E DELLE TECNOLOGIE
			57. BENI CULTURALI		PATRIMONIO
	UFFICIO LIBERA PROFESSIONE		58. LIBERA PROFESSIONE E CONVENZIONI		DIP. AMMINISTRATIVO
				DEMATERIALIZZAZIONE, SISTEMI DIREZIONALI E PROTOCOLLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
	UFFICIO AFFARI LEGALI E DELLE ASSICURAZIONI			AFFARI LEGALI E DELLE ASSICURAZIONI	DIP. AMMINISTRATIVO
				AMMINISTRAZIONE E CONTRATTI PUBBLICI	FUNZIONI TECNICHE
				HTA E GRANDI ATTREZZATURE	INGEGNERIA CLINICA
				PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE S.I.	SISTEMI INFORMATIVI ED INFORMATICI
				COORDINAMENTO E CONTROLLO PROCEDURE E ERP	ECONOMICO FINANZIARIA
DIREZIONE MEDICA PRESIDIO	76. COORDINAM. LOCALE TRAPIANTI		59. DOCUMENTAZIONE CLINICA, MEDICINA NECROSCOPICA E TRAPIANTI		COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DSP
				ACCREDITAMENTO E CONTROLLO STRUTTURE	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DSP
QUALITA' ACCREDITAMENTO APPROPRIATEZZA, RISK MANAGEMENT E PRIVACY				APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI E RICOVERI	QUALITA', APPROPRIATEZZA, RISK MANAGEMENT E PRIVACY
			60. RISK MANAGEMENT		QUALITA', APPROPRIATEZZA, RISK MANAGEMENT E PRIVACY.
FARMACIA				LOGISTICA	FARMACIA
				MEDICINALI E LAB. GALENICO	FARMACIA
DIREZIONE SCIENTIFICA	77. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DIPENDENTE		61. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE E FAD		DIREZIONE SCIENTIFICA
			62. COORDINAMENTO LABORATORI DI RICERCA		DIREZIONE SCIENTIFICA

## 2.9. Incarichi professionali

Come noto nel passato non sempre l'istituzione di Strutture, complesse o semplici, ha risposto ai criteri che nella nota circolare regionale del 3 agosto 2012 sono ribaditi, dando piuttosto risposta alle comprensibili esigenze di carriera dei professionisti meritevoli.

Al fine di conciliare entrambe le esigenze – costituire UOC/UOSD/UOS ove ne ricorrono effettivamente le caratteristiche, valorizzare le professionalità presenti - seguendo l'indicazione regionale<sup>28</sup>, sono state individuate con chiarezza le UOSD, in relazione all'effettiva valenza dipartimentale e le UOS, in relazione all'effettiva sussistenza di una struttura definita con propria attribuzione di spazi e risorse strumentali (in entrambi i casi di UOSD e UOS va tuttavia ribadito che le risorse umane sono considerate in totale condivisione con la UOC e Area, per i motivi lungamente esposti); contestualmente sono stati individuati incarichi professionali<sup>29</sup> delle seguenti tipologie e prerogative:

- A) Incarichi Professionali Complessi - IPC:** equiparati come indennità di posizione ai direttori di struttura complessa; i titolari partecipano alle decisioni strategiche con questi ultimi e con i direttori di Area e svolgono in autonomia la propria attività, non sono tenuti alla guardia attiva ma, al pari dei direttori di struttura complessa, alla sola reperibilità aggiuntiva; possono ricevere incarico di coordinatore di Area o responsabilità dipartimentali;
- B) Incarichi professionali di Servizio - IPS:** equiparati come indennità ai responsabili di struttura semplice; i titolari rispondono di obiettivi specifici, operano all'interno della struttura semplice/complessa di riferimento e hanno un ambito di autonomia riconosciuto;
- C) Incarichi professionali di alta o elevata specializzazione - IP:** attribuiti dal Direttore di UOC o Area a dirigenti con almeno 5 anni di anzianità, secondo tre livelli economici (esperienza clinica, alta specializzazione, eccellenza); i titolari operano nell'ambito dell'unità di assegnazione.

A conferma che dunque l'Incarico Professionale Complesso ha una valenza di elevato livello, si ribadisce in tutto assimilabile al Dirigente di UOC, nel presente POA ne è previsto un numero estremamente contenuto :

- Anestesia e rianimazione Dip. Chirurgico
- Ematologia e Oncoematologia di ricerca
- Radiologia interventistica
- Patologia polmonare - Lung Unit
- Rianimazione generale, Emergenza e urgenza
- Chirurgia d'urgenza
- Coordinamento Area parto

Il tema del conferimento degli incarichi riguarda anche le **posizioni organizzative del comparto**, per cui è stata condotta un'analisi delle necessità e articolazione delle diverse figure, mentre saranno meglio dettagliati criteri e modalità per l'assegnazione delle stesse, quali la comparazione di formazione ed esperienza professionale.

---

<sup>28</sup> " L'obiettivo di riduzione delle strutture semplici costringe a definire con maggiore chiarezza quali funzioni, quali responsabilità e quali livelli di autonomia siano necessari per attivare una struttura semplice e quali siano invece le specifiche competenze professionali che possono essere riconosciute come incarichi di natura professionale della dirigenza (come riconosciuto CCNL 8/6/2000 art. 27) senza attivare necessariamente una struttura semplice".

<sup>29</sup> La necessità di riconoscere alte professionalità pur senza affiancarle necessariamente a compiti gestionali è chiara, tanto che è richiamata come obiettivo nello stesso Patto per la salute- bozza 2012-2015: «...Si propone di avviare un percorso diretto a ridefinire e differenziare i percorsi di natura gestionale e quelli di natura professionale, anche riconsiderando l'attuale sistema degli incarichi previsto dal D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dalle norme contrattuali». Inoltre: «Si deve prendere atto che l'aver "battezzato" tutti i medici quali dirigenti ha seguito più una logica di tipo "contrattuale" che gestionale e di ruolo concreto».

Il percorso, analogamente che per la dirigenza, dovrà essere guidato da principi di trasparenza, meritocrazia, oggettivazione delle posizioni necessarie e non adeguamento di esse alle persone presenti e dovrà essere, in ogni caso, oggetto di approfondimento, valutazione e confronto con le Organizzazioni Sindacali anche in relazione, in particolare, al relativo finanziamento.

Nello schema n. 7 la situazione esistente e la proposta; negli organigrammi saranno inserite solo le posizioni organizzative relative alle Direzioni.

**Schema n. 7 – Posizioni Organizzative presenti nel 2008 e proposte nel presente POA**

AFFERENZA POA 2008	DENOMINAZIONE POA 2008	PROPOSTA POA 2012	DIREZIONE/ DIP/UOC/UOS AFFERENZA POA 2012	DENOMINAZIONE POA 2012
DIREZIONE GENERALE	1. UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO	CONVERSIONE IN UOS	DIREZIONE GENERALE	
	2. SEGRETERIA DIRETTORE GENERALE	CONFERMA	DIREZIONE GENERALE	1. SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE
		NUOVA ISTITUZIONE	DIREZIONE GENERALE	2. RAPPORTI CON UNIVERSITA' E SVILUPPO DELLE CONOSCENZE
		NUOVA ISTITUZIONE	RELAZIONI COL PUBBLICO E CdS	3. COMUNICAZIONE, RAPPORTI CON ASSOCIAZIONI E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE	3. FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI DEL CDG	CONFERMA	SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE	4. MONITORAGGIO OBIETTIVI E SUPPORTO A NUCLEO VALUTAZIONE
COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	4. GESTIONE FLUSSI SANITARI	CONFERMA	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	5. GESTIONE FLUSSI SANITARI
	5. PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI	CONFERMA	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	6. PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE
		NUOVA ISTITUZIONE	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	7. ASSISTENTI SOCIALI
	6. COORDINAMENTO ATTIVITÀ MEDICA DI PRESIDIO MA RE			
	7. PREVENZIONE E IGIENE OSPEDALIERA	CONFERMA	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	8. PREVENZIONE E IGIENE OSPEDALIERA
		NUOVA ISTITUZIONE	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	9. DIETISTE
		NUOVA ISTITUZIONE	COORDINAMENTO DIPARTIMENTI CLINICI E DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	10. GESTIONE CUP
FARMACIA	8. GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	CONFERMA		11. GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI
QUALITA' ACCREDITAMENTO APPROPRIATEZZA RISK MANAGEMENT PRIVACY	9. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ	CONFERMA	QUALITA', APPROPRIATEZZA, RISK MANAGEMENT E PRIVACY	12. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ
SITRA	10. SETTORE OUTSOURCING	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	13. OUTSOURCING
	11. SETTORE RICERCA INFERMIERISTICA	INTEGRATO CON FORMAZIONE DI BASE	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	14. FORMAZIONE DI BASE E RICERCA
	15. SETTORE SVILUPPO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	INTEGRAZIONE CON SUCCESSIVA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	
	16. SETTORE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DELLA GESTIONE DELLE RISORSE ASSISTENZIALI	CONFERMA E INTEGRAZIONE	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	15. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE E DEI PROCESSI ASSISTENZIALI

SITRA	17. SETTORE SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI	INTEGRAZIONE CON SUCCESSIVA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	
	18. SETTORE RECLUTAMENTO, INSERIMENTO E MOBILITÀ PERSONALE INFERMIERISTICO E DI SUPPORTO	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	16. RECLUTAMENTO SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI
	19. AREA MEDICINA VIA PACE	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	17. REFERENTE AREA MEDICINA E GERIATRIA
	20. AREA MEDICINA SPECIALISTICA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	18. REFERENTE AREA GASTROEPATOLOGICA
	21. AREA TERAPIA INTENSIVA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	19. REFERENTE AREA RIANIMAZIONE INTENSIVISTICA
	22. AREA BLOCCHI OPERATORI	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	20. REFERENTE AREA ANESTESIA E BLOCCHI OPERATORI
	23. AREA EMERGENZA URGENZA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	21. REFERENTE AREA EMERGENZA URGENZA
	24. AREA SERVIZI AMBULATORIALI	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	22. REFERENTE AREA DIPARTIMENTALE
	25. AREA CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	23. REFERENTE AREA CHIRURGIA GENERALE
	26. AREA NEFROLOGIA E DIALISI	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	24. REFERENTE AREA NEFROUROLOGICA
	27. AREA EMATOLOGIA ONCOLOGIA E MEDICINA VIA SFORZA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	25. REFERENTE AREA CARDIOPOLMONARE
	28. AREA EMATOLOGIA ONCOLOGIA E MEDICINA VIA SFORZA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	26. REFERENTE AREA MEDICINA SPECIALISTICA
	29. AREA PEDIATRIA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	27. REFERENTE AREA PEDIATRICA
	30. AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	28. REFERENTE AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA
	31. AREA NEUROSCIENZE	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	29. REFERENTE AREA CHIRURGIA TESTA COLLO
	32. AREA NEONATOLOGIA	CONFERMA		30. REFERENTE AREA NEONATOLOGICA
	33. AREA RADIOLOGIA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	31. REFERENTE AREA DIAGNOSTICA X IMMAGINI
	34. AREA MEDICINA DI LABORATORIO	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	32. REFERENTE AREA LABORATORI
	35. AREA MEDICINA TRASFUSIONALE E RIGENERATIVA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	33. REFERENTE AREA EMATOLOGICO TRASFUSIONALE
	36. AREA RIABILITATIVA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	34. REFERENTE AREA RIABILITATIVA
37. AREA PSICHIATRIA	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	35. REFERENTE AREA DIPARTIMENTALE	
		NUOVA ISTITUZIONE	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	36. REFERENTE UFFICIO LOGOPEDIA
	38. SETTORE FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	CONFERMA	ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLE RISORSE-SITRA	37. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

DIREZIONE SCIENTIFICA	39. COMITATO ETICO E SPERIMENTAZIONE FARMACI	CONFERMA	DIREZIONE SCIENTIFICA	38. COMITATO ETICO SPERIMENTAZIONE CLINICA E BREVETTI E GRANT
	40. SERVIZIO DI BIBLIOTECA SCIENTIFICA	CONFERMA	DIREZIONE SCIENTIFICA	39. BIBLIOTECA E POLO SCIENTIFICO
		NUOVA ISTITUZIONE	DIREZIONE SCIENTIFICA	40. SEGRETERIA E COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO
ECONOMICO-FINANZIARIO	41. SETTORE BILANCIO	CONFERMA	ECONOMICO-FINANZIARIA	41. BILANCIO E CICLO CONTABILE ATTIVO
	42. SETTORE CONTABILITÀ E FORNITORI	CONFERMA	ECONOMICO-FINANZIARIA	42. CONTABILITÀ STIPENDI – GESTIONE FISCALITA' CONTRATTI ATIPICI E CICLO CONTABILE PASSIVO E FORNITORI
	43. UFFICIO COORDINAMENTO CONTROLLO E MIGLIORAMENTO PROCEDURE ERP	CONVERSIONE IN SERVIZIO	ECONOMICO-FINANZIARIA	
	44. COORDINAMENTO CICLO CONTABILE ATTIVO	CONFERMA	ECONOMICO-FINANZIARIA	43. GESTIONE FISCALE E FLUSSI TESORERIA E CASSA
		NUOVA ISTITUZIONE	PRESIDENZA	44. SEGRETERIA E RELAZIONI ISTITUZIONALI
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	45. SETTORE LEGALE	CONFERMA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	45. STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA
LIBERA PROFESSIONE	46. CONTABILITA' RICOVERO SOLVENTI	CONFERMA	LIBERA PROFESSIONE E CONVENZIONI	46. MONITORAGGIO E CONTROLLO
PATRIMONIO	47. SETTORE GESTIONE PATRIMONIO URBANO	CONFERMA	PATRIMONIO	47. UFFICIO GESTIONE E VALORIZZAZIONE
	48. SETTORE MANUTENZIONE PATRIMONIO URBANO E FORESE	CONFERMA	PATRIMONIO	48. UFFICIO LAVORI E MANUTENZIONE
		NUOVA ISTITUZIONE	PATRIMONIO	49. UFFICIO VALORIZZAZIONE E CORREDO DOCUMENTALE
APPROVVIGIONAMENTI		NUOVA ISTITUZIONE	APPROVVIGIONAMENTI	50. UFFICIO ACQUISTI TELEMATICI E ALBO FORNITORI E DIALISI
	49. SETTORE ECONOMALE	CONFERMA	APPROVVIGIONAMENTI	51. UFFICIO ATTIVITÀ ECONOMICHE E SERVIZI
	50. SETTORE APPROVVIGIONAMENTO PRESIDI MEDICI OSPEDALIERI	CONFERMA	APPROVVIGIONAMENTI	52. UFFICIO DISPOSITIVI MEDICI
		NUOVA ISTITUZIONE	APPROVVIGIONAMENTI	53. UFFICIO FARMACI E REAGENTI
RISORSE UMANE		NUOVA ISTITUZIONE	RISORSE UMANE	54. RELAZIONI SINDACALI E SVILUPPO
	51. SETTORE CONTRATTI E COLLABORAZIONI	CONFERMA	LIBERA PROFESSIONE E CONVENZIONI	55. CONVENZIONI GESTIONE CONTRATTI E COLLABORAZIONI
	52. CONTENZIOSO DEL PERSONALE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ	CONFERMA	RISORSE UMANE	56. GESTIONE CONTENZIOSO
	53. SETTORE PREVIDENZA	CONFERMA	RISORSE UMANE	57. PREVIDENZA
	54. RILEVAZIONE PRESENZE	CONFERMA	RISORSE UMANE	58. RILEVAZIONE PRESENZE
		NUOVA ISTITUZIONE	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	59. ASSICURAZIONI E CONTENZIOSO
	55. SETTORE STIPENDI	CONFERMA	RISORSE UMANE	60. GESTIONE STIPENDI
	56. SETTORE STATO GIURIDICO E PROCEDURE CONCORSUALI	CONFERMA	RISORSE UMANE	61. STATO GIURIDICO E CONCORSI
FUNZIONI TECNICHE	57. SETTORE EDILIZIA CIVILE	CONFERMA	FUNZIONI TECNICHE	62. MANUTENZIONI
INGEGNERIA CLINICA		NUOVA ISTITUZIONE	INGEGNERIA CLINICA	63. MANUTENZIONE APPARECCHIATURE MEDICO SCIENTIFICHE E LOGISTICA
SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI		NUOVA ISTITUZIONE	SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI	64. SISS

Riassumendo, e in pratica, l'organizzazione prevede :

- Dipartimenti, che comprendono due o più Aree Omogenee ed eventualmente una o più UOSD; la funzione del Dipartimento è solo di coordinamento e programmazione generale (acquisto attrezzature, suddivisione degli spazi tra le aree, definizione priorità per piano assunzioni) ;
- Direzione Sanitaria di Presidio, in stretto raccordo con la Direzione Sanitaria e Strategica, sovrintende alle attività cliniche e ospedaliere coordinandosi con la UOC Organizzazione e Integrazione delle Risorse - SITRA, con la UOC Qualità, Appropriately Risk Management e Privacy e con le strutture amministrative sulla base di protocolli e procedure. In virtù del ruolo strategico e del ruolo di coordinamento dei Dipartimenti Clinici viene riconosciuta al direttore un'indennità di posizione paragonabile a quella del direttore di Dipartimento;
- Aree Omogenee: insieme di UOC molto affini, o per disciplina o per percorso assistenziale; nell'area la condivisione di risorse e attività è totale (posti letto, ambulatori, attrezzature, guardie/reperibilità, equipe infermieristiche, liste di attesa per i ricoveri...);
- Unit: insieme di UOC accomunate dal percorso integrato di uno specifico paziente; la condivisione è parziale, coinvolgendo specialità differenti; al nucleo centrale della Unit, che afferisce ad un unico Dipartimento, possono essere collegate funzionalmente UO anche di altri Dipartimenti;
- UOC, UOSD, UOS: unità operative con obiettivi definiti e attività ben distinguibili/strutturate; hanno responsabilità e autonomia tecnico-professionale, ma condividono le risorse nell'area o nella UOC di riferimento.

Si prevede inoltre, come meglio specificato al successivo paragrafo 2.13, l'Area funzionale: costituita da aree, UOC, UOS che mantengono una propria strutturazione e afferenza, ma che si integrano in relazione al particolare target assistenziale; si individuano quindi l'area funzionale dell'emergenza urgenza, quella pediatrica e delle malattie rare.

In corrispondenza alle diverse strutture organizzative, possiamo indicare i rispettivi responsabili gerarchici; avremo dunque:

- Direttore di Dipartimento: è scelto dal Direttore Generale tra i direttori di UOC/Aree omogenee che afferiscono ad esso, ha un incarico di tipo fiduciario e vincolato alla durata di mandato;
- Direttore di Area: è scelto dal Direttore Generale nell'ambito dei Dirigenti delle Strutture afferenti (o come si vedrà poi tra i titolari di Incarico Professionale Complesso, IPC) e svolge funzioni assimilabili a quelle di condirettore di Dipartimento;
- Direttore di Struttura Complessa, compreso il Direttore Medico di Presidio: nominato secondo le procedure di selezione previste dalla normativa con incarico quinquennale; concorrono con il Direttore di Area alla definizione degli obiettivi, alla valutazione, alla gestione delle risorse condivise;
- Dirigente con Incarico Professionale Complesso: è individuato dal Direttore Generale di concerto con il Direttore del Dipartimento cui afferisce, con incarico e indennità pari a quello di struttura complessa; concorre con il Direttore di Area/Dipartimento alla definizione degli obiettivi, alla valutazione, alla gestione delle risorse condivise;
- Dirigente di Struttura Semplice: indicato dal Direttore della struttura cui afferisce (UOC per le UOS, Dipartimento per UOSD), ha incarico triennale;
- Responsabile di Servizio: indicato dal Direttore della Struttura cui afferisce, ha incarico professionale di pari valore della Struttura Semplice e uguali prerogative.

Ovviamente il ridisegno dell'assetto organizzativo e la costituzione e lo sviluppo delle aree di assistenza e amministrative, **non determinano un aumento del budget assegnato al personale né della capienza dei fondi contrattuali della dirigenza**; non solo: si è provveduto a condurre una simulazione, anche per le altre Strutture e Incarichi Professionali previsti dalla proposta, partendo dalle indennità attualmente in godimento per le varie posizioni, che ha permesso di verificare la sostenibilità delle modifiche. La capienza del fondo di posizione dei dirigenti medici consentirà altresì di realizzare una reale graduazione delle posizioni, in modo che, a differenza di quanto avviene attualmente<sup>30</sup>, vi sia una pesatura parametrata su complessità, dimensioni e strategicità della posizione ricoperta.

## SINTESI GENERALE

TIPOLOGIA STRUTTURE	POA 2008/DATABASE REGIONE	POA 2012-2014
Dipartimenti	10 (9 GESTIONALI + 1 FUNZIONALE)	10 (GESTIONALI)
UOC	74	67
UOSD	8 (IL DATABASE REGIONALE RIPORTA DUE UOSD COME UN'UNICA STRUTTURA)	10
UOS	69 (NEL DATABASE REGIONALE MANCAVA LA UOS DI MICROBIOLOGIA, PRESENTE NEL POA 2008)	62

### 2.10. Caratteristiche e risorse delle Strutture

Come già riportato al capitolo 1, al fine di meglio definire l'assetto organizzativo, per ciascuna Area sono definiti nel presente POA compiti, funzioni e modalità di integrazione. Inoltre è stata redatta una scheda, basata sullo schema n. 8, che riporta per ciascuna delle UOC/UOSD afferenti la dotazione di risorse al 30.6.2012 e l'attività svolta nel 2011, documentata dai volumi delle prestazioni erogate e loro valorizzazione.

#### *Schema n. 8 – Modello per rilevazione funzioni e compiti delle strutture organizzative*

DENOMINAZIONE Area	
Unità costituenti	
SEDE (indicare Padiglione di riferimento)	
VALENZA STRATEGICA/COMPLESSITÀ	
Compiti e Funzioni (con particolare riguardo a modalità organizzative, peculiarità e compiti strategici, raccordi funzionali)	
ATTIVITA' 2011	
AREA DI DEGENZA (dotazione di posti letto ordinari, ds/dh medi)	
AREA AMBULATORIALE (indicare pl tecnici per MAC, ambulatori...)	
RICOVERI ORDINARI/DH/DS (numero e valorizzazione)	
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (numero e valorizzato)	
PERSONALE ASSEGNATO (AL 30/6/2012)	
Dirigenti medici	
Dirigenti medici universitari	
Dirigenti sanitari, tecnici, professionali ....	
Contratti (tipologia e dirigenti equivalenti)	
Personale infermieristico	
Personale tecnico	

<sup>30</sup> Con Determinazioni sono state definite indennità uguali per UOC, UOS, Eccellenza clinica, come pure previste indennità per Dipartimenti dello stesso valore .

Per gli organigrammi che seguono nei paragrafi successivi sono invece stati identificati specifici simboli (i cui colori corrispondono a quelli utilizzati negli schemi n. 6 e 7) per differenti strutture e incarichi/posizioni organizzative:

- ✓ Dipartimenti 
- ✓ UOC 
- ✓ IPC 
- ✓ UOSD 
- ✓ UOS 
- ✓ Servizi 
- ✓ Uffici 
- ✓ Strutture funzionali  
(senza attribuzione risorse/personale dipendente) 

Negli organigrammi sono riportati:

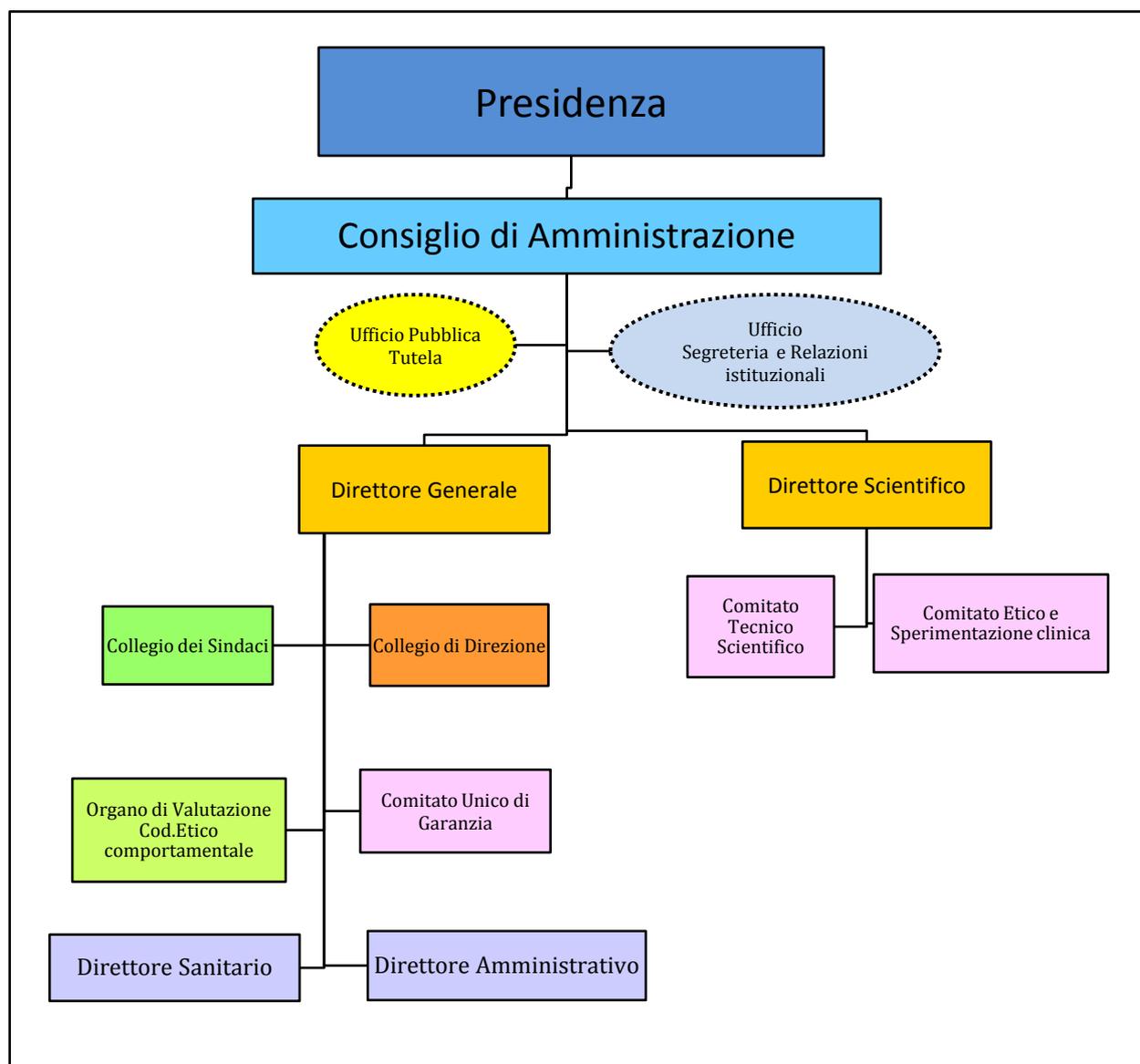
- Dipartimenti gestionali, con Aree omogenee, Unit, UOC, IPC, UOSD, UOS, Servizi, Uffici; con linea continua sono individuati i collegamenti gerarchici con le strutture, mentre con linea tratteggiata sono individuati i collegamenti funzionali di Unit;
- Aree funzionali: in appositi organigrammi sono individuate le integrazioni e coordinamenti per target di pazienti (emergenza urgenza, pediatria, malattie rare) o comunque di coordinamento.

## 2.11. Il POA di Fondazione: la Presidenza, le Direzioni Generale, Scientifica, Amministrativa e Sanitaria

### 2.11.1. Articolazione della Fondazione e Organi Statutari

Consiglio di Amministrazione, Presidente, Collegio Sindacale e Direzione Strategica costituiscono gli organismi statutari; rispetto al precedente POA, e in linea con quanto previsto da recente disposizione statutaria, afferra al Presidente un ufficio di Segreteria strutturato.

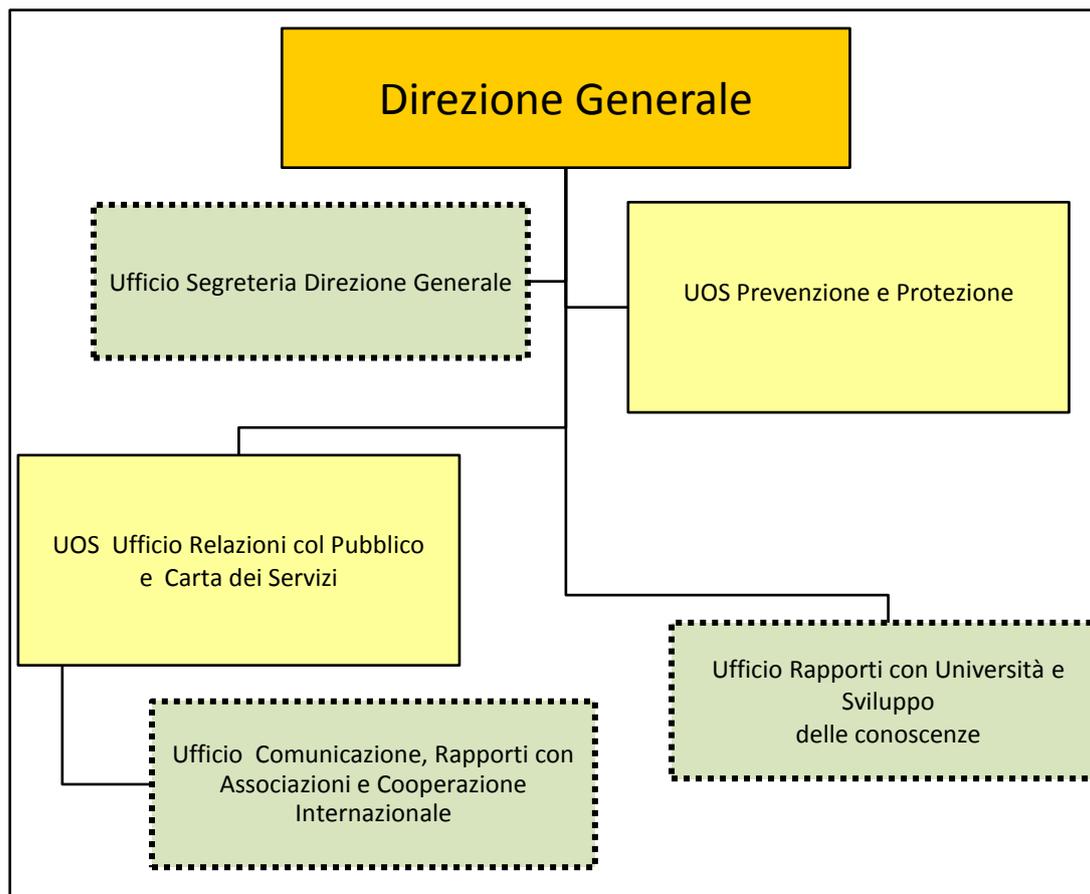
L'Ufficio di Pubblica Tutela, il cui responsabile è per norma persona non dipendente dalla Fondazione, viene assegnato alla Presidenza. Pur tuttavia, la Direzione Generale è tenuta, tramite l'URP, a fornire il supporto amministrativo.



### 2.11.2 Direzione Generale

Costituisce, insieme alla Direzione Scientifica, l'apice della Fondazione; alla Direzione Generale è assegnato un nuovo Ufficio finalizzato a sistematizzare i rapporti con l'Università, di cui la Fondazione è il polo centrale, e sviluppare la sperimentazione avviata nel 2011.

L'URP viene sviluppato in UOS, con un Ufficio strutturato per la comunicazione, i rapporti con le associazioni e la cooperazione internazionale.



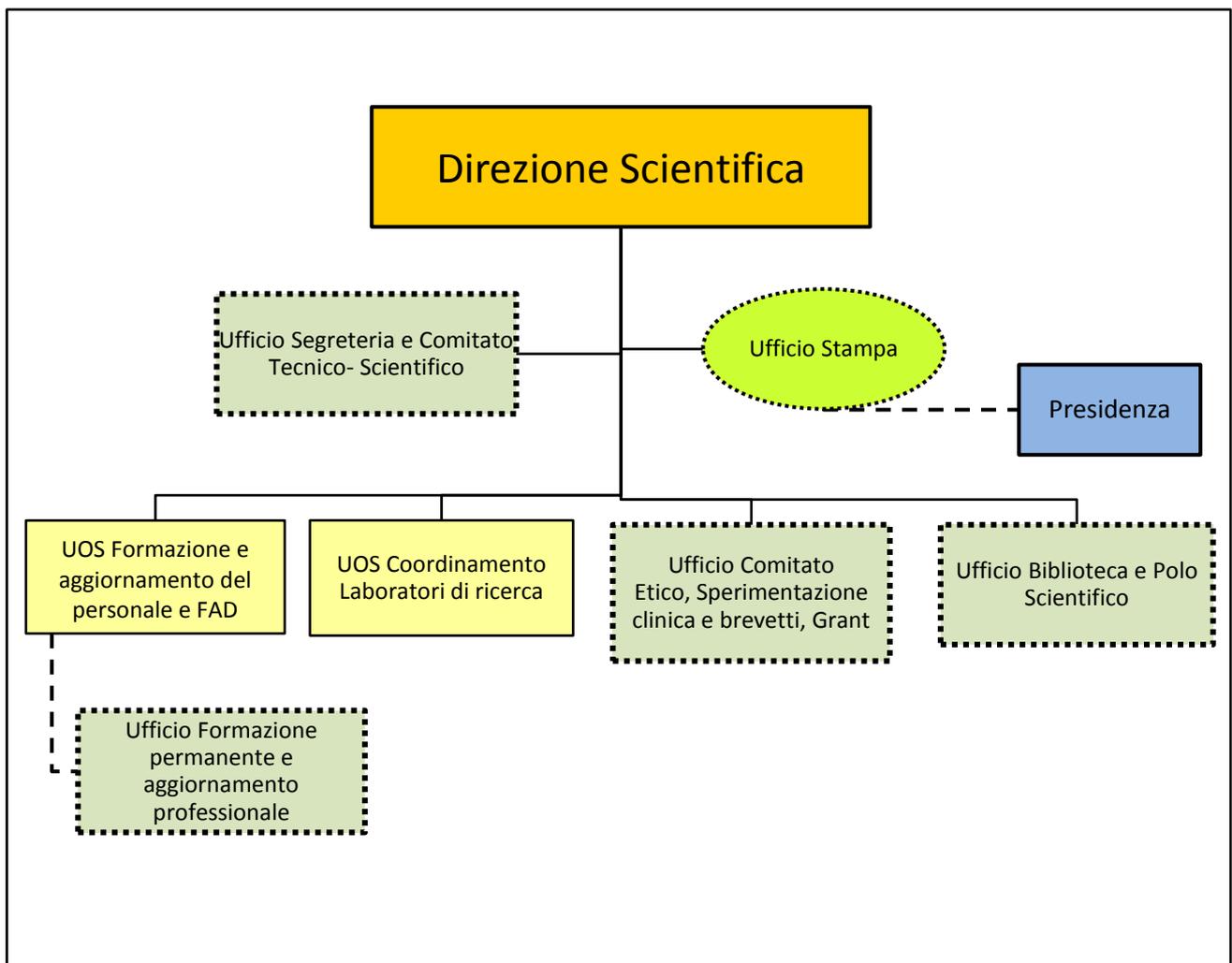
### 2.11.3 Direzione Scientifica

La Direzione Scientifica, benché trasversale e con competenza su tutte le UUOO cliniche, è stata maggiormente strutturata con nuovi Uffici; la UOC Terapia Cellulare e Criobiologia, inizialmente assegnata, dipende ora solo funzionalmente, rimanendo strutturalmente nell'Area Ematologica - trasfusionale. Viene invece inserita una nuova UOS per il coordinamento dei laboratori di ricerca.

Nel processo di razionalizzazione la Fondazione, attraverso la UOS Formazione e aggiornamento del personale e FAD, si è candidata a punto di riferimento milanese per la formazione in materia di sicurezza sul lavoro e per il personale delle nuove professioni sanitarie. Il Responsabile dell'Ufficio Formazione permanente e aggiornamento professionale dipende gerarchicamente dalla UOC Organizzazione e integrazione delle risorse - SITRA e funzionalmente dal Responsabile della UOS Formazione e aggiornamento del personale e FAD.

Alla Direzione Scientifica vengono confermate le funzioni relative ai complessivi processi di reclutamento e contratto relativi a borse di pertinenza della stessa Direzione.

Nell'ambito delle attività interaziendali, come già accennato in precedenza, assume un ruolo strategico per rilevanza scientifica la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Sacco e la relativa Unità operativa di Farmacologia Clinica.



#### **2.11.4. Direzione Amministrativa**

Per quanto riguarda l'attività amministrativa la Direzione intende fortemente implementare i principi della semplificazione, dematerializzazione, adeguamento di sistemi informativi e rete informatica, il tutto in una logica di effettivo e reale supporto agli operatori nelle attività assistenziali e di ricerca.

La semplificazione è rivolta in primo luogo al cittadino, nella richiesta di documentazione e nell'accesso alle prestazioni ambulatoriali, e agli operatori nella disponibilità di strumenti agevoli per la presa in carico dei pazienti, la registrazione dei dati clinici, la refertazione (la consultazione è ormai elemento imprescindibile, ma spesso disatteso).

La dematerializzazione è irrinunciabile, soprattutto nelle comunicazioni interne, che sono la maggior parte dello scambio di informazioni: le tecnologie di base sono già da ora sufficienti ad eliminare documentazione cartacea e a sviluppare sistemi di archiviazione moderni, che facilitano poi il recupero di dati.

Ancora: il reclutamento delle risorse umane, la definizione dei fabbisogni di personale nel rispetto dei requisiti di accreditamento ma anche dei carichi di lavoro effettivi, la valorizzazione delle nuove figure professionali, il rapporto con le Organizzazioni Sindacali, volto non solo alla negoziazione: tutto ciò fa di quest'area amministrativa uno dei nodi strategici della Fondazione, che andrà dunque opportunamente valorizzato.

Considerando la realizzazione del nuovo Ospedale e le modalità scelte per la sua realizzazione, ribadite dal CDA e che confermano nella Fondazione il ruolo di stazione appaltante, è chiara la necessità di potenziare la UO Funzioni Tecniche che, anche in relazione alla necessità di integrazione con altre UO amministrative, dovrebbe essere riletta in chiave dipartimentale, come si dirà poi, compatibilmente con le indicazioni regionali.

Inoltre, pur considerando queste ultime, per motivi funzionali all'attività della Fondazione si ritiene di mantenere l'Unità Operativa Ingegneria Clinica in capo alla Direzione Amministrativa, e non a quella Sanitaria, segnalando comunque l'importanza del ruolo della citata UOC, tanto da prevedere sue articolazioni organizzative, a supporto della Direzione Aziendale.

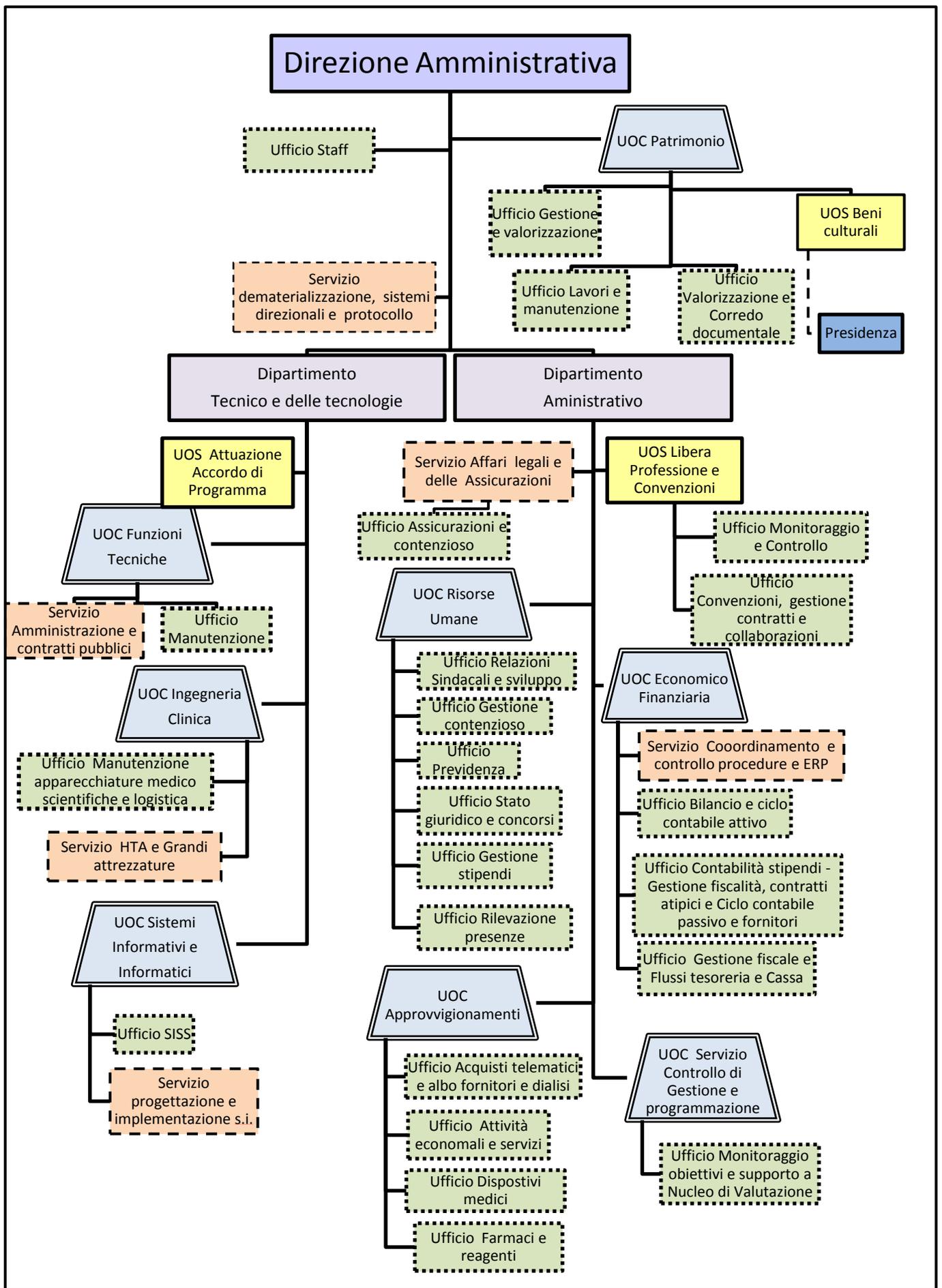
Con la finalità di favorire l'integrazione tra le Unità Operative e i Servizi amministrativi, vengono costituiti due Dipartimenti: l'uno Tecnico e delle tecnologie, l'altro Amministrativo; inoltre viene data una maggior articolazione alle diverse UOC, di fatto già esistente, e contestualmente viene riassorbita l'UOC Progetti Speciali.

Le materie trattate dall'Ufficio Spedalità vengono poste in capo alla UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio.

Nella logica dei progetti di razionalizzazione nell'ambito delle strutture sanitarie milanesi, è prevista una collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Sacco per quanto riguarda l'Ufficio Legale.

La UOC Patrimonio viene mantenuta in staff alla Direzione Amministrativa in quanto esercita attività strategiche non direttamente correlate alla mission assistenziale della Fondazione; ad essa vengono aggregati il Servizio Beni culturali, che evolve in UOS, e due posizioni organizzative già esistenti.

Inoltre, in considerazione del carico di lavoro ordinario e soprattutto dei progetti in materia di valorizzazione che dovranno essere implementati al fine di garantire la realizzazione del nuovo ospedale, la UOC viene potenziata e maggiormente articolata con l'Ufficio Valorizzazione e Corredo documentale.



### 2.11.5. Direzione Sanitaria

In linea alla Direzione Sanitaria aziendale, che mantiene la sua strutturazione, oltre al servizio di staff vi sono 4 Unità operative. La UO Direzione sanitaria di presidio viene trasformata in UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio. Questa Unità, mantenendo le funzioni tipiche di Direzione Sanitaria di Presidio, coordina anche dal punto di vista operativo le attività dei dipartimenti clinici su disposizione ed in stretto rapporto con la Direzione Strategica. A questa unità operativa è prevista l'attribuzione dell'Ufficio Spedalità, convertito in UOS, in forza dello stretto rapporto con le attività cliniche. Ancora: la funzione dell'accreditamento, tipica della Direzione Sanitaria di Presidio, è assegnata ad essa e non più alla UOC di Qualità, Appropriatezza, Risk Management e Privacy.

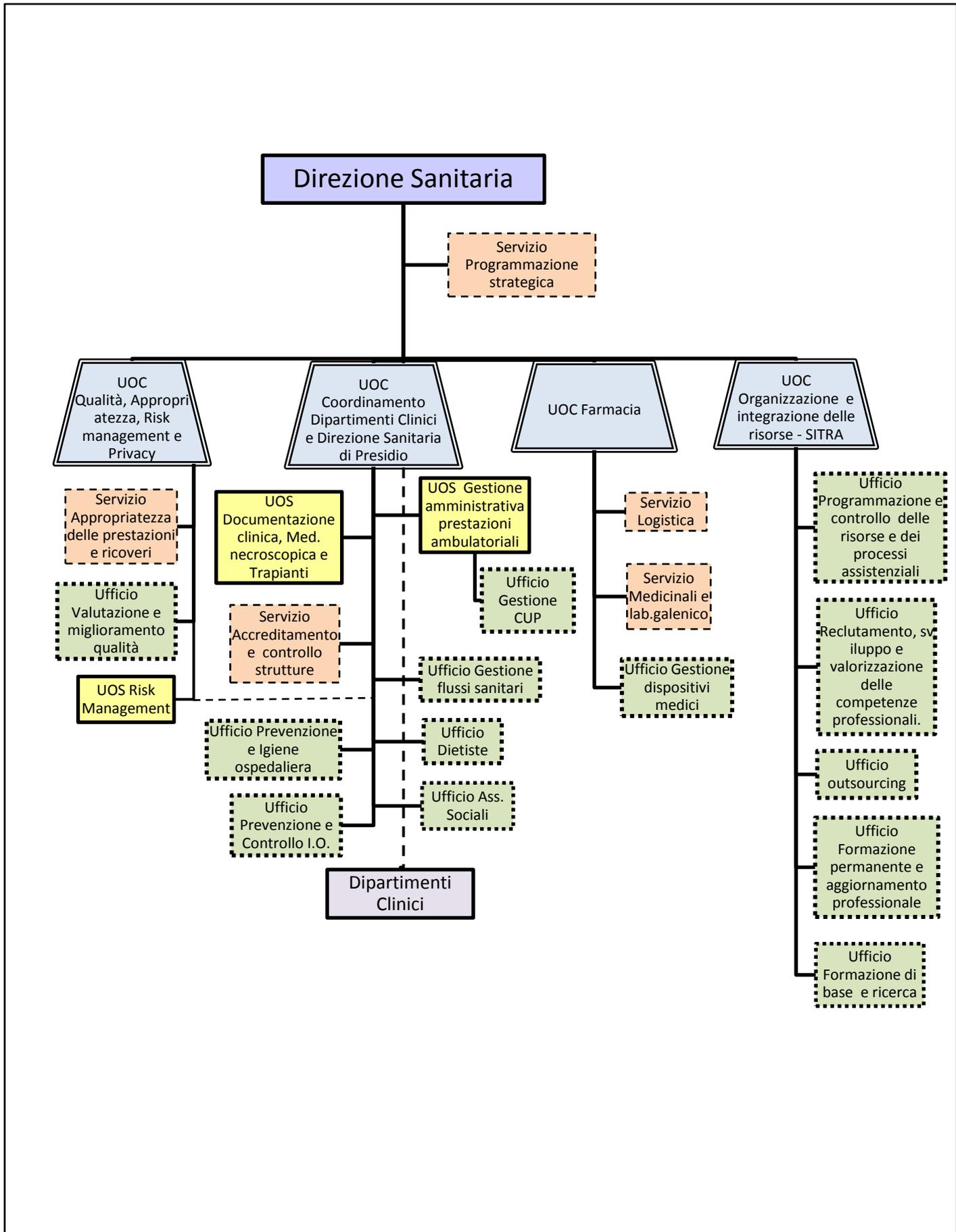
Un tema centrale è quello della privacy, rispetto alla quale vi è spesso la percezione di un eccesso di vincoli più che della tutela individuale; anche su questo la Fondazione è in grado di porsi come interlocutore privilegiato di organismi di garanzia, per superare rigidità pur mantenendo i necessari vincoli, e tale tematica viene confermata alla UOC Qualità, Appropriatezza, Risk Management e Privacy.

Il SITRA viene trasformato in UOC, data la complessità degli interventi. L'integrazione delle risorse sarà svolta con dirigenti delle professioni sanitarie operanti presso i Dipartimenti clinici, che dipenderanno funzionalmente dagli stessi e gerarchicamente dal SITRA.

Stante infatti la necessità di ridurre le Unità Operative Complesse e viste comunque le note dei rappresentanti di talune categorie circa l'istituzione di incarichi dirigenziali per ciascuna specifica area professionale, si sono individuate posizioni dirigenziali da porre prevalentemente in staff con i Dipartimenti clinici per operatori delle nuove professioni sanitarie di cui alla legge n. 42/99 e s.m.i.. I dirigenti delle professioni sanitarie a livello dipartimentale potranno essere coadiuvati da posizioni organizzative di area che saranno individuate in relazione alla particolare complessità delle condizioni assistenziali, alla numerosità del personale afferente o alla specificità dei profili professionali coinvolti.

Inoltre il SITRA organizza e integra le risorse destinate a garantire la formazione di base svolta in convenzione con l'Università per i corsi di laurea delle professioni sanitarie afferenti alla Fondazione, nonché la formazione continua del personale in collaborazione con la Direzione Scientifica.

Infine, come si vedrà poi, afferisce funzionalmente alla Direzione Sanitaria la UOC Coordinamento Trapianti, considerato il ruolo sovra aziendale e sovra regionale delle attività.



## **2.12. Il POA di Fondazione: l'articolazione in Dipartimenti, Aree Omogenee, Unit, UOC, UOSD, UOS, Servizi e Uffici**

Riprendendo quanto già esposto in merito alle aree omogenee, si è predisposta una nuova e diversa articolazione, che parte dal fabbisogno assistenziale e dalla centralità della persona inferma.

In particolare due sono le direttrici con cui si è agito:

- unificare sotto forma di Aree Omogenee le UUOO che, per disciplina e casistica trattata, fossero affini: pur mantenendo in tali casi le strutture complesse con incarichi già assegnati ovvero assegnare un Incarico Professionale Complesso (IPC), si è previsto che vi fosse piena condivisione delle risorse, in termini di posti letto, ambulatori, attrezzature, personale;
- definire Units per le quali, pur in presenza di specializzazioni diverse, in taluni casi anche di area medica e di area chirurgica, fossero comunque attuabili condivisioni: in primis nell'utilizzo dei posti letto e di alcune attività "trasversali" quali le guardie, lasciando invece spazi di autonomia in merito alle risorse, pur se in modo più flessibile che non tra UOC rigidamente divise.

Sono stati dunque individuati Dipartimenti, a loro volta costituiti da più aree, con differenti profili: in alcuni casi per specializzazioni affini (Medicina interna e specializzazioni mediche, Donna, bambino e neonato, Chirurgia, Scienze neurologiche e mentali, Servizi), in altri per unitarietà di percorsi (Units multispecialistiche e dei trapianti, Anestesia, rianimazione ed emergenza e urgenza).

### **2.12.1. Dipartimento di Medicina interna e Specializzazioni mediche**

In relazione alla tipologia di attività sviluppatasi in Fondazione, l'area della medicina interna costituisce, insieme a quella materno infantile, il principale ambito di attività, anche da un punto di vista quantitativo.

Sono i ricoveri in urgenza, principalmente provenienti dal Pronto Soccorso, a costituire, attualmente nell'intera città di Milano, il principale fabbisogno di ricoveri ordinari, diversamente da quanto avviene per le discipline di area medica specialistiche, per le quali sono il DH e l'ambulatoriale a costituire il maggior contesto di attività.

In tal senso è stato dunque costituito un Dipartimento che riunifichi le UOC di Medicina Interna<sup>31</sup> e Geriatria che principalmente si occupano di tali pazienti, cui si affianca l'area delle specializzazioni.

E' evidente che l'area medico-geriatrica prevederà un incremento dei posti letto rispetto alla somma delle UUOO che vi afferiranno, al fine di soddisfare le richieste che oggi sono indirizzate a UOC specialistiche; inoltre alla UO Medicina ad alta intensità di cura non faranno più riferimento le UOS di Pronto Soccorso e Terapia sub intensiva, essendo costituito il Dipartimento gestionale di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Urgenza.

---

<sup>31</sup> Poiché nelle UUOO di Medicina Interna 1, 2 e 3 sono presenti ambiti di attività di area ematologica, si è costituita una UOC nel Dipartimento delle Units multispecialistiche e dei Trapianti, come si vedrà poi.

Per quanto riguarda le attività di Oncologia, va premesso che, non essendo prevista sino al 2008 un'area specifica dedicata, le stesse si sono articolate all'interno delle UUOCC esistenti: l'oncologia ematologica è interamente svolta dalle due UUOO di Ematologia (tanto che col presente POA sono unificate in una nuova UOC denominata appunto Oncoematologia); l'oncologia in ambito epatologico viene realizzata autonomamente dalla UO di Gastroenterologia 1; le attività direttamente svolte dall'attuale UOC di Oncologia sono dunque trasversali a molte Unità Operative, con particolare riguardo a quelle di Chirurgia Senologica e Toracica.

Ciò giustifica anche la configurazione data in Fondazione a tale Unità: inizialmente UOSD, poi dal 2009 UOC con attribuzione della direzione con incarico ex art. 15 septies, quindi senza selezione pubblica e a tempo determinato; senza dotazione di posti letto ordinari, ma con 5 pl di DH, di cui 3 successivamente convertiti in MAC e quindi con prevalente attività di visite ambulatoriali e somministrazione di chemioterapia.

Anche il processo di accreditamento, come UOC di Oncologia autonoma, non è stato intrapreso e l'Unità Operativa è stata dunque mantenuta, come macroattività, all'interno della UOC di Medicina Interna 3.

E' per tali motivi che il presente POA, pur prevedendone il mantenimento come struttura complessa, conferma la reale e attuale situazione esistente, salvaguardando quindi sia le attività finora svolte, ma anche permettendone una maggior evoluzione, collocando la UOC di Oncologia nell'area omogenea di Medicina Interna, includendo anche le attività di ricovero in tale contesto, che sarà accreditato come previsto dalla DGR 9014/2009 come area dipartimentale.

In sintesi dunque tale UO opererà in modo trasversale a supporto delle diverse strutture che non siano già autonome, fermo restando che si realizzi l'auspicato ridisegno della rete assistenziale dell'ASL di Milano e dell'intera regione, con il riconoscimento dell'evidente centralità dell'Istituto Nazionale Tumori, con cui andrà ulteriormente sviluppata, anche da parte della Fondazione, una stretta collaborazione, il tutto per evitare ulteriori duplicazioni e sovrapposizioni, con tutti gli inconvenienti e le diseconomie che ne derivano.

La UOC di Allergologia e Immunologia viene aggregata a tale area, in quanto già operante in stretta sinergia con le UOC di Medicina Interna 2 e 3; l'UOS di Allergologia occupazionale e ambientale collabora con l'UOC Allergologia e immunologia per le attività affini.

L'UOC Medicina Interna mantiene un collegamento funzionale con la Blood Unit, in virtù delle specifiche competenze sviluppate per talassemia e drepanocitosi, mentre la UOC Medicina Interna ad indirizzo metabolico ha un collegamento con la Liver Unit, per le competenze in materia di epatopatie di natura metabolica.

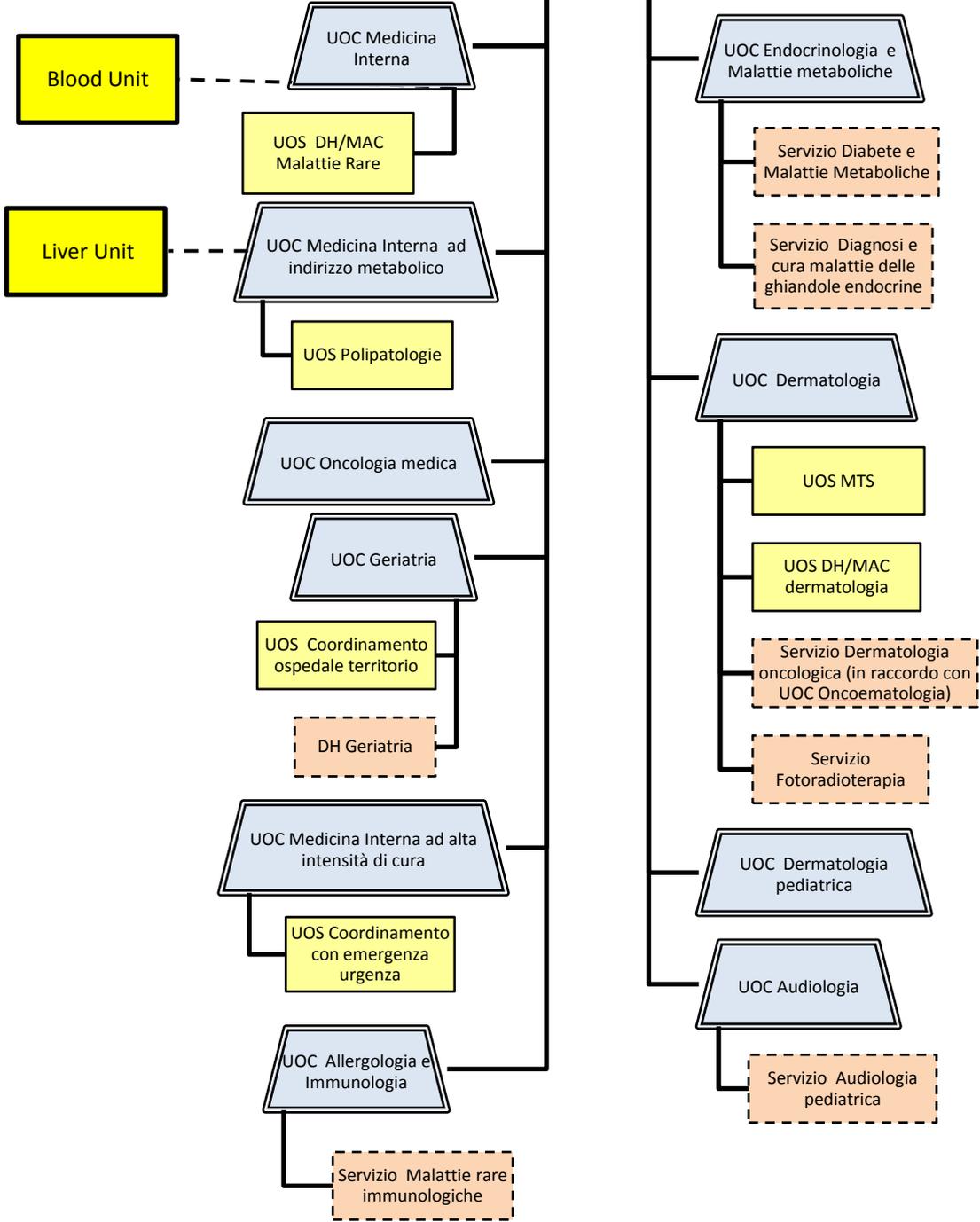
Infine, nell'Area di Medicina specialistica viene costituita una nuova Unità operativa di Dermatologia Pediatrica in relazione alla peculiarità delle attività storicamente svolte in via Pace e al fine di rispondere alle necessità dell'età pediatrica su scala milanese e lombarda.

Dipartimento di Medicina interna e Specializzazioni mediche

Referente area dipartimentale

Area di Medicina Interna e Geriatria

Area di Medicina Specialistica



## 2.12.2. Dipartimento di Neuroscienze e Salute mentale

In relazione allo sviluppo della attività neurologiche e mentali e stante le indicazioni regionali circa l'articolazione dei Dipartimenti in almeno 4 UOC, il Dipartimento di Psichiatria viene inserito nel suddetto Dipartimento nel quale figurano le altre UUOCC di area neurologica e neuropsichiatrica.

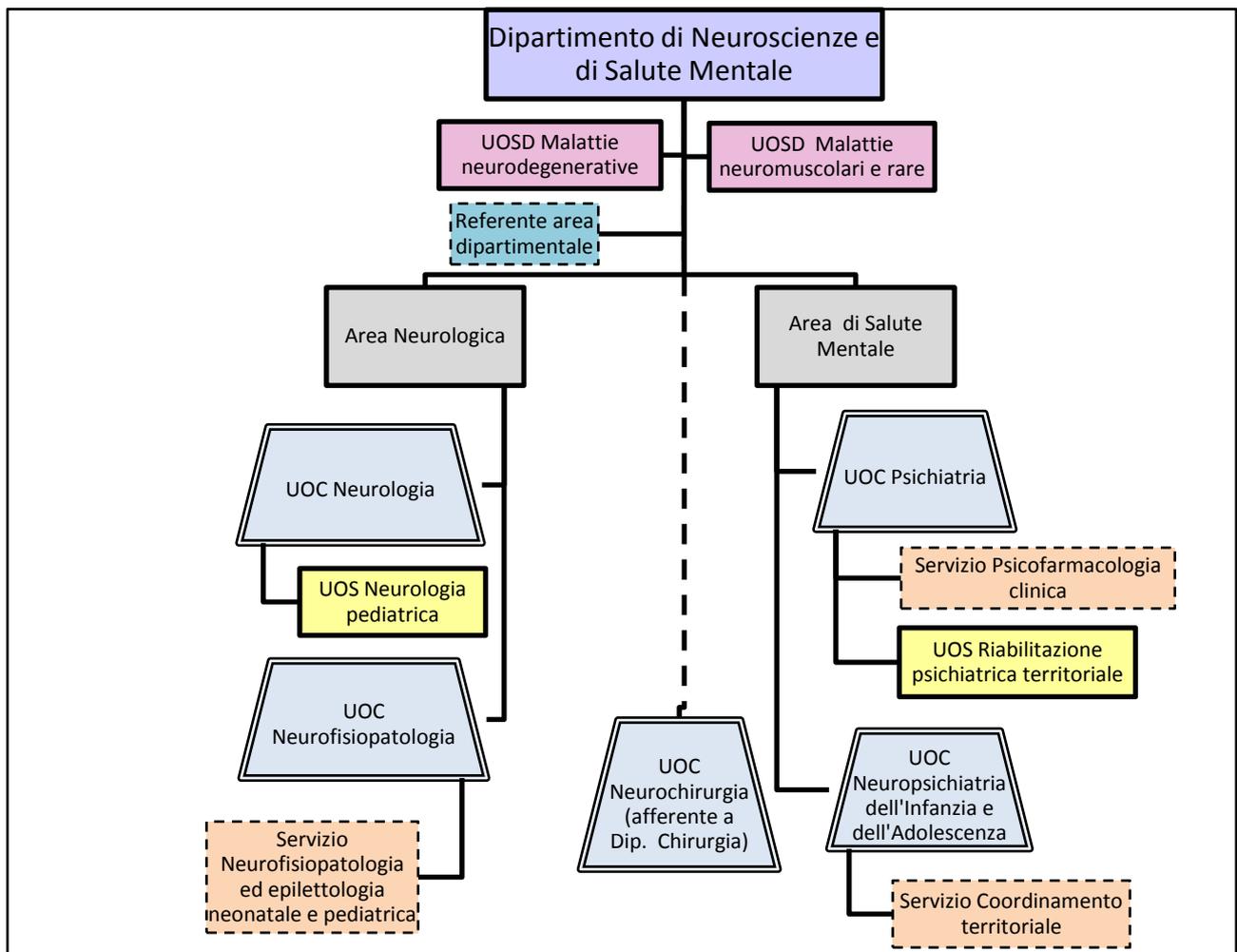
La UOC di Neurochirurgia, pur avendo anch'essa aree di condivisione, afferisce al Dipartimento Scienze Chirurgiche ma sviluppa con questo Dipartimento collegamenti funzionali.

L'Unità di Neurofisiopatologia figurava come UOSD nel POA 2008 anche in ragione del fatto di non avere degenza; tuttavia la UO è stata accreditata come UOC e figura come tale nel database regionale, pur essendo l'incarico di struttura complessa assegnato ex art. 15-septies. Si può inoltre ritenere che la specializzazione abbia ragion d'essere pur mantenendosi nell'area neurologica e quindi condividendo interamente le risorse, la programmazione, le linee di sviluppo.

Nel Dipartimento vengono inoltre individuate due UOSD per evoluzione di altrettante UOS, entrambe strategiche e la cui valenza è altamente specialistica; è tuttavia inteso che vi è condivisione completa di risorse nell'area neurologica.

All'area della Salute Mentale afferirà l'UOC di Neuropsichiatria Infantile, in ragione delle correlazioni e integrazioni già in atto, per la fase di transizione e i disturbi in età adolescenziale, che comunque continuerà ad operare funzionalmente anche con il Dipartimento della Donna, del Bambino e del Neonato.

Per quanto concerne l'attività di psichiatria, nel rispetto delle competenze delle singole Aree, sono previste riunioni specifiche di coordinamento a cura del responsabile di Area, i cui esiti dovranno essere sottoposti per approvazione al Consiglio di Dipartimento.



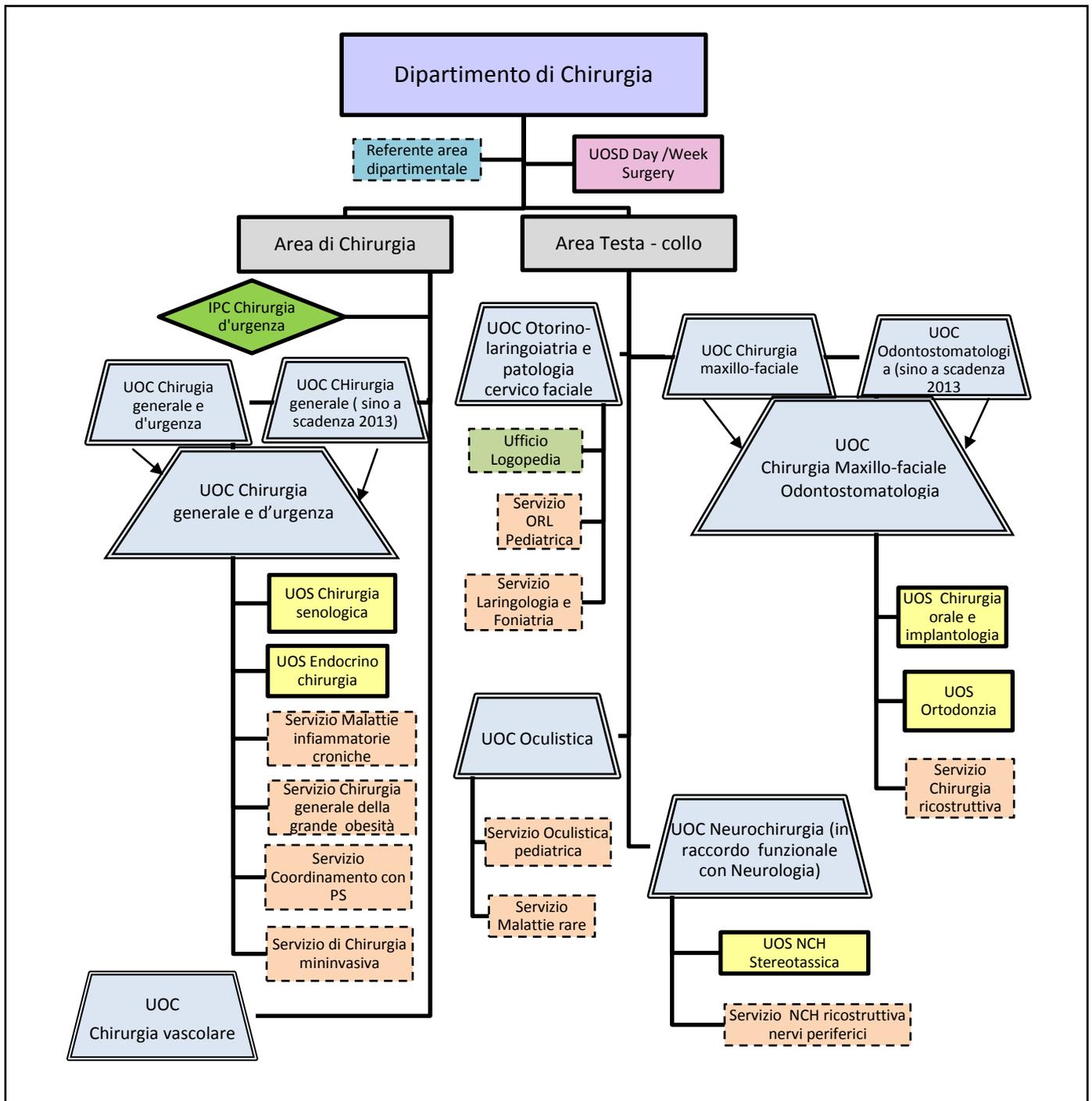
### 2.12.3. Dipartimento di Chirurgia

Il Dipartimento presenta una nuova configurazione, riconducendo nel medesimo ambito le UOC chirurgiche precedentemente suddivise in due Dipartimenti, ma spostando nel Dipartimento di cui si dirà in seguito le UUOO dei Trapianti (Rene, Polmone, Fegato).

Vengono individuate due Aree omogenee: una di Chirurgia generale e l'altra Testa-collo.

La UOSD di Chirurgia Senologica viene convertita in UOS, non avendo valenza dipartimentale, e mantiene un collegamento funzionale con l'area ostetrico-ginecologica, ove peraltro ha già sede e continuerà ad avere operatività e raccordo funzionale.

La UOC di Odontoiatria e Stomatologia viene assorbita dal 1/11/2013, data di cessazione dal servizio del titolare, dalla UOC Maxillo-faciale, sia per l'affinità della disciplina, sia per la possibilità di integrazione in ambito chirurgico specialistico.



#### **2.12.4. Dipartimento delle Units multispecialistiche e dei trapianti**

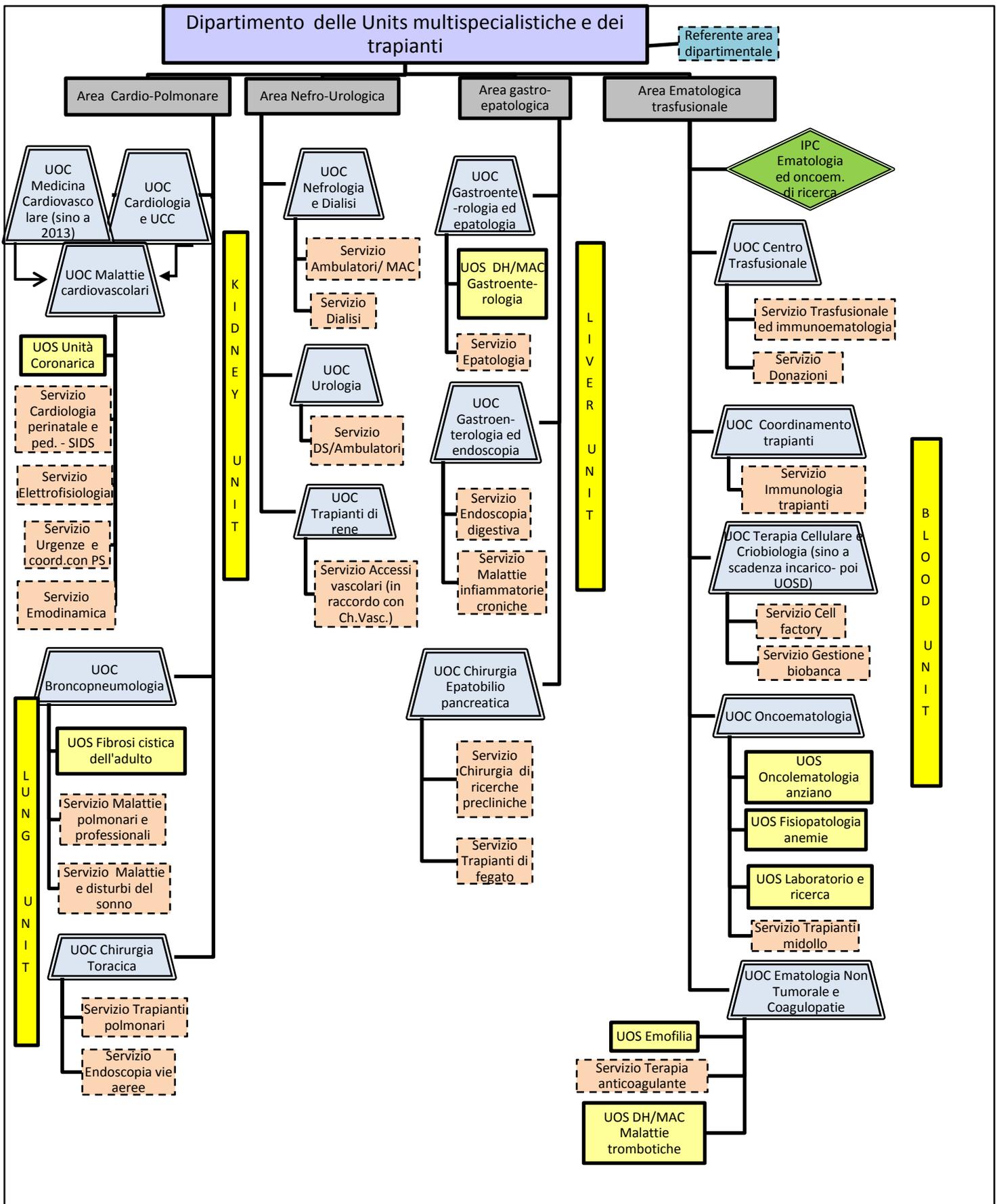
Questo Dipartimento costituisce una struttura organizzativa che esplicita il significato di Units, costruita intorno al percorso del paziente, che necessita di diverse specializzazioni che, nelle quattro aree previste, ruotano intorno alla persona. Le Unit condividono posti letto, attribuiti sulla base delle priorità cliniche dei pazienti, prevedono equipe infermieristiche appositamente formate, richiedono guardie mediche articolate con guardia attiva-reperibilità.

Per quanto riguarda l'area Cardiopolmonare, viene confermata l'unificazione delle due UOC di Cardiologia, data la soppressione della UOC Medicina ad Indirizzo cardiovascolare prevista entro il 2013; nell'ambito di tale area troviamo la Lung Unit, costituita da UOC di Broncopneumologia e Chirurgia Toracica, cui si collegano funzionalmente l'IPC Patologia Polmonare - Lung Unit e la UOS Rianimazione e Terapia intensiva dei Trapianti e Units. Per l'UOC di Broncopneumologia viene attivata una integrazione/collaborazione con la UOC Protezione e promozione salute dei lavoratori, in virtù del fatto che questa ha mantenuto negli anni una propria attività clinica per la diagnosi delle malattie professionali (in particolare dell'apparato respiratorio), sviluppando particolari competenze nella fisiopatologia respiratoria. Tra le due UOC sarà quindi realizzata una piena integrazione delle attività di ricovero presso la Broncopneumologia ed una collaborazione stretta e coordinata per le attività di fisiopatologia respiratoria. Inoltre è inteso che i due Servizi della UOC di Chirurgia Toracica, in relazione alla strettissima condivisione di attività con la UOC di Broncopneumologia, avranno con quest'ultima una dipendenza congiunta.

L'Area Epatogastroenterologica riunisce UOC mediche e una chirurgica: le due UOC Gastroenterologiche si mantengono tali ma condividono le risorse e le UOS/Servizi. Inoltre la presenza nell'area della UOC Chirurgia e dei Trapianti di fegato, in raccordo con la Gastroenterologia 1, realizza strutturalmente la Liver Unit, cui si collegano funzionalmente la UOC Medicina interna ad indirizzo metabolico e il Servizio Epatologia - Liver unit.

L'Area Nefrourologica pone le due UOC chirurgiche in piena condivisione delle risorse, pur con il mantenimento delle ovvie specificità sviluppate anche dai singoli professionisti; con la UOC di Nefrologia e Dialisi sarà invece condiviso il percorso del paziente trapiantato, nella costituenda Kidney Unit.

Infine l'area Ematologica è quella che viene maggiormente strutturata, riconducendo ad un unico ambito le diverse specialità e professionalità presenti: Oncoematologia, con la UOC e l'IPC, che si collocano sul medesimo livello gerarchico e condividono le risorse, comprese le due UOS (in particolare quella di Oncoematologia dell'anziano, prima attiva nella UOC Medicina Interna 3); Ematologia Non Tumorale e Coagulopatie (che comprende parte delle competenze provenienti dalla UOC Medicina Interna 2). Nell'Area costituisce una parte rilevante la componente trasfusionale e dei trapianti, salvaguardando in tal modo l'unitarietà delle tre UO di Medicina rigenerativa. In particolare il Centro Trasfusionale con i relativi Servizi diventa unico e si candida a Dipartimento interaziendale; la scelta di includere tale UOC nell'area ematologica, e non in quella dei Servizi, deriva dall'affinità degli specialisti e quindi dall'opportunità di garantire loro anche lo svolgimento di attività clinica e non solo di valutazione di idoneità dei donatori o di laboratorio. La UOC Terapia Cellulare e Criobiologia, inizialmente aggregata alla Direzione Scientifica, mantiene con questa un collegamento funzionale ma prosegue nella gestione congiunta con le altre due UO del Dipartimento di medicina rigenerativa; l'UO manterrà la complessità sino a scadenza dell'incarico del titolare con successiva conversione in UOSD. La UOC Coordinamento trapianti, arricchita del Servizio di Immunoematologia che si raccorderà con il Laboratorio Centrale, sviluppa un collegamento funzionale con la Direzione Sanitaria; la copertura definitiva dell'incarico di Struttura complessa avverrà successivamente alla conversione della precedente UOC. Con la UOC Medicina Interna e la UOSD Laboratorio di Ematologia si realizza un collegamento funzionale configurando così la Blood Unit.



**COLLEGAMENTI EXTRADIPARTIMENTALI UNIT**

1. Lung Unit: IPC Patologie polmonari-Lung UNIT (Anatomia Patologica); Servizio supporto Lung Unit (Anestesia e rianimazione) Fibrosi cistica pediatrica
2. Kidney Unit: Urologia Pediatrica, Nefrologia e Dialisi pediatrica
3. Liver Unit: Medicina interna ad indirizzo metabolico; Epatologia pediatrica, Epatologia-liver unit (Anatomia Patologica)
4. Blood Unit: Medicina Interna, UOSD Laboratorio di Ematologia (Laboratorio centrale)

## **2.12.5. Dipartimento della Donna, del Bambino e del Neonato**

Questo Dipartimento essendo già nel precedente POA configurato come tale, con due aree omogenee, viene sostanzialmente mantenuto nella sua strutturazione.

Per quanto riguarda l'Area Ostetrico Ginecologica si è ritenuto, in linea con le indicazioni regionali, di individuare una UOC di Ostetricia e una UOC di Ginecologia, ferma restando, nel segno della continuità, la permanenza delle condizioni attuali di piena condivisione delle risorse.

Per l'Area Neonatologica e Pediatrica si prevede la suddivisione delle attività assistenziali secondo la logica dell'intensità di cura e della condivisione dei letti tra le varie specialità, modalità già consolidata in Neonatologia e che sarà introdotta anche in Pediatria.

A tal fine vengono istituite la UOSD Pediatria ad alta intensità di cura e la UOC Pediatria a media intensità di cura (con annesse le UOS Reumatologia e Immunologia e il Servizio Epatologia e nutrizione).

Vengono confermate la UOC Nefrologia e Dialisi Pediatrica e la UOC Fibrosi Cistica Pediatrica, che utilizzeranno, per le attività di degenza, i letti ad alta intensità o media intensità, che dovranno essere impiegati anche per tutti i pazienti in età pediatrica che necessitano di ricovero in Fondazione.

Tutte le equipe mediche partecipano sia alle attività di degenza e guardie che all'attività di PS. Considerando che la moderna pediatria è orientata alle polispecialità, il modello organizzativo che si intende adottare è quello di portare al letto del bambino, in aree attrezzate e organizzate per livello di intensità, gli specialisti d'organo e apparato, che devono quotidianamente interagire, sia clinicamente sia culturalmente, in stretta collaborazione.

A tal fine afferiscono funzionalmente, come si vedrà più avanti negli organigrammi funzionali, all'Area Neonatologica e Pediatrica tutte le competenze polispecialistiche extradipartimentali attualmente presenti (neurologia pediatrica, chirurgia plastica pediatrica, audiologia pediatrica, neurofisiopatologia pediatrica, neuroradiologia pediatrica, oculistica pediatrica, otorinolaringoiatria pediatrica, chirurgia maxillo-faciale pediatrica, ortopedia pediatrica, cardiologia pediatrica, ecc.), nonché la UOC Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, la UOC Dermatologia Pediatrica e la Terapia intensiva.

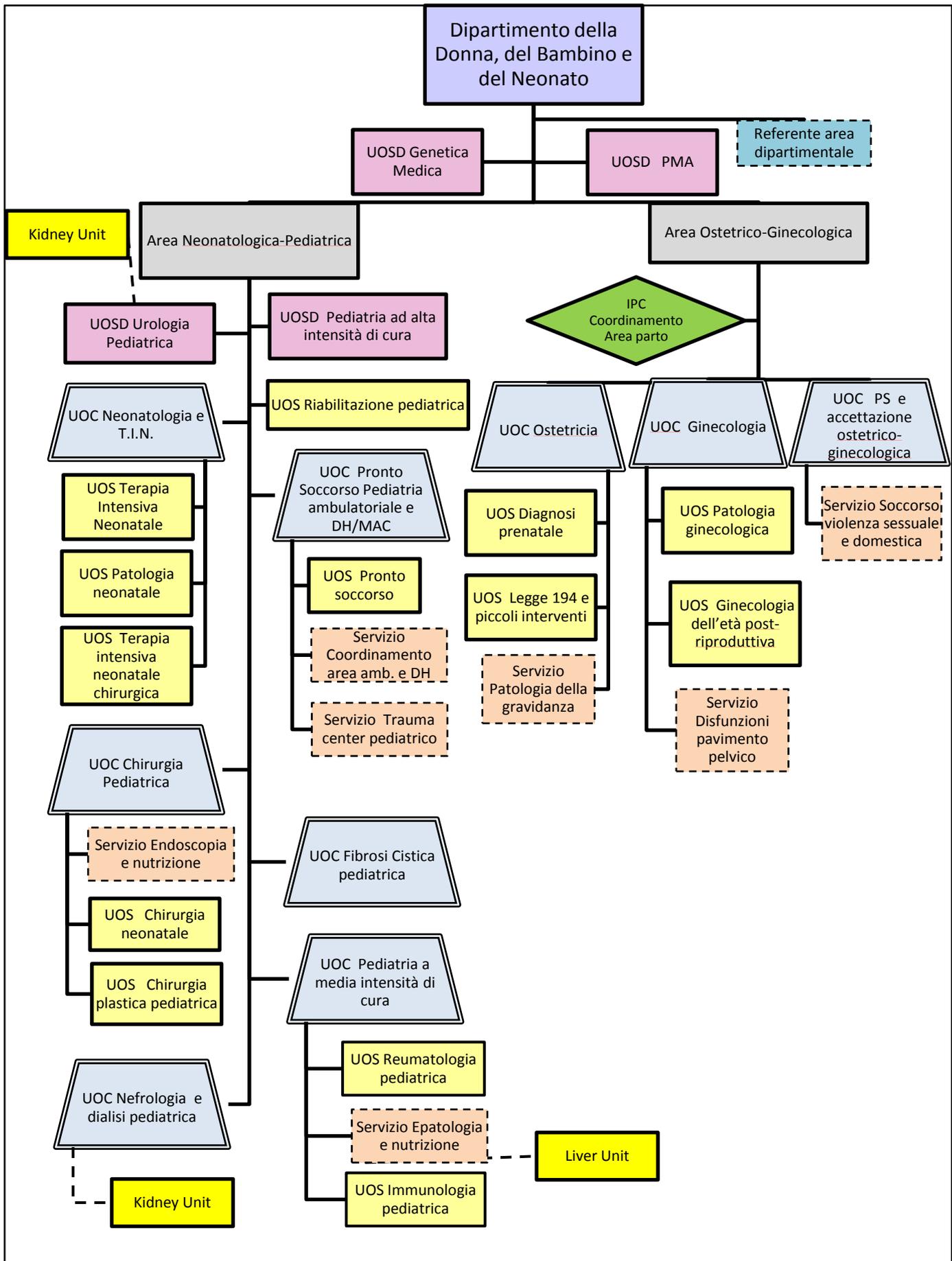
Viene confermata la UOC di Pronto Soccorso Pediatrico, con numero congruo di posti letto di osservazione breve (OBI) e Trauma Center. Alla suddetta UOC afferiscono anche le attività di MAC e ambulatoriali generali e specialistiche, con un Servizio dedicato, al fine di ottimizzare anche le attività di pronto soccorso che non richiedono ricovero e la collaborazione con i servizi pediatrici territoriali; la medesima UOC viene articolata con una UOS di Pronto Soccorso.

Stante il nuovo modello organizzativo, al fine di evitare inconvenienti, è comunque previsto un periodo sperimentale della durata di un anno, al termine del quale saranno necessarie opportune valutazioni, oltre che eventuali rotazioni o riadeguamento tra i diversi responsabili e strutture.

Inoltre, ed anche nell'ottica di eventuali indirizzi nazionali e regionali, saranno da considerarsi altre ipotesi organizzative.

Viene altresì confermata la UOC Chirurgia Pediatrica con la UOS Chirurgia Neonatale, che, proprio per lo sviluppo delle attività chirurgiche neonatali, viene integrata dalla UOS Terapia Intensiva Neonatale Chirurgica, che si affianca alle UOS neonatologiche già previste dal POA precedente.

Oltre alla confermata UOSD di Urologia Pediatrica, si istituisce un Servizio Endoscopia e nutrizione, trasversale all'ambito neonatologico, pediatrico e chirurgico, per affrontare in modo multidisciplinare e integrato le frequenti problematiche nutrizionali connesse al neonato e al bambino.



## **2.12.6. Dipartimento di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Urgenza**

Presenti nel precedente POA come Dipartimento funzionale di Emergenza Urgenza e come Dipartimento gestionale di Anestesia e Rianimazione, se ne prevede ora l'istituzione come struttura dipartimentale gestionale, con le seguenti motivazioni:

- Anestesia e Rianimazione sono discipline intrinsecamente dipartimentali, in quanto scomponibili in attività differenti malgrado la loro radice comune e parte integrante del percorso terapeutico che interessa le più svariate discipline, sia mediche che chirurgiche che di specialità;
- l'Emergenza/Urgenza medica e chirurgica/traumatologica hanno nell'attività di PS la principale espressione in ambito ospedaliero.

La scelta di accorpare in un solo dipartimento l'attività di Emergenza/Urgenza e quella di Anestesia/Rianimazione riflette dunque la volontà di istituire un dipartimento che coordini strettamente il percorso dei malati in pronto soccorso, da codice bianco a codice rosso, e che estenda la sua attività collaborando funzionalmente al trattamento dei malati critici in tutto l'ospedale.

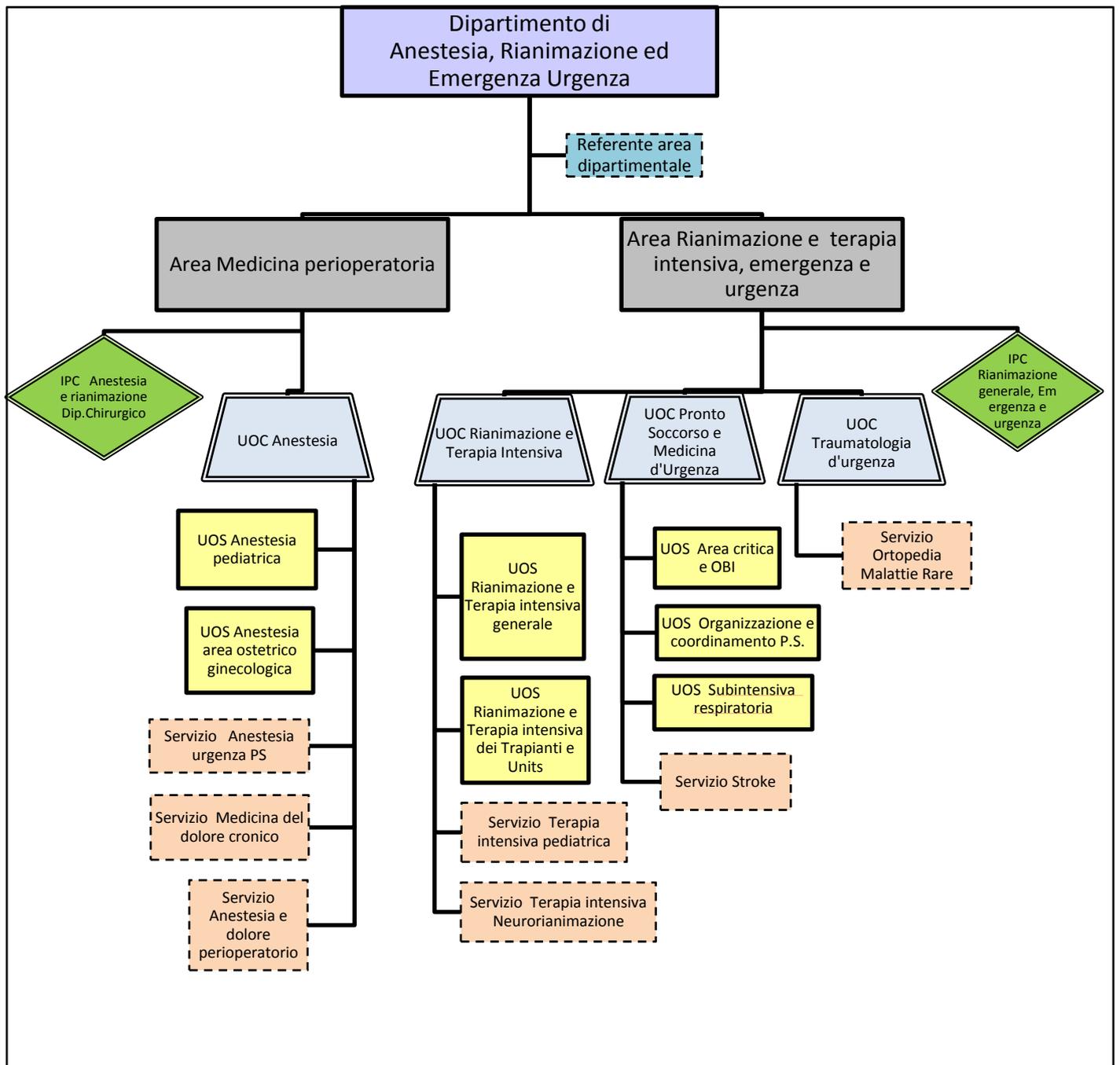
Allo stato attuale l'attività di Anestesia e Rianimazione è sostanzialmente suddivisa fra Materno-Infantile ed Adulto e in ciascuno dei due rami sono rappresentate le medesime componenti: Anestesia, nelle sue varie branche, e Rianimazione, riflettendo ciò la storia pregressa della Fondazione più che una scelta organizzativa.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso l'attuale assetto è anch'esso frutto della tradizione del Policlinico; in esso ruotano dunque équipes di due Unità Operative, Medicina d'Urgenza e Chirurgia d'Urgenza, che effettuano anche attività di ricovero e ambulatoriale, pur con lo sviluppo di competenze specifiche dell'area di emergenza e urgenza.

La proposta è dunque di andare verso lo sviluppo di due aree correlate, una di Medicina Perioperatoria e l'altra di Emergenza-urgenza, Rianimazione e Terapia intensiva.

E' tuttavia evidente che tale evoluzione richiede da una parte modifiche di carattere logistico - in primis il completamento del nuovo Padiglione Guardia, in secondo luogo il ridisegno dell'Area omogenea di Chirurgia e quindi dei padiglioni a diversa intensità di cura - dall'altra un processo di integrazione tra le diverse equipe che operano in modo autonomo tra loro in Pronto Soccorso.

Per raggiungere l'obiettivo finale (a nuovo Ospedale operante) saranno approntati specifici protocolli di lavoro e modalità di interazione tra i Responsabili di UOC, ICP, UOS con l'obiettivo di raggiungere entro il triennio l'assetto disegnato, come pure sarà ulteriormente definita la configurazione della UOC Pronto Soccorso, anche relativamente al contributo di risorse di provenienza dalle UOC esistenti e alle relazioni con le Unità di degenza.



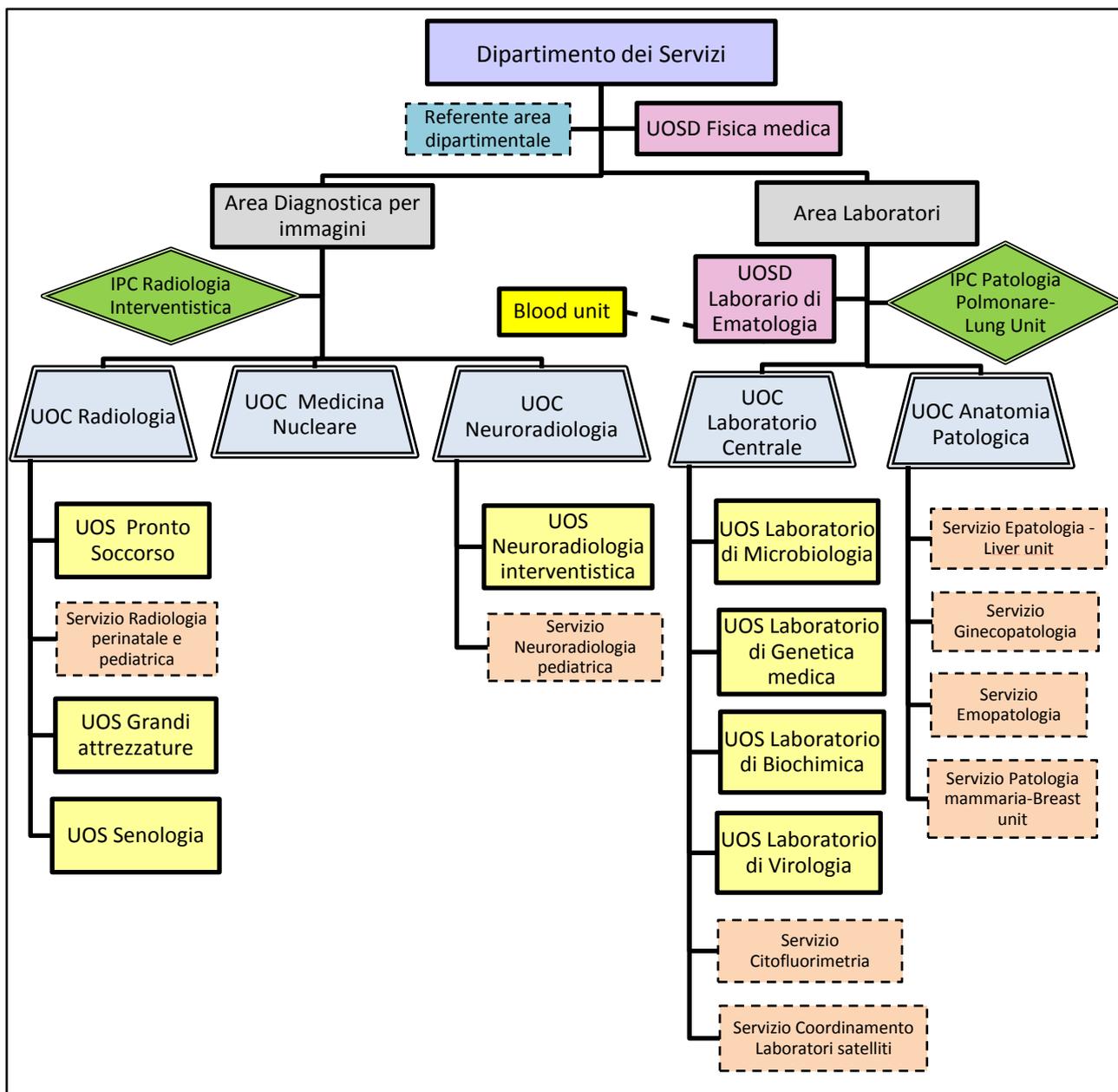
### 2.12.7. Dipartimento dei Servizi

Questo Dipartimento viene riproposto senza sostanziali innovazioni, se non lo spostamento in esso della Neuroradiologia e l'individuazione di due aree, peraltro rispondenti anche al percorso condotto nel 2011, nella ricerca di coordinamento e maggior integrazione per le aree di sovrapposizione.

La UOSD Fisica Medica, precedentemente UOC ma con Responsabile facente funzioni, fa da riferimento anche per i Dirigenti Fisici che operano funzionalmente nella Medicina Nucleare. A tal fine sarà predisposto specifico protocollo volto ad evitare incomprensioni e inconvenienti.

Viene inoltre prevista una UOS Neuroradiologia interventistica, per la valenza qualitativa e l'integrazione con l'area dell'emergenza urgenza.

La Radiologia Interventistica evolve in Incarico Professionale Complesso, analogamente all'ambito di patologia polmonare dell'Anatomia Patologica.



### 2.12.8 Dipartimento di Medicina preventiva

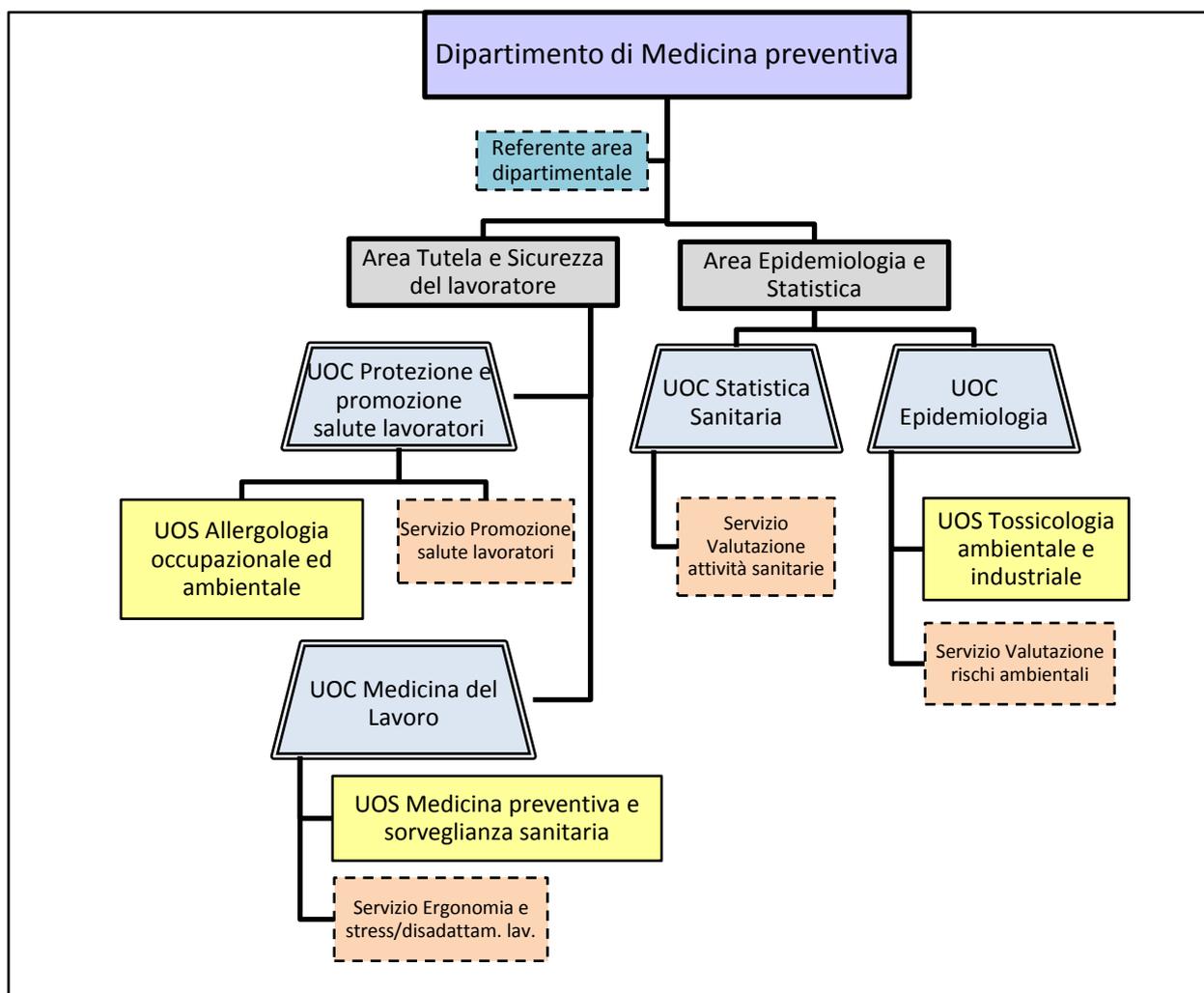
Vengono individuate due aree: Tutela e sicurezza del lavoratore ed Epidemiologia e statistica. Per quella di Epidemiologia, confermando la UOC di Epidemiologia viene prevista una nuova UOC Statistica Sanitaria, con la finalità di fornire un supporto strutturato alle UO cliniche per la ricerca e insieme implementare una maggior analisi dei dati, di processo ed esito, dell'attività assistenziale; per l'altra è invece prevista una riorganizzazione sostanziale.

Per quanto riguarda l'attività clinica di ricovero, prendendo atto della progressiva riduzione di patologie correlate al lavoro da trattarsi in un contesto esclusivo e dell'evoluzione che tali attività hanno avuto nel corso degli anni nell'ambito del Dipartimento con l'acquisizione di competenze da parte dei medici del lavoro in ambito pneumologico, allergologico-immunologico e endocrinologico-metabolico, si prefigura una differente organizzazione che prevede una stretta collaborazione ed integrazione, più rispondente al confronto e necessaria integrazione tra le prestazioni, con l'Area Cardio-Polmonare per quanto attiene le degenze (ferma restando la disponibilità ai fini della didattica per la Medicina del Lavoro), le malattie e i disturbi del sonno e

lavoro e la fisiopatologia respiratoria, e con l'UOC Allergologia e Immunologia per quanto riguarda l'UOS Allergologia occupazionale ed ambientale.

Le attività inerenti il Centro di riferimento regionale per la Sindrome di Ehlers Danlos, una malattia rara, saranno inizialmente mantenute in capo alla UOC Protezione e Promozione della salute dei lavoratori, con l'obiettivo di ricondurle nell'ambito dell'Area di Medicina Interna e Geriatria, integrando opportunamente le competenze e risorse.

Rimane invece in capo esclusivamente al Dipartimento l'attività ambulatoriale finalizzata alla protezione e promozione della salute dei lavoratori.

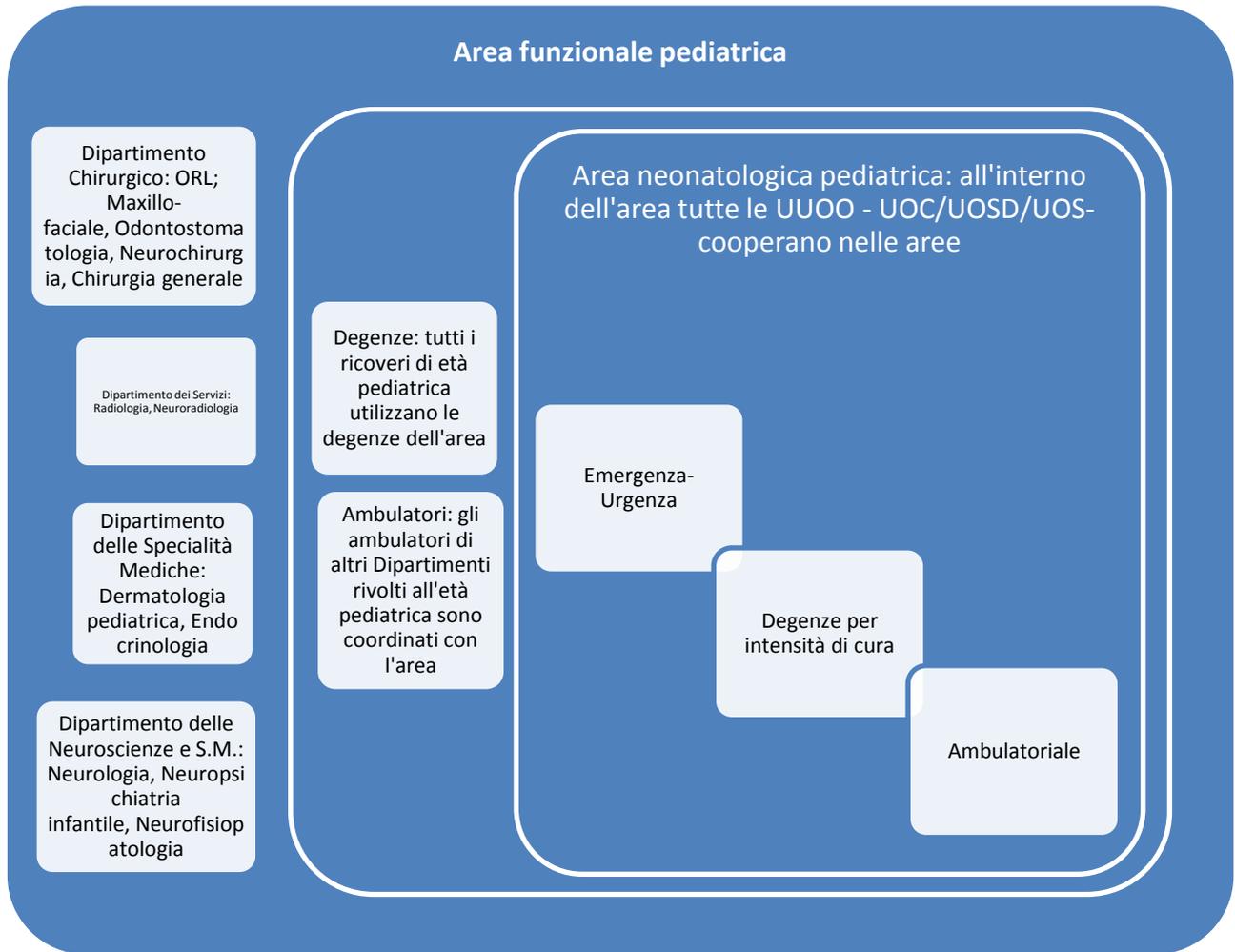


### 2.13. Aree funzionali

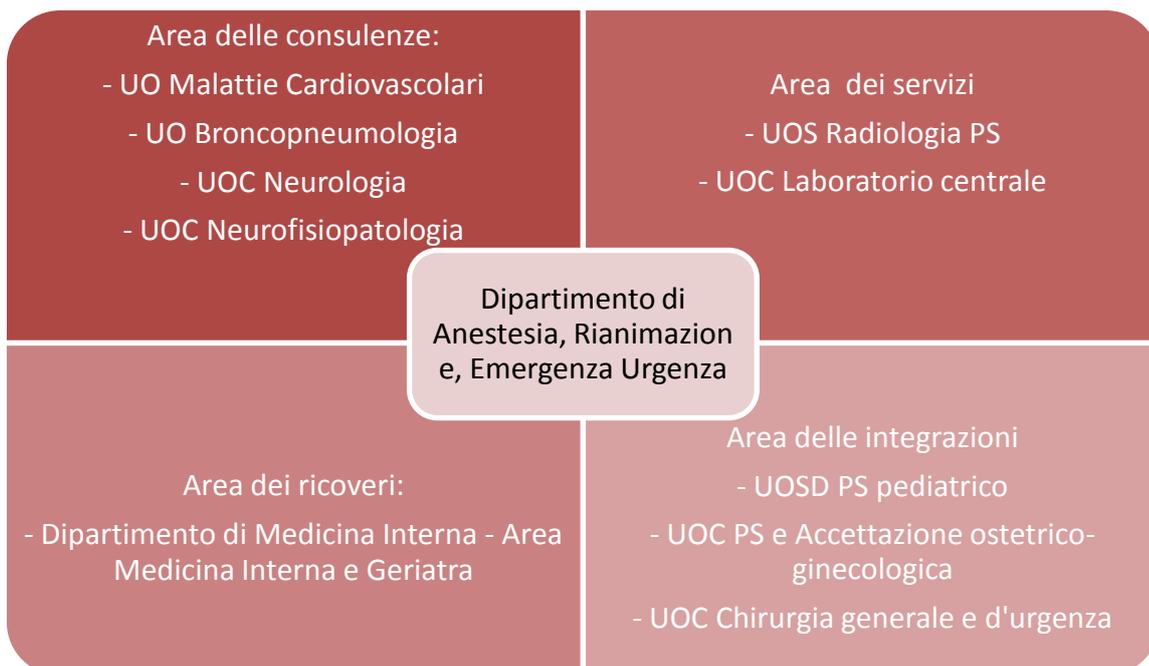
Come più sopra indicato, un ulteriore livello di integrazione è costituito dalle aree funzionali: in questo caso non si tratta di una integrazione e condivisione strutturale, quale è quella delle Aree omogenee, né di integrazione avanzata con ampi livelli di condivisione, quale quella delle Unit, ma di raccordi, che comunque necessitano di iniziative e modalità superiori a quelle che più generalmente riguardano tutte le UO della Fondazione.

Alcune aree richiedono forme di raccordo ben definite: è il caso dell'assistenza del bambino che, a partire dall'area omogenea neonatologico-pediatria, richiede una circolazione di informazioni e condivisione di attività da parte di tutte le altre UO che, pur operando in altre aree e dipartimenti, hanno componenti assistenziali dedicate all'infanzia.

Di seguito quindi il diagramma riassuntivo delle interrelazioni.



Analogo discorso vale per l'area dell'emergenza urgenza, come indicato nel diagramma successivo.



E' comunque necessario ricordare che vi sono ulteriori interrelazioni all'interno della Fondazione, che consentono ad esempio l'utilizzo di sistemi di rendicontazione comuni, il supporto da parte dell'area dei servizi, il coordinamento da parte della Direzione Sanitaria di Presidio.

Nelle mappe a corredo del POA, in termini dovutamente sintetici, si è rappresentato il complesso sistema di interrelazioni e integrazioni, unica base per garantire un effettivo sviluppo armonico dell'attività assistenziale.

#### **2.14. I rapporti con l'Università: il ruolo del nuovo dirigente sanitario**

Il Piano strategico 2011 già prevedeva una sperimentazione ospedale-università, grazie alla quale è stato possibile evidenziare diverse problematiche.

Valorizzando quanto già fatto - con riguardo ad esempio all'individuazione delle caratteristiche del dirigente medico di IRCCS e alla necessità di una griglia per l'assegnazione delle funzioni apicali sia per ospedalieri sia per universitari - si dovranno prevedere alcuni step:

- a) individuazione di modalità collaborative che superino gli attuali vincoli, anche normativi, ad una reale integrazione;
- b) completamento del censimento di risorse strutturali - aule, attrezzature e risorse umane - con particolare riguardo al personale amministrativo;
- c) individuazione di nuove modalità per il reclutamento a tempo determinato, ma di durata superiore all'anno, di dirigenti medici e sanitari con compiti di assistenza e ricerca, con possibilità anche di proseguire nella carriera universitaria o ospedaliera.

*Inoltre, si dovranno percorrere le prospettive avanzate anche nel documento preliminare al Patto per la salute che possiamo ritenere del tutto congruenti con quanto ipotizzato: «La formazione professionale deve essere di competenza del SSR e dell'Università e non solo appannaggio degli Atenei. .... La programmazione della formazione professionale deve essere attuata congiuntamente dall'Università e dalle Regioni, insieme ad altri interlocutori istituzionali, abbandonando criteri di autoreferenzialità o scelte che non trovano sostenibilità nell'assunzione del personale o nell'assorbimento da parte del mercato».*

Anche in tal senso dovranno essere definite, rinnovandole, le funzioni, i compiti, i ruoli del Dirigente medico e sanitario di una Fondazione, come è la nostra, anche sede universitaria.

La stessa attribuzione di posizioni apicali viene posta in discussione ove si indica la necessità di «...attuazione di alcune forme di razionalizzazione/efficientamento/federazione previste anche dalla recente riforma Gelmini (l. 240/2010) possono garantire la sostenibilità dei corsi di laurea e delle attuali aziende integrate, individuando strumenti più flessibili e meno rigidi di quelli oggi previsti, che non appaiono più coerenti con la forte e progressiva riduzione del personale universitario e la riserva in loro favore della direzione di strutture».

Ciò anche in relazione ai vincoli in materia di assunzioni, che non consentono più l'automatica sostituzione di dirigenti cessati dal servizio, se non previa autorizzazione regionale e con contingenti al di sotto del turnover.

#### **2.15. Cooperazione internazionale**

La Fondazione e i suoi operatori, anche a livello personale, hanno sostenuto numerosi progetti di cooperazione con ospedali dei Paesi in via di sviluppo, mettendo a disposizione professionalità ed esperienza clinica, sia con periodi di permanenza all'estero, sia ospitando giovani medici e infermieri per periodi di training e studio.

Parte dei progetti hanno avuto come partner organizzazioni non governative o associazioni legate al Policlinico; alcuni sono stati finanziati e riconosciuti da Regione Lombardia.

Pur considerando la grande ricchezza generata da questi rapporti di collaborazione e sostegno, un ulteriore passo potrebbe essere fatto individuando uno specifico progetto, che coinvolga le diverse Unità Operative della Fondazione, rivolto ad un ospedale, supportato da organizzazioni locali, che abbia una prospettiva di medio periodo e consenta di dare stabilità nel tempo alla collaborazione, con l'obiettivo di rendere indipendente la struttura ospedaliera del luogo individuato.

In tal senso l'aver previsto uno specifico ufficio dedicato a tale ambito di intervento, alle dipendenze della Direzione Generale, ha il significato di rendere evidente l'importanza attribuita alle iniziative di cooperazione internazionale, che costituiscono un patrimonio fondamentale della Fondazione.

## **Appendice – Riflessioni di un Istituto a carattere Scientifico nello sviluppo della rete sanitaria, soprattutto milanese, stante l'attuale situazione economica.**

### **1. La Fondazione nel contesto della Città, Provincia di Milano e Regione Lombardia.**

L'aggiornamento del POA, così come sopra evidenziato, non può prescindere da un'analisi del contesto in cui la Fondazione si pone, sia in termini culturali, cioè lo storico contesto milanese, sia in termini funzionali, ossia il Sistema Sanitario di Regione Lombardia.

Ciò a maggior ragione viste le determinazioni regionali che prevedevano, già con la DGR n. IX/2633 del 6/12/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012", la presentazione di " ... progetto di integrazione logistica del farmaco, dei presidi, dei laboratori di analisi, delle attività di sterilizzazione oltre che dei servizi amministrativi e generali aziendali, in conformità alle seguenti funzioni:.... Integrazione dei servizi amministrativi e generali aziendali"; intento recentemente ribadito con la DGR n. IX/3976 del 6/08/2012 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali" ove nell'allegato 5<sup>32</sup> si prevede esplicitamente una riorganizzazione delle reti di alta specialità.

In tal senso l'ASL di Milano si è attivata ad organizzare un tavolo con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere milanesi, al fine di dare concretezza ai contenuti del citato allegato 5 della suddetta delibera.

E' infatti ormai opinione diffusa che l'incremento della domanda di assistenza sanitaria, principalmente dovuto all'invecchiamento e alla cronicizzazione grazie alle nuove terapie di numerose malattie, insieme alla contrazione di risorse, propria del presente ma verosimilmente anche del futuro, deve trovare una risposta nella riorganizzazione della rete e dei presidi, con una regia che non può essere quella del singolo ospedale o addirittura della singola Unità Operativa e rispettivo Direttore.

Ciò è vero a maggior ragione nella città di Milano, dove l'offerta quali quantitativa è notevole e in grado di dare una risposta adeguata, e dunque le difficoltà che oggi tutti gli ospedali incontrano non possono che trovare una risposta nella riprogrammazione della loro distribuzione e delle funzioni assegnate a ciascuno di essi.

Se tale riorganizzazione non dovesse avvenire, ne risulterebbe un'inevitabile riduzione dei servizi, non tanto in termini di numerosità delle prestazioni, quanto rispetto alla qualità ed efficienza delle stesse: in particolare la frammentazione di specialità di elevato costo tra più presidi, quale è quella attuale, non potrà che generare criticità in tutti i punti, in una sorta di "taglio lineare" che tutti vorrebbero scongiurare (ma per evitare il quale quasi nessuno è pronto a farsi carico delle necessarie azioni).

Sono riflessioni talmente necessarie, che la stessa Conferenza delle Regioni si è posta, tra gli obiettivi del Patto della salute, la revisione della rete ospedaliera, che dovrebbe rispondere a principi che prevedano «*La presenza di nodi principali, di carattere regionale, nelle patologie a maggior complessità e di nodi secondari, per il trattamento delle acuzie, nonché di nodi di cure intermedie, prevalentemente destinati alla riabilitazione ed alla post acuzie.... l'integrazione, la qualificazione e l'equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza sul territorio regionale, il*

---

<sup>32</sup> Allegato 5 - Riorganizzazione rete emergenza cardiovascolare ed emodinamiche, reti di patologia, reti per l'alta specialità, punti nascita, radioterapia, appropriatezza farmaci e procedure in ambito onco-ematologico

*superamento della duplicazione delle unità operative e l'integrazione delle funzioni tipiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia nel Servizio Sanitario Regionale...la differenziazione delle attività tra le diverse strutture, affinché i nodi della rete operino in modo integrato ma con una precisa concentrazione e suddivisione delle attività, da quelle di maggiore complessità ed intensità assistenziale sino a forme di assistenza extraospedaliera più orientate al territorio (strutture tipo Ospedali di comunità, Case della Salute, Centri di Assistenza Primaria e presidi H24).*

Una revisione dell'attuale organizzazione dei diversi presidi, perlomeno nel contesto cittadino, richiede tuttavia che si adotti una metodologia chiara, trasparente e fondata su criteri scientifici, per evitare che altre logiche originino revisioni a loro volte fonte di disservizi e inefficienze.

Di seguito, pur consapevoli che la Fondazione è solo uno degli attori e non certamente il regista (che è in prima istanza l'ASL, anche secondo la legge regionale 31/97, confluita nella l.r. 33/09 e s.m.i.), abbiamo cercato di indicare alcuni di questi criteri, che seguono le domande essenziali: qual è il fabbisogno assistenziale richiesto oggi agli ospedali nella nostra città? Come organizzare le risposte in modo efficiente? Con che strumenti intervenire per operare le modifiche necessarie mantenendo le eccellenze, senza creare disservizi all'utenza o ridurre il livello qualitativo raggiunto? Quali sono le aree prioritarie su cui intervenire (non essendo evidentemente possibile un totale riassetto)?

Vogliamo affrontare questo complesso tema in termini molto pragmatici, evitando di pensare a "come le cose dovrebbero andare", per proporre modelli organizzativi attuabili, anche nel breve periodo.

In particolare ci riferiamo al tema ospedale-territorio: tutti siamo consapevoli che il secondo andrebbe rafforzato in modo da accogliere molta parte di ricoveri impropri, tuttavia oggi non vi sono e non vi saranno nei prossimi anni né strutture né risorse sufficienti per raggiungere tale obiettivo; pensare allora all'utilizzo dell'ospedale in modo più appropriato, senza rimpallare il problema ad altri Enti, potrebbe almeno consentire di fare un passo avanti.

In relazione poi alle attività di ricerca svolte nel nostro Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), vi è la necessità, derivante dalla sempre maggiore contrazione delle risorse economiche disponibili, di avere un orizzonte che vada oltre le nostre mura, con uno sguardo rivolto alla potenzialità delle azioni di ricerca in tutto l'ambito milanese e lombardo, con la finalità anche di trattenere o richiamare giovani leve, destinate inevitabilmente ad emigrare verso altri Paesi, indebolendo in tal modo quello spirito necessario all'innovazione e al cambiamento.

Nei due capitoli precedenti si è fatto specifico riferimento alle associazioni del volontariato; la presente appendice intende soffermarsi sull'azione sussidiaria svolta da tali associazioni e come questa debba diventare una importante leva per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria non solo della nostra Fondazione, ma dell'intero sistema sanitario lombardo.

Non da ultimo, la secolare storia della nostra Fondazione pone a disposizione innumerevoli ricchezze artistiche che si accompagnano al mutare del tempo degli interventi di medicina e chirurgia, testimoniati anche dalle attrezzature e dei presidi via via utilizzati.

La ricchezza, soprattutto per ciò che concerne l'evoluzione delle attività sanitarie, è patrimonio di tutte le aziende ospedaliere, milanesi e lombarde.

L'idea di raggrupparle, per avere una solida testimonianza storica, da ricordare e da presentare a tutti i cittadini, deve diventare un impegno volto a non dimenticare le origini e gli sviluppi nei diversi contesti storici, della sanità milanese e lombarda.

Di seguito esplicheremo dunque, con alcune esemplificazioni, gli ambiti nei quali si potrebbe intervenire.

### **1.1. Le raccolte sanitarie della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico**

La Lombardia è sempre stata all'avanguardia in Europa e nel mondo per organizzazione sanitaria, attività di ricerca, cura e prevenzione delle malattie. In particolar modo l'Ospedale Maggiore di Milano ha sempre accolto con sorprendente velocità le innovazioni che si presentavano a livello internazionale, apportando di frequente contributi assolutamente originali. Raccontando i punti salienti della sua storia, in sostanza, si ripercorre l'intera storia della medicina degli ultimi seicento anni.

All'interno della Fondazione nell'ultimo decennio è stata svolta una vasta operazione volta al recupero, inventario, studio e creazione di un primo allestimento espositivo di strumenti medici e sanitari. L'esperienza dell'Ospedale Maggiore ha aperto la strada anche al censimento avviato dalla Regione Lombardia dal 2007 sui patrimoni scientifici e tecnici degli enti del sistema regionale.

I materiali dell'Ospedale acquistano ulteriore rilevanza dalla possibilità di una lettura congiunta tra opere d'arte, documenti d'archivio, materiali bibliografici, immagini fotografiche storiche, edifici e architetture. Inoltre i beni sono strettamente legati alle vicende di un istituto tuttora vivo ed operante, con un incremento delle raccolte nel tempo.

La Fondazione ha già in programma un articolato progetto di recupero degli edifici storici e dei beni in essi conservati per la loro salvaguardia e promozione; in esso è previsto un percorso espositivo relativo alla storia dell'assistenza ospedaliera e alla storia della medicina.

Si segnala come a Milano manchi un museo di storia ospedaliera e della medicina e in tutta la Lombardia si possano menzionare unicamente le raccolte dell'Università di Pavia e il museo Gorini di Lodi, entrambe però centrate essenzialmente sull'anatomia. Anche sul territorio nazionale si possono menzionare solo pochi esempi, mentre su scala mondiale sono presenti numerose realtà vitali e affermate.

In quest'ottica si ritiene che, in una ipotizzata prospettiva museale, la Fondazione possa diventare il centro di riferimento cittadino e regionale, per la cura, conservazione e promozione dei beni storico sanitari.

Se un approccio di rete è giustificato dalle relazioni e dai legami storicamente intercorrenti tra le differenti realtà del territorio, il possesso di specifiche competenze, l'esperienza maturata, la disponibilità di un vasto patrimonio a cui connettersi, permetterebbero di coordinare gli interventi e le azioni ottimizzando le risorse.

La creazione di spazi idonei alla conservazione e di un percorso espositivo potrà consentire in futuro anche di accogliere beni provenienti o appartenenti ad altri Istituti, consentendo così la loro salvaguardia e l'integrazione delle collezioni per fornire una panoramica il più possibile esaustiva della sanità lombarda.

### **1.2. Funzioni di base e funzioni specialistiche**

L'assistenza ospedaliera ha oggi di fronte un "panorama" epidemiologico con due forti esigenze: da una parte la popolazione di anziani e/o pazienti con malattie croniche invalidanti, dall'altra persone con patologie prevalentemente acute che richiedono interventi ad alto contenuto tecnologico e professionale.

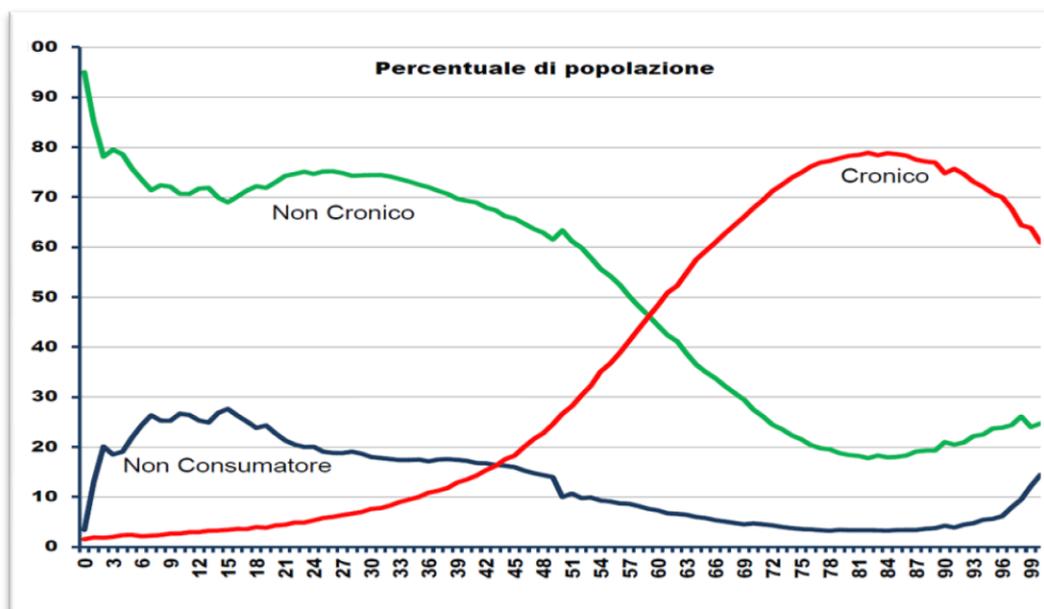
Traducendo in termini numerici questi due fabbisogni, nel grafico n. 12<sup>33</sup> abbiamo la percentuale di popolazione con/senza problemi di cronicità<sup>34</sup>, relazionate all'età, ove vediamo che le due problematiche - vecchiaia e cronicità - sono strettamente correlate.

Dopo i 65 anni infatti più della metà della popolazione ha problemi di cronicità, mentre tra coloro che sono al di sotto di quella soglia circa il 20% non ha nessun problema che richieda il ricorso a prestazioni di ricovero, ambulatoriali o farmacologiche e più della metà ha problemi di salute non-cronici.

Sono esigenze molto diverse:

- in termini "quantitativi": nel primo caso, come abbiamo visto, le persone coinvolte sono numerosissime, nel secondo si tratta di poche migliaia di persone; a titolo esemplificativo, sempre utilizzando la Banca Dati Assistiti (BDA), possiamo vedere che la patologia nella quale si colloca il maggior numero di persone è quella delle malattie cardiovascolari, con un totale di 2.589.642 persone (835.231 solo con m. c-v, 1.754.271 con anche altre patologie), mentre i trapiantati, patologia meno frequente tra quelle censite dalla BDA, sono 7.475 (di cui 618 solo con problemi legati al trapianto e i rimanenti con anche altre patologie);
- in termini di livelli assistenziali: nel primo caso vi è spesso la necessità di assistenza medica di base, integrata però con la componente riabilitativa e socio-sanitaria, nel secondo si tratta di terapie intensive e subintensive; anche in questo caso la BDA ci viene in aiuto, nel grafico n. 13 vediamo infatti come gli anziani con problemi di cronicità usufruiscono anche di assistenza in RSA<sup>35</sup>;
- per il rapporto con il territorio e la medicina di famiglia: nel primo caso l'assistenza si svolge (o dovrebbe svolgersi) quasi esclusivamente al domicilio o al più ambulatorialmente, nel secondo è necessario disporre di strutture altamente specialistiche e, quindi, concentrando solo in alcune le prestazioni conseguenti.

**Grafico n. 12 – Correlazione tra età e condizioni patologiche in Lombardia**

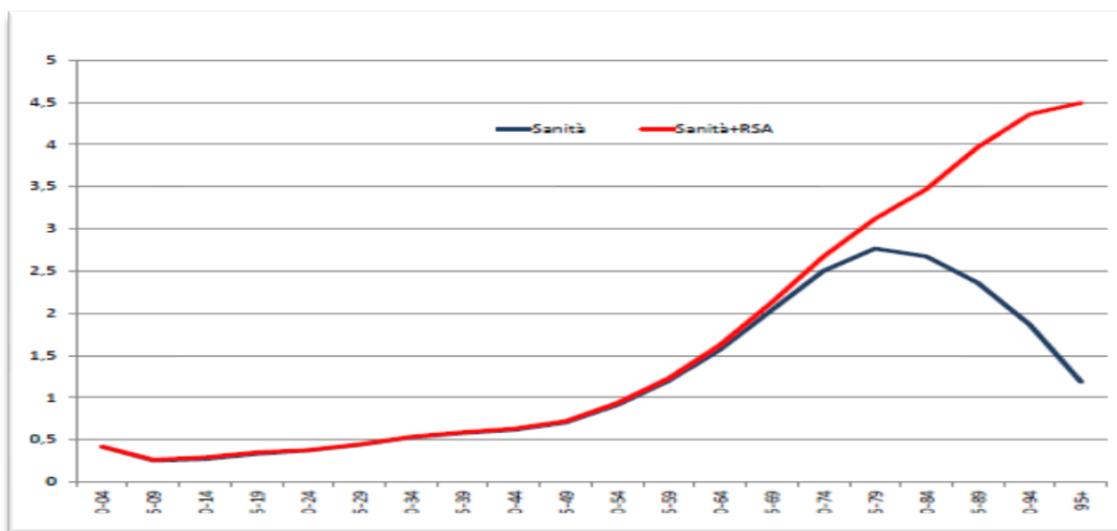


<sup>33</sup> Tratto da "Il Progetto Creg della Regione Lombardia", di Carlo Zocchetti, Roma 6 marzo 2012 (<http://www.epicentro.iss.it/igea/igea/VI/Zocchetti.pdf>)

<sup>34</sup> La classificazione in cronico/non cronico avviene utilizzando la Banca Dati Assistiti, ove sono integrate le informazioni su ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaci utilizzati da cittadini iscritti al SSR. Con non consumatore è catalogata la quota di popolazione che non fruisce, nell'anno di rilevazione, di nessuna di queste prestazioni.

<sup>35</sup> Per le RSA, il SSR paga ai gestori una quota giornaliera per ogni persona, variabile in relazione alle condizioni di non autosufficienza. Il grafico è tratto dalla medesima presentazione di Zocchetti C.

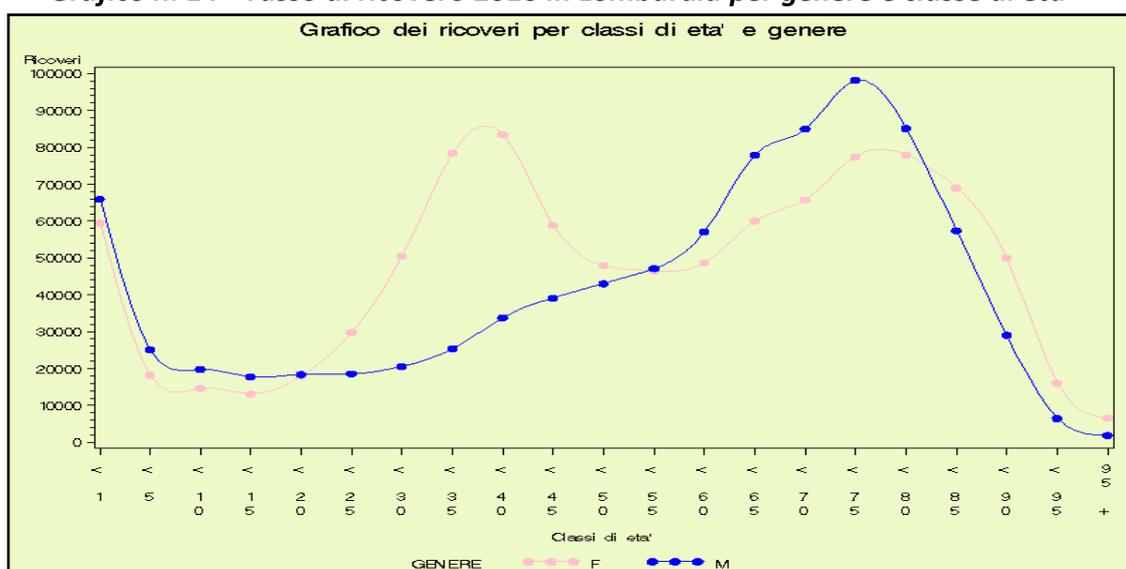
**Grafico n. 13 – Percentuale di anziani in RSA in Lombardia**



Il quadro descritto si traduce, in termini di ricovero ordinario, con un'elevata richiesta di posti letto nelle UO di specialità mediche: si tratta perlopiù di pazienti anziani che incorrono in episodi di acuzie delle patologie di base o anche dovute alla maggior fragilità delle condizioni generali; episodi che in persone giovani e adulte sono quasi sempre gestiti a domicilio, in persone con un equilibrio precario o condizioni di supporto non complete e continuative, generano la necessità di assistenza aggiuntiva.

Va anche sottolineato che in questi casi le risposte potrebbero essere anche non ospedaliere, tuttavia di fatto non esistono strutture per queste tipologie di situazioni, oppure ad esse non si ha accesso immediato e gratuito, e dunque i famigliari fanno ricorso al Pronto Soccorso, che deve poi comunque gestire tali esigenze. Conferma di ciò sono i dati sui ricoveri ordinari in Lombardia del 2010<sup>36</sup>: nel grafico n. 14 che segue, è rappresentata la distribuzione per sesso ed età dei ricoveri ordinari, con l'evidenza che nel 24% per le femmine<sup>37</sup> e 44% nei maschi, si è trattato di persone con più di 65 anni di età.

**Grafico n. 14 - Tasso di ricovero 2010 in Lombardia per genere e classe di età**

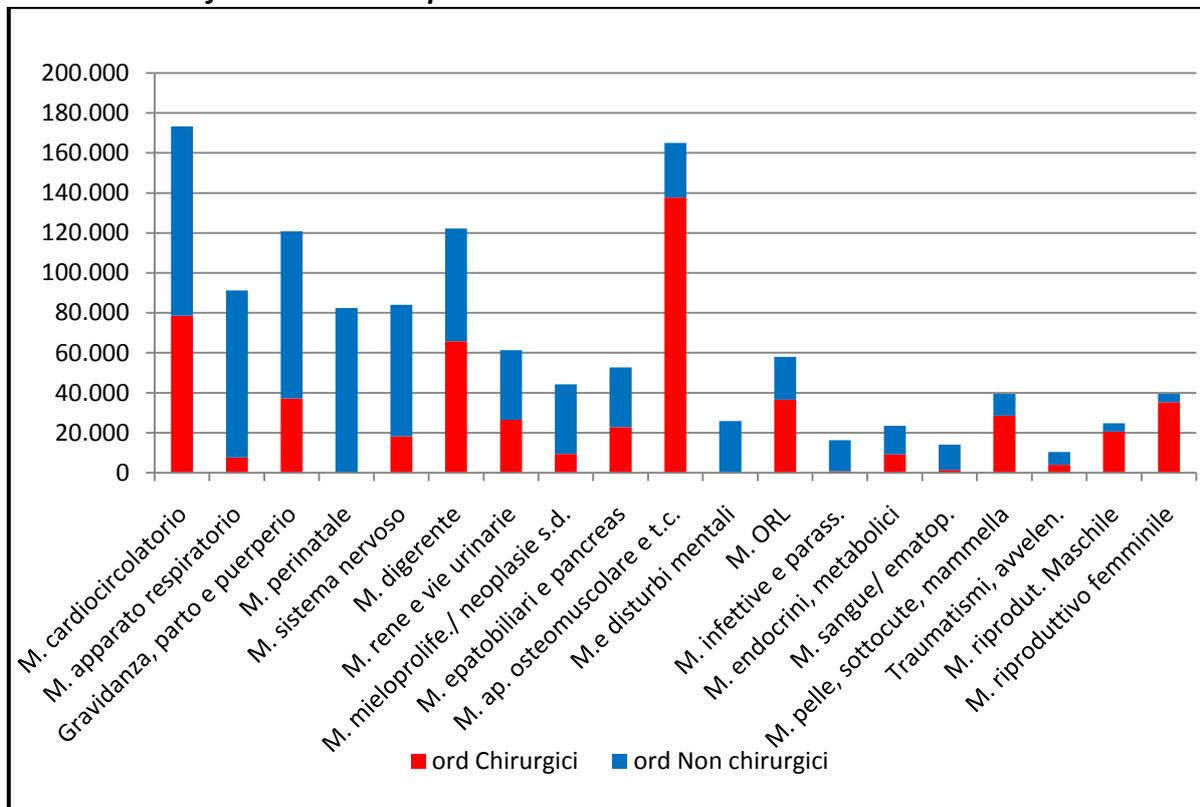


<sup>36</sup> Tratto da ALEE-AO - Atlante Lombardo Epidemiologico ed Economico dell'Attività Ospedaliera - [www.aleeo.it](http://www.aleeo.it)  
Atlante Rapporto sui ricoveri in Lombardia 2010 – su [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it)

<sup>37</sup> Il picco delle donne tra i 25 e i 45 anni è determinato da gravidanze e problemi ginecologici.

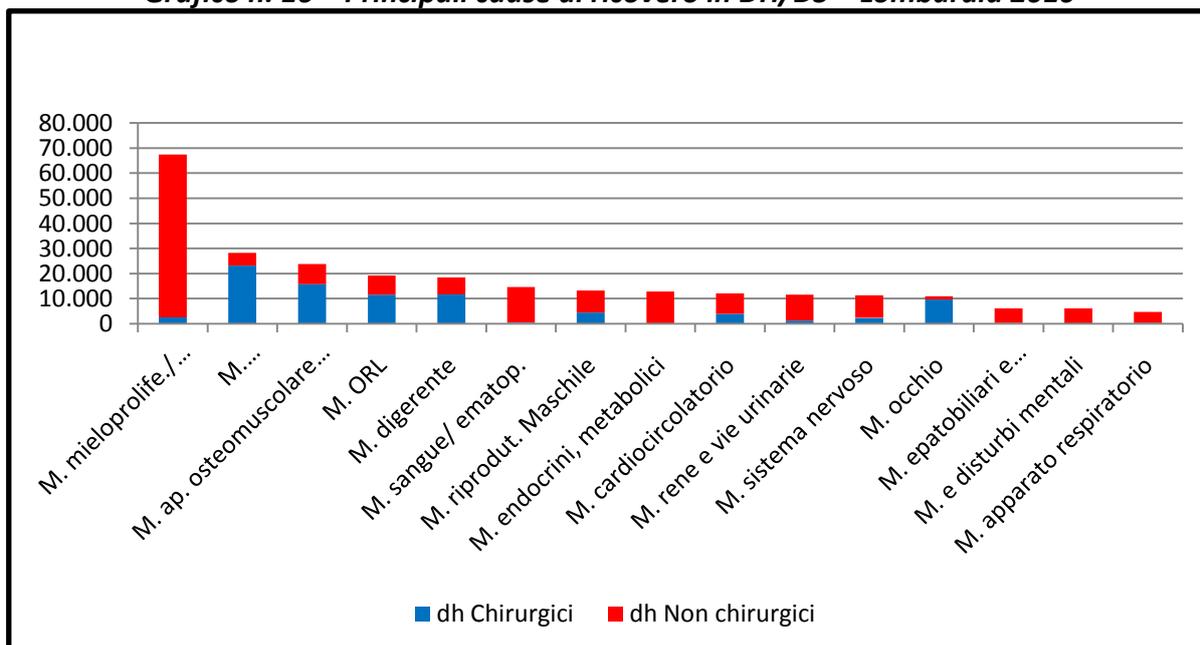
Se poi suddividiamo per tipologia di ricovero, chirurgico e non chirurgico e ordinario/DH, abbiamo ulteriori elementi di valutazione. Come vediamo nel grafico n. 15, è nelle specialità mediche che si concentra il maggior numero di ricoveri; in particolare includendo tutti i ricoveri si rileva che il 57% è di tipo non chirurgico.

**Grafico n. 15 - Principali cause di ricoveri ordinari – Lombardia 2010**



Analogamente, come riportato nel grafico n. 16, per i ricoveri in DH si evidenzia la prevalenza di quelli non chirurgici, che costituiscono il 59% del totale.

**Grafico n. 16 – Principali cause di ricovero in DH/DS – Lombardia 2010**



La risposta a tale situazione richiede dunque che una quota rilevante dei posti letto sia destinata o riconvertita a questa tipologia di pazienti, anche articolandola secondo le nuove modalità previste dalla DGR n. IX/1479 del 30/3/2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario” - Allegato n. 1: svolgimento delle attività di cure sub acuto - ossia i cosiddetti posti letto per subacuti.

Se le Unità Operative di Medicina Generale e Geriatria, o comunque di area medica, debbono essere patrimonio di tutte le strutture sanitarie, completamente diverso è il discorso delle Unità Chirurgiche o di alta specialità.

In queste aree al minor impatto, sia in termini quantitativi sia di durata del ricovero, si associa la necessità di avere dei livelli di attività elevati, finalizzati in primo luogo a creare un’adeguata esperienza per i medici che vi operano (l’esempio per eccellenza è costituito dalle UUOO di Ostetricia, ove sotto la soglia dei 1000 parti aumentano le complicanze) e secondariamente per utilizzare al meglio le ingenti risorse necessarie (si pensi alle UUOO ove si effettuano trapianti ovvero interventi chirurgici complessi come quelli neurochirurgici).

A fronte del fatto che invece, nella sola città di Milano, sono numerosi gli esempi di UUOO altamente specialistiche in numero superiore a quello necessario, sarebbe dunque opportuno, nella definizione degli interventi correttivi, considerare alcuni criteri: in primo luogo l’esperienza maturata dalle singole UUOO, l’integrazione con le altre professionalità presenti nel medesimo ospedale, la logistica rispetto alla popolazione e all’accessibilità.

Infine sempre in ambito specialistico sono da considerare alcuni ambiti peculiari, anch’essi comunque richiedenti interventi di riorganizzazione.

In primo luogo l’area pediatrica, che pur avendo naturalmente subito uno spostamento dall’area di ricovero a quella ambulatoriale e di DH, mostra ancora una notevole presenza non del tutto razionale. Pur essendo auspicato da molti, e in parte progettato, un “Ospedale dei Bambini” a Milano, secondo un modello analogo a quello del Bambin Gesù, Meyer o Gaslini, non sarebbe verosimilmente adeguato alle nuove esigenze e all’evoluzione della patologia pediatrica, sempre meno acuta (e comunque, anche quando tale, risolvibile con ricoveri brevi o addirittura prestazioni ambulatoriali) e sempre più cronica e disabilitante, che necessita di un processo di transizione verso Unità Operative dell’adulto non realizzabile in un ospedale unicamente pediatrico.

E’ quindi presumibile che sia progettata, in armonia anche con quanto recentemente indicato da un gruppo di specialisti costituitosi presso la Direzione Generale Sanità regionale, una rete nella città di Milano dove le Unità Operative Pediatriche sviluppino specifiche vocazioni iperspecialistiche, che abbiano il corrispettivo dell’adulto nel medesimo contesto ospedaliero; si pensi all’ambito infettivologico, neurologico, oncologico/oncoematologico per citare solo i principali.

Un ulteriore settore è quello psichiatrico e neuropsichiatrico, che ha una forte valenza territoriale, pur essendo stato mantenuto all’interno della rete ospedaliera.

Proprio in virtù di tale valenza - dalle Unità di ricovero dipendono infatti centri residenziali e semiresidenziali per malati psichici - e del fatto che il territorio della città di Milano è relativamente contenuto, è necessario un ripensamento dell’attuale modello. A Milano infatti, al contrario di quanto avvenuto in tutte le altre ASL, invece di riunire in un unico Dipartimento di Salute Mentale le singole UUOO di ciascun Ospedale, si sono costituiti tanti dipartimenti quanti sono gli ospedali dotati di tale specialità, arrivando così al paradosso di Dipartimenti costituiti da una sola Unità Operativa.

Riteniamo invece che si debba individuare un'unica Azienda Ospedaliera che sia capofila per la Psichiatria e per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, così che da essa dipenda l'intera rete territoriale, analogamente a quanto già fatto per i poliambulatori territoriali, tutti ricondotti all'AO ICP.

Ciò consentirebbe di utilizzare al meglio le risorse, comunque ridotte e frammentate, e insieme di sviluppare alcune specifiche vocazioni/specializzazioni nei singoli ospedali, che comunque agirebbero nell'ambito di un unico Dipartimento. Innegabili i benefici: possibilità di confronto tra i diversi specialistici, flessibilità tra i diversi reparti e strutture territoriali, gestione comune della reperibilità notturna.

### **1.3. Rete di medicina interna e geriatria**

Come abbiamo visto 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: è pur vero che non sempre il ricovero in una struttura per acuti sia la risposta più appropriata, ma va preso atto che la costruzione di esse richiederebbe risorse oggi non disponibili (e non necessariamente meno onerose, se si pensasse di portare al domicilio o in strutture socio-sanitarie la complessità dell'assistenza in fase di acuzie).

Inoltre, in molti casi, al momento del ricovero vi è l'esigenza di un'assistenza ad elevata intensità, ma è dopo, esaurita la fase di acuzie, che il ricovero si protrae in modo inappropriato, spesso per l'incapacità o impossibilità dei famigliari di farsi carico di una persona comunque in condizioni non ottimali.

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: date le caratteristiche del fabbisogno è infatti evidente che tali posti dovranno essere distribuiti tra i diversi erogatori, pubblici e privati, proporzionalmente al complesso dei posti letto rispettivamente accreditati, dando così risposta ad un altro fenomeno, tipico della città Milano, ossia la difficoltà a procedere a ricovero di pazienti presenti nei PS, con allungamento dei tempi di messa a disposizione delle autoambulanze.

Se invece guardiamo ai dati di ricovero ordinario 2010, selezionando i DRG di area medica in urgenza in pazienti adulti, pari a 60.341, vediamo che più del 60% è assicurato da erogatori pubblici (rispettivamente 15% AO Niguarda, 12% AO San Carlo, Policlinico 10%, AO Sacco 10%, AO San Paolo 9%, AO Fatebenefratelli 6%), mentre i due principali erogatori privati, San Raffaele e Humanitas, garantiscono insieme il 15% di tali accessi; naturalmente la situazione è speculare per i ricoveri elettivi.

E' quindi necessario che sia valutato il fabbisogno prospettico di posti letto di medicina generale e geriatria, compresi i subacuti, si operi una riattribuzione di pl di tali aree specialistiche, da destinare prioritariamente a ricoveri di pazienti anziani polipatologici, nelle fasi di acuzie, con un equilibrio adeguato tra i diversi erogatori.

### **1.4. Rete specialistica**

Riprendendo quanto sopra evidenziato, si riportano di seguito le principali aree (alcune specialità di base possono mantenersi come nell'attuale assetto) rispetto a cui avviare una riflessione sulla riorganizzazione.

Oltre all'area di Medicina Generale e Geriatria, che dovrebbe essere presente in tutte le strutture di ricovero con diversi gradi di intensità, sono poi enucleabili altre aree rispetto a cui è possibile

prevedere una diversa articolazione, in base ai criteri già detti: riduzione della polverizzazione, 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.

Naturalmente non verranno trattate tutte le aree specialistiche, ma solo quelle che, per elevata specializzazione o per unicità, richiedano una razionalizzazione e riordino.

#### **1.4.1. Area ematologica**

Costituisce un ambito che presenta due grandi sottoaree, quella di oncoematologia e quella di ematologia non oncologica; per entrambe la principale modalità di erogazione è in DH (52.909 giornate nel 2010), mentre il ricovero, quasi esclusivamente elettivo, è utilizzato in minor misura (5.321).

Nell'area di oncoematologia esistono quattro centri di polarizzazione (Niguarda, Istituto Tumori, San Raffaele, Policlinico), con anche l'effettuazione di trapianti, mentre per l'ematologia non oncologica è sicuramente il Policlinico a gestire quasi in esclusiva talassemie, emofilia, anemie congenite e malattie ematologiche rare, sia a livello pediatrico sia nell'adulto. Invece l'oncoematologia pediatrica ha un suo esclusivo centro presso l'Istituto Nazionale dei Tumori.

Da alcuni anni è stato dato il via alla Rete Ematologica Lombarda, che ha concentrato l'attività sulla condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici soprattutto nel campo della oncoematologia e sulla costituzione di un sistema informativo.

Una prima riorganizzazione potrebbe prevedere il mantenimento dell'attuale situazione, con la riconduzione alla Fondazione dell'attività non oncologica, che per gli altri centri è residuale; verosimilmente ciò non richiederebbe incremento di posti letto, né sostanziali investimenti.

Successivamente dovrebbe essere impostata una vera e propria rete:

- individuando il fabbisogno assistenziale, sulla base dei dati epidemiologici, con indicatori quali-quantitativi;
- definendo i poli con iperspecializzazioni per patologia;
- valutando gli standard assistenziali necessari (numero posti letto, accessi ambulatoriali da garantire con relativi tempi di attesa)
- prevedendo percorsi per il primo livello (prime visite, decentrabili su poli periferici o secondo protocolli concordati coi MMG) e preferenziali per secondo livello, presa in carico e follow-up;
- rivedendo il sistema informatico e cominciando ad elaborare i dati correnti già disponibili con studi epidemiologici da definire a priori con contributo statistico-epidemiologico ed evitando la moltiplicazione di software o raccolte dati.

#### **1.4.2 Area neurologica**

In ambito neurologico possiamo riconoscere l'area della cronicità, ove si collocano le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, e quella dell'acuzie, sia di natura cerebrovascolare che traumatica.

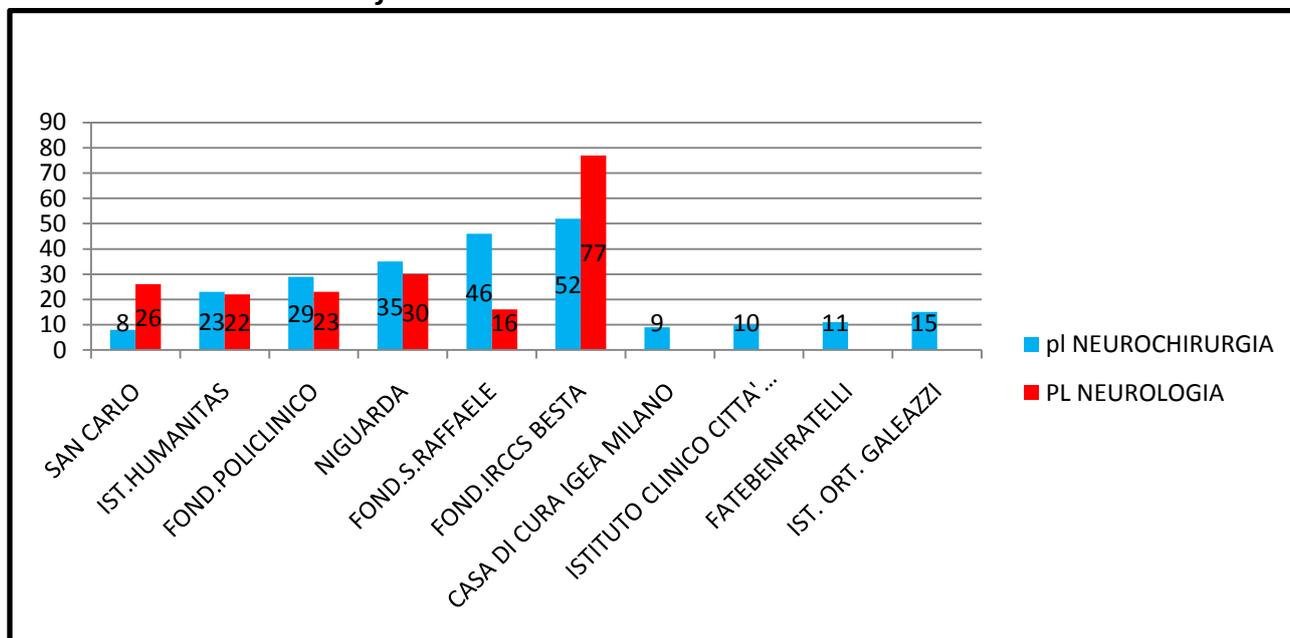
In entrambe le aree le risorse necessarie sono notevoli; nelle malattie degenerative e neuromuscolari oltre all'assistenza, prevalentemente di tipo ambulatoriale, ha una particolare valenza la ricerca, trattandosi di patologie per le quali vi sono ampie prospettive di innovazione terapeutica.

Nelle malattie traumatiche e neurovascolari insieme alla competenza iperspecialistica è richiesto il concorrere delle diverse specialità – neurologia, medicina d'urgenza, neurochirurgia,

neuroradiologia interventistica - che debbono oltretutto coprire l'intero arco delle 24 h, trattandosi di eventi imprevedibili e con obbligo di trattamento entro poche ore o minuti.

A fronte di queste valutazioni che richiederebbero una centralizzazione di servizi, abbiamo oggi una situazione di accreditamento molto parcellizzata, con le UO e i posti letto mostrati nel grafico n. 17.

**Grafico n. 17 – Posti letto accreditati a Milano - 2010**



A tale situazione corrispondono volumi di attività altrettanto parcellizzati, come si evince dalla successiva tabella n. 9, ove sono riportati i ricoveri 2011 con DRG di Neurochirurgia.

**Tabella n. 9 - Dimissioni da Neurochirurgia a Milano - 2011**

Presidio	n. ricoveri
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	396
CASA DI CURA IGEA - MILANO	420
ISTITUTO CLINICO CITTA' STUDI - MILANO	557
OSPEDALE FATEBENFRATELLI E OFTALMICO	569
ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA	921
OSPEDALE CA' GRANDA - NIGUARDA - MILANO	1.099
<b>FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO</b>	<b>1.275</b>
IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	1.980
FOND. IRCCS IST. NAZ. NEUROLOGICO C. BESTA	2.089

Per quanto riguarda le malattie cerebrovascolari e i traumi, gli stessi dovrebbero essere concentrati in ospedali che posseggano l'insieme delle specialità necessarie (neurologia, neurochirurgia, neuroradiologia), un livello di prestazioni elevate e funzionalità H24.

Per quanto riguarda la neurochirurgia rimangono poi gli interventi in elezione, su cranio e colonna: tuttavia il fabbisogno contenuto richiederebbe di limitare a non più di due ospedali le craniotomie e ad un altro presidio, anche non dotato di neurologia, gli interventi sulla colonna.

Diverso è il discorso della Neurologia: oltre all'indiscusso ruolo dell'IRCCS Besta, andrebbero valorizzati i centri che hanno sviluppato negli anni una significativa attività assistenziale e di

ricerca: l'AO ICP per la malattia di Parkinson, il Policlinico per malattie neuromuscolari, neurodegenerative, Alzheimer, i disordini del movimento, la neurostimolazione e neuromodulazione, l'AO Niguarda per lesioni traumatiche e malattie neurodegenerative.

Creando dei poli di eccellenza andrebbe riservato ad essi il secondo e terzo livello assistenziale, mantenendo le UO di Neurologia esistenti per il primo livello e la selezione dei casi più complessi per cui effettuare il passaggio in cura.

### **1.4.3. Area oncologica**

Anche in questo ambito vi è un'ottima e diffusa offerta assistenziale, con i presidi monospécialistici di eccellenza di Istituto Nazionale Tumori (INT) e Istituto Europeo di Oncologia, a cui si aggiungono praticamente tutti gli altri ospedali cittadini, in ragione della diffusione di tali patologie che costituiscono la seconda causa di morte in Italia. Il Policlinico si colloca al primo posto a Milano per le neoplasie della pelle e nel trattamento precoce dell'epatocarcinoma post-infettivo, a cui si aggiungono eccellenze nel trattamento dei tumori dell'apparato respiratorio, gastroenterico, genitourinario maschile e femminile, tumori cerebrali, tumori del distretto testa-collo, della mammella e degli organi endocrini.

Il criterio in questo caso è ancora una volta la coesistenza in uno o più presidi di specialità integrate – oncologia medica e chirurgica, radiodiagnostica, anatomia patologica e patologia molecolare, radioterapia, medicina nucleare - cui destinare il percorso completo del paziente oncologico; nella Fondazione, ove sono presenti importanti competenze oncologiche multidisciplinari, potranno essere mantenute le specificità (es.: neoplasie cutanee) ovvero i percorsi integrati (es.: epatocarcinoma, carcinoma del polmone, carcinoma della mammella, etc). Andrà inoltre risolta l'atipicità dei Dipartimenti oncologici di Milano, dove il modello previsto dal Piano Oncologico regionale, studiato su scala di ASL, non si è di fatto realizzato, con la moltiplicazione di Dipartimenti per ciascun ospedale, una contraddizione di termini da superare.

### **1.4.4. Area trapiantologica**

Area specialistica per eccellenza, ad alto consumo di risorse sia qualitative, per l'addestramento che richiede, che quantitative, per la necessità di disponibilità h 24. Di contro sappiamo che per molteplici motivi il volume di interventi è decisamente contenuto, con 200 trapianti di fegato, 309 di rene e 23 di polmone, nell'intera Lombardia nell'anno 2010.

In questo caso è dunque necessario che i centri, se se ne vuole perseguire l'efficienza, siano ridotti e parametrati all'effettivo fabbisogno, consentendo lo sviluppo di competenze per equipe.

Solo considerando Milano, benché un unico centro sarebbe sufficiente per l'intera regione, vi sono tre centri per il trapianto di fegato – INT, AO Niguarda e Policlinico - e altrettanti per il rene – AO Niguarda, Policlinico, San Raffaele - mentre il trapianto di polmone è effettuato solo presso Policlinico e AO Niguarda.

Dall'ultimo rapporto del Centro Nazionale Trapianti, possiamo verificare l'attività del 2011 nei centri della Lombardia:

<b>Anno 2011</b>	<b>Policlinico</b>	<b>Niguarda</b>	<b>San Raffaele</b>	<b>INT</b>	<b>Bergamo</b>	<b>Pavia</b>	<b>Brescia</b>	<b>Varese</b>	<b>TOTALE LOMBARDIA</b>
Rene	51	55	36		42	28	54	47	313
Fegato	45	71		36	85				237
Cuore		23			20	22			65
Polmone	11	1			14	7			33

Seppure le diverse equipe abbiano sviluppato specializzazioni particolari (Policlinico per fegato in malati di epatite virale, INT per malati con neoplasie; San Raffaele per trapianto di rene e rene-pancreas in diabetici) permane un sovradimensionamento, che dovrebbe condurre a una riduzione progressiva a un solo centro, fermo restando che ciò dovrebbe avvenire progressivamente e valutando l'esperienza quali-quantitativa della casistica sinora trattata.

Nel breve periodo potrebbe essere sicuramente concentrato in un unico centro il trapianto di polmone e ricondotto a due soli centri il trapianto di fegato e rene, definendo i requisiti e criteri per l'accorpamento (presenza di servizi generali di livello, expertise e volumi degli anni precedenti).

#### **1.4.5. Area materno infantile**

Di notevole interesse poiché comporta una stretta integrazione non solo tra i diversi presidi ospedalieri, ma anche con il territorio: si pensi al percorso della gravidanza fisiologica, che dovrebbe essere gestito interamente dai consultori, o al 90% degli accessi in PS pediatrico, che dovrebbero essere più appropriatamente gestiti dal pediatra di famiglia.

Possiamo considerare, nell'ottica di una riorganizzazione, i temi della gravidanza e del parto, della procreazione medicalmente assistita, dell'assistenza pediatrica di secondo e terzo livello.

Per quanto riguarda gravidanza e parto, sappiamo che il fabbisogno di base, ossia di gravidanze in donne residenti a Milano, è di circa 12-13000 parti/anno; tuttavia sappiamo che alcuni presidi sono attrattivi anche per donne fuori ASL e quindi, considerando che parte delle milanesi vanno fuori città, il saldo è comunque positivo; in tabella n. 10 i parti avvenuti in ospedali milanesi nel 2011.

**Tabella n. 10 – Parti in strutture sanitarie milanesi – anno 2011**

<b>Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico</b>	<b>6475</b>
A.O. ICP PO Vittore Buzzi	3410
A.O. FBF PO Macedonio Melloni	2735
A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda	1973
A.O. Ospedale San Paolo	1787
IRCCS San Raffaele	1837
A.O. Ospedale San Carlo Borromeo	1438
A.O. Sacco	1151
Ospedale San Giuseppe	826
Casa di Cura San Pio X	724

Una riorganizzazione dei punti nascita dovrebbe prevedere il mantenimento solo di alcuni a fronte delle seguenti condizioni:

- un numero di parti annui minimo di 2000 , ciò perché pur essendo il numero ritenuto minimo dalle linee guida è di 1000, in un contesto metropolitano, quindi con facilità di collegamenti, è sicuramente più efficiente un livello superiore;
- la garanzia di parto in analgesia;
- la presenza di specialità per medicina materno-fetale;
- la presenza di terapia intensiva neonatale.

A quest'ultimo proposito in tabella 11 è rilevabile come anche in questo ambito permangono situazioni di eccessiva frammentazione, da cui deriva poi un sottoutilizzo delle strutture.

**Tabella 11 – UUOO di Neonatologia - Milano**

STRUTTURA	Macroattività				
	Posti letto			Posti tecnici	
	ORDINARI	Terapia Intensiva Neonatale	D.H.	MAC	CULLE
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico	52	23	1	1	80
A.O. ICP PO Vittore Buzzi	11	12 (di cui 7 sospesi)	/	1	30
A.O. FBF PO Macedonio Melloni	14	12	/	1	40
A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda	20	8 (di cui 2 sospesi)	/	/	30
A.O. Ospedale San Paolo	8	/	/	/	/
IRCCS San Raffaele	11	/	/	/	35
A.O. Ospedale San Carlo Borromeo	5	/	/	/	24
A.O. Sacco	18	/	1	3	12
A.O. ICP PO Sesto S. Giovanni	16 di cui n. 4 Patologia Neonatale	/	1	2	15
Ospedale San Giuseppe	15	/	/	/	20
Casa di Cura San Pio X	10	/	/	/	30 (di cui 15 sospesi)

Un altro tema, già oggetto di una proposta tecnica, poi non realizzata, attiene i centri di PMA presenti a Milano, presenti in numero di 8 ma con standard operativi molto differenziati, come evidenziabile in tabella n. 12.

**Tabella n. 12 – PMA presenti a Milano**

Andrologia e Riproduzione Assistita - U.O. Urologia II - A.O. "San Paolo" di Milano - P.O. San Paolo	MI	III	Pubblico
Casa di Cura IGEA - Sezione Procreazione Medico Assistita	MI	II	Privato convenzionato
Centro di Procreazione Medico Assistita - Istituto Clinico Città Studi SpA	MI	III	Privato convenzionato
Centro di Riproduzione Assitita - Ospedale Luigi Sacco	MI	III	Pubblico
Centro Scienze della Natalità - I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele	MI	III	Privato convenzionato
Centro Sterilità - A.O. San Carlo Boromeo	MI	I	Pubblico
ESPA - Centro Endocrinologia, Sterilità e PMA - Ospedale M. Melloni - A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico	MI	II	Pubblico
Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - U.O. Semplice Dipartimentale (UOSD) - Centro Sterilità	MI	III	Pubblico
IRCCS Istituto Clinico Humanitas - DIP. di Ginecologia e Medicina della Riproduzione	MI	III	Privato convenzionato
AO Niguarda Ca' Granda - Centro Studi e Trattamento per Disturbi Infertilità	MI	III	Pubblico

Anche in questo caso è necessaria una riduzione atta a favorirne l'efficienza in primo luogo, non essendo le dotazioni strutturali di particolare complessità.

I centri dovrebbero essere in numero di due-tre da selezionare in base all'expertise sviluppata, al numero di procedure effettuate/potenziabili.

Per quanto riguarda infine l'attività pediatrica va innanzitutto rilevato come l'avvento del pediatra di famiglia, che ormai da alcuni anni è garantito anche a Milano a tutta la popolazione da 0 a 12 anni, abbia profondamente modificato l'assetto dei servizi; ciò insieme al modificarsi anche della epidemiologia rende sempre meno necessaria la dotazione di posti letto per ricoveri ordinari, che in effetti sono andati via via riducendosi.

E' dunque importante far sì che le UO ospedaliere siano in grado di adeguare l'offerta assistenziale, differenziando i servizi di primo livello – per le patologie più frequenti ma meno complesse, quali le malattie allergiche, infettive, dell'alimentazione - da quelli di secondo e terzo livello, da destinare a bimbi con patologie croniche ed invalidanti.

Si tratterà, dunque, di meglio definire percorsi e raccordi/coordinamento tra le diverse strutture ospedaliere sotto la guida dell'ASL, in grado anche di "governare" la rete territoriale dei medici di famiglia.

#### **1.4.6. Area 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; in questo senso particolarmente apprezzabile l'impegno della Regione Lombardia nel dare l'input e della ASL di Milano nel costituire un gruppo di lavoro al fine di razionalizzare la rete milanese.

Al contrario, anche per le regole dell'accreditamento, la tendenza è stata in questi anni a dotare ciascuna Azienda o addirittura Presidio di laboratori e servizi di anatomia patologica, col risultato di una notevole frammentazione e, insieme, dell'impossibilità a sviluppare competenze iperspecialistiche in modo razionale ossia senza duplicazioni o inutili competizioni.

Il momento economico, e quindi l'insostenibilità di una serie numerosa di Servizi, unita all'opportunità di un confronto scientifico tra professionisti che permetta di far emergere e valorizzare le eccellenze, ponendole al servizio di tutti, costituiscono l'occasione di intervenire, perlomeno nel contesto della città.

Ciò anche per interrompere situazioni paradossali nelle quali, in carenza di una rete organizzata, fioriscono accordi convenzionali incrociati nei quali Aziende acquistano prestazioni da altre, con regole tariffarie che puntano al ribasso e, quindi, al pericolo di un'abbassamento di qualità.

Certamente il gruppo di lavoro di ASL Milano procederà a:

- censimento e quadro organizzativo presente in termini quali-quantitativi e di risorse assegnate
- individuazione delle prestazioni di particolare specializzazione e dei corrispondenti poli nei quali potrebbero essere concentrate

- individuazione delle prestazioni che necessitano di elevati volumi (è il caso del pap-test che dovrebbe raggiungere un numero di test superiore a 50.000, il che consentirebbe anche l'acquisizione di attrezzature per la lettura automatica).

Conseguentemente dovrebbe essere progettata la rete, secondo metodologie peraltro abbastanza note (individuazione di centri di primo, secondo e terzo livello con relativi bacini di utenza), anche pensando ad alcuni step, con prime aggregazioni tra Laboratori/Servizi vicini, di dimensioni complessive compatibili, e ove, ad esempio, sia cessato il Direttore di Struttura complessa.

La razionalizzazione consentirebbe una ridefinizione delle dotazioni organiche, delle reperibilità e guardie, degli acquisti/rinnovi di attrezzature, delle gare di appalto.

La particolarità dei Servizi potrebbe anche consentire una nuova modalità di remunerazione da parte della ASL: le prestazioni potrebbero essere enucleate dal budget dei ricoveri e dell'ambulatoriale e invece essere rimborsate come servizi al costo effettivo. In pratica la rete laboratoristica avrebbe un unico coordinamento con un proprio controllo di gestione, con i costi effettivi sostenuti da ciascun polo e relativo rimborso.

Un discorso a sé meritano i Servizi di Fisica Sanitaria: gli attuali tre presenti in Aziende Pubbliche (AO Niguarda, Fondazione Ca' Granda, Istituto Nazionale Tumori) potrebbero costituire una unica struttura complessa, con articolazioni locali e con prestazioni a favore anche degli altri ospedali (cosa che di fatto già avviene con molteplici convenzioni). Ciò consentirebbe anche di standardizzare le valutazioni di radioprotezione sui dipendenti e attuare in modo integrato i corsi di aggiornamento previsti.

### **1.5 Rete di emergenza e urgenza**

Come abbiamo riferito più sopra la rete dell'emergenza e urgenza è molto complessa, in particolare a Milano dove abbiamo una articolazione aziendale territoriale di AREU, con la Centrale Operativa – COEU sita presso l'AO Niguarda.

Gli ospedali possono essere dotati di DEA - DIP. Emergenza Accettazione o DEAS - DIP. Emergenza Accettazione Specialistico.

La Fondazione, congiuntamente con l'AO Gaetano Pini, costituisce un DEAS interaziendale, poiché la parte traumatologica è gestita dal Pini stesso mentre il politrauma o il paziente traumatizzato critico o polipatologico è gestito dalla Fondazione.

Grazie ad AREU da alcuni anni è disponibile un portale con la registrazione in tempo reale e delle ultime 24 h degli accessi, sia da autoambulanza che su presentazione spontanea, suddivisi per codice.

I temi principali che rendono il sistema dei PS milanesi spesso in condizioni di criticità sono sostanzialmente riconducibili a:

- accessi inappropriati, che potrebbero usufruire del medico di medicina generale o di continuità assistenziale: per definizione si tratta di tutti i codici bianchi e di buona parte dei verdi; specularmente a tale fenomeno è una scarsa utilizzazione del servizio di continuità assistenziale, che, dotato di circa 90 medici operanti in una centrale telefonica e 13 postazioni, ha ricevuto circa 90.000 chiamate, di cui solo la metà hanno richiesto una visita domiciliare;
- durata eccessiva degli accertamenti o loro ipereffettuazione: per i codici verdi spesso vengono previsti accertamenti che sarebbero differibili oppure non del tutto necessari e svolti più per medicina difensiva che per esigenze diagnostico-terapeutiche;
- permanenza oltre le 24 ore in astanteria, per pazienti per i quali è previsto il ricovero: si tratta di una parte dei codici gialli; i motivi di questa prolungata permanenza sono in parte riconducibili ad

una disomogenea distribuzione dei posti letto di medicina interna (come riferito più sopra) e in parte ad un allungamento delle degenze medie.

Le soluzioni a tali problematiche non sono senz'altro semplici, tuttavia alcune riorganizzazioni potrebbero essere considerate proprio a partire dalla peculiarità della città di Milano, determinata da un territorio relativamente concentrato e con una grande offerta di presidi ospedalieri e PS.

### **1.5.1. Accessi inappropriati**

Il problema dell'accesso inappropriato dei codici meno gravi, o che comunque richiedono accertamenti differibili, difficilmente può essere risolto potenziando il territorio: infatti i medici di continuità assistenziale (CA), pur essendo sotto gli standard nazionali (che però si riferiscono anche a territori a bassa densità abitativa), risultano comunque sottoutilizzati.

Le ragioni sono intuibili: la vicinanza di molti presidi di pronto soccorso e quindi la facilità a raggiungerli, l'ansietà che può derivare da un'attesa anche prolungata, l'incertezza a seguire un consulto solo telefonico.

A questo punto, volendo essere pragmatici, è forse tempo di smettere di pensare di ricondurre gli accessi impropri al territorio, per compiere il percorso inverso, portando i servizi nei punti in cui le persone si rivolgono (non del tutto ingiustificatamente).

Ad esempio, potrebbero essere posizionati presso i DEAS medici di continuità assistenziale, in numero proporzionale agli accessi bianchi-verdi di ciascun ospedale, integrati nelle strutture dei pronto soccorsi, dedicati a codici bianchi e verdi a minor gravità.

I vantaggi risulterebbero immediati: le attuali risorse della CA sarebbero del tutto adeguate, senza incrementi, sia a mantenere l'attività già erogata a domicilio e telefonicamente e insieme supporterebbero i medici ospedalieri.

La vicinanza di PS e CA permetterebbe un'integrazione e confronto tra professionisti e, soprattutto, un loro utilizzo più flessibile (con intervento dei medici di CA presso il PS nei momenti di maggior pressione) e contemporaneamente l'attribuzione delle risorse più specialistiche ai pazienti più impegnativi.

Anche dal punto di vista dell'efficienza ed economicità il risparmio sarebbe evidente perché avremmo una centralizzazione e non dispersione del servizio: certo questo vale per Milano e non per aree provinciali con territori estesi.

### **1.5.2. Riduzione tempi permanenza e appropriatezza accertamenti**

Un ulteriore tema è quello della permanenza di PS per lunghi periodi dei pazienti con codice verde al fine di effettuare accertamenti e visite specialistiche.

In questo senso si ritiene che potrebbero essere adottate modalità organizzative, in ogni ospedale, peraltro già sperimentate, così sintetizzabili:

- ambulatori specialistici: in molti casi l'accesso al PS avviene con richieste molto circoscritte, determinate dal fatto che i cittadini conoscono specificità di taluni presidi; esempi sono il Policlinico per la dermatologia (circa 8.000 accessi annui al PS per problemi dermatologici urgenti), il Fatebenefratelli per l'oculistica (circa 20.000 accessi annui in urgenza), il Gaetano Pini che essendo monospecialistico assorbe 15.000 accessi di traumatologia minore. In tali situazioni è evidente che si tratta di urgenze relative, in quanto non si tratta di quadri clinici gravi ma di situazioni per le quali il ricorso al PS è determinato dal non accettare tempi di prenotazione abituali. Molti ospedali hanno sperimentato quindi ambulatori separati dal percorso di PS, anche con orari definiti non h24. Tale approccio dovrebbe essere standardizzato e reso "trasparente": potrebbero essere identificati

ambulatori ad accesso diretto con apertura diurna, 8-18, dal lunedì al venerdì/sabato, con pagamento del ticket e personale dedicato in base al fabbisogno. Sicuramente potrebbero essere individuati:

- Policlinico: dermatologia e odontoiatria
  - Fatebenefratelli: Oculistica
- profili di triage avanzato: sperimentati proprio al Policlinico, consentono, per alcuni quadri sintomatologici, di effettuare a cura dell'infermiere un set di accertamenti, non radiologici, da sottoporre al medico in modo da accelerare il percorso dei codici verdi;
- ambulatori e accertamenti differiti: si tratta di approcciare gli accertamenti differibili rinviandoli al giorno successivo, pur con un percorso preferenziale, con pagamento del ticket. Ciò dovrebbe ridurre sia gli accertamenti effettuati in urgenza, sia la durata della permanenza in PS, sia, non da poco, il pagamento del ticket (evitando discussioni al momento della visita in PS).

### **1.5.3. Ricoveri**

Come dicevamo nella prima parte, uno dei problemi centrali è l'indisponibilità di posti letto per i pazienti in codice giallo, derivante da un insieme di fattori già illustrati. Per questo è necessario che da una parte ci sia una redistribuzione dei posti letto internistici fra tutte le strutture, sia quelle dotate di DE-DEAS (e in questo caso abbiamo visto che dovrebbero essere gli erogatori privati ad incrementare i propri accessi in urgenza, riconvertendo parte dei ricoveri elettivi) che anche quelle non dotate, cui i PS debbono poter inviare pazienti, con programmi definiti. Dell'ipotesi di lavoro si è già parlato nel progetto sulla rete dei posti letto di medicina interna e geriatria.

Infine il progetto prevede lo sviluppo del DEAS interaziendale Policlinico-Pini in due fasi:

- inizialmente, in tempi brevi, interruzione del PS notturno e festivo presso il Pini, con trasferimento delle risorse presso la Fondazione, unificando il punto guardia;
- a conclusione dei lavori del nuovo PS della Fondazione, trasferimento presso di esso della Traumatologia, con relative risorse, e quindi cessazione DEAS interaziendale e avvio unico PS, anche traumatologico, presso la Fondazione.

Infine nell'ambito della rete dei DEAS si pone il problema di postazioni limitate con particolare specializzazione in quadri clinici di rilievo che richiedono competenze e dotazioni ultraspecialistiche: ci si riferisce in particolare al paziente politraumatizzato e al paziente con accidenti cerebrovascolari.

Vi è dunque, di concerto con AREU, il problema di 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 neurologia, nefrologia e dialisi e cardiocirurgia; lo stroke, che richiede neurologia, neuroradiologia interventistica e neurochirurgia; il politrauma, che oltre alla traumatologia richiede plurispecialità chirurgiche ed eccellenza radiodiagnostica.

Per quanto riguarda le patologie cerebrovascolari acute un gruppo di lavoro regionale ha già stabilito, in base ai criteri delle linee guida, i centri di terzo livello: San Raffaele, AO Niguarda, Policlinico.

Per quanto riguarda invece la patologia cardiaca acuta la dotazione di laboratori di emodinamica è, come noto, eccessiva e peraltro insostenibile, richiedendo h24. In questo caso i tre-quattro

presidi necessari a soddisfare il fabbisogno in acuzie dovrebbero essere identificati ricorrendo ai criteri già individuati dalla ASL Milano.

Ulteriori centri potrebbero essere individuati per l'attività elettiva: ma anche in questo caso il numero non dovrebbe essere superiore ad altri tre punti di erogazione, sia per consentire di sviluppare sufficiente expertise, sia per evitare sovratrattamento indotto dall'alta remunerazione dei DRG.

Per quanto riguarda il politrauma solo grandi ospedali polispecialistici possono essere adeguati e quindi, di fatto: Niguarda, che è dotato anche di centro grandi ustionati, San Raffaele, per le polispecialità, e la Fondazione, per la collocazione geografica, potrebbero mantenere l'attuale vocazione.

Per quanto riguarda la Fondazione è tuttavia necessaria l'evoluzione dell'attuale DEAS interaziendale con il Pini, che preveda, come già accennato, dapprima lo spostamento del traumatologo presso il PS della Fondazione nelle ore notturne e poi, una volta completato il nuovo PS, la costituzione di una UO di Traumatologia.

### **1.6. Aspetti formali e di budget**

Quanto sopra illustrato, con modifiche anche di assetti accreditati, ampliamento, riduzione o riconversione di UO e Servizi, necessita evidentemente di passaggi formali da parte di ASL e Regione.

Al fine di rendere praticabile e sostenibili tali passaggi, potrebbero essere percorse le seguenti ipotesi:

- a) individuazione, in collaborazione con AREU, dei ricoveri internistici da PS necessari a Milano e individuazione degli ospedali, sia dotati di DEA che non, che debbono garantirne una determinata quota; in questo caso non sarà necessario modificare alcun assetto, ma semplicemente gli ospedali coinvolti dovranno ricalibrare ricoveri in urgenza vs ricoveri elettivi. AREU e ASL monitoreranno l'effettiva aderenza a quanto previsto;
- b) individuazione di Ospedali dotati di UUOO Specialistiche (Neurochirurgia, Emodinamiche, Neuroradiologie): in questi casi il maggior carico che deriverà dall'esclusione di altri ospedali sinora dotati di tali UUOO/Servizi, è determinato dalle risorse umane; per gli ospedali pubblici si prevederà la mobilità degli specialisti verso i centri individuati, con contestuale modifica delle rispettive dotazioni organiche e modifica dei budget (derivante in parte dal trasferimento dei DRG e ambulatoriale di tale settore, in parte dagli effettivi maggiori costi di personale, beni e servizi, ecc.);
- c) centralizzazione di prestazioni, non comportante passaggio di pazienti, relativo a servizi di laboratorio o lettura in differita di diagnostica per immagini: in tali casi si potrà mantenere l'attuale sistema convenzionale, operando dove necessario, anche la ridefinizione delle dotazioni organiche.

### **1.7. La ricerca nel panorama milanese e lombardo**

Dal 1981 l'Ospedale Maggiore Policlinico è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

In Italia 43 ospedali sono IRCCS, denominazione e missione a loro attribuite dal Ministero della Salute in accordo con le Regioni di appartenenza (in Lombardia sono ben 16). Si distinguono dagli

altri ospedali perché, insieme a prestazioni di ricovero e cura dei malati, svolgono anche ricerca traslazionale con lo scopo di migliorare l'assistenza clinica attraverso l'applicazione al letto del malato delle scoperte della ricerca sperimentale. In genere gli IRCCS della Regione Lombardia fanno ottima ricerca, coerente con le missioni che sono state loro assegnate dal Ministero: purtroppo, senza nessuna pianificazione e senza una linea strategica comune. Con gli attuali chiari di luna dell'economia, ce lo possiamo permettere?

Gli IRCCS sono qualcosa di originale e unico in Europa e nel mondo, intesi come braccio operativo di chi, investito di pubbliche responsabilità come il Ministero dalla Salute e le Regioni, dovrebbe tutelare la salute del cittadino e migliorare la cura delle malattie attraverso la ricerca "bench to bed", alimentata dalle priorità sanitarie del momento ("bed to bench"). Sono tante le priorità, in Lombardia come in tutta Italia, che dovrebbero e potrebbero stimolare un migliore utilizzo di ospedali di ricerca che tutti ci invidiano all'estero: dai tumori alle malattie degenerative del sistema nervoso, dalle malattie rare orfane ai problemi dell'anziano con malattie multiple croniche, veri cimenti e bersagli della ricerca traslazionale nel terzo Millennio. Un'altra modalità innovativa dell'utilizzo attualmente inadeguato degli IRCCS da parte di Ministero e Regioni potrebbe essere quella di giovare della metodologia scientifica di cui sono depositari e conoscitori per coinvolgerli nei tanti attuali problemi gestionali del Sistema Sanitario Nazionale: come, per esempio, quelli delle scarse integrazioni tra ospedale e territorio, dell'inappropriatezza degli accessi al pronto soccorso e delle interazioni tra i farmaci multipli che assumono gli italiani che invecchiano.

E' fondamentale quindi che, coerentemente con le linee di questo POA, vi sia maggiore integrazione e collaborazione tra gli IRCCS: trattasi dell'unica modalità per poter affrontare adeguatamente la competizione globale in questo momento di ristrettezze finanziarie. Un altro aspetto importante è l'integrazione tra la ricerca di base e quella clinica (fig. 3). Da questo punto di vista, la Fondazione aspetta con ansia che finiscano nel suo perimetro i lavori di edificazione dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, che dovrebbe dare ulteriori stimoli e peso alla già eccellente ricerca prevalentemente clinica della Fondazione IRCCS.

**Figura 3 – Tradizione e innovazione a confronto: Padiglione Bosisio e Padiglione Invernizzi**

