



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE CONSILIARE N. 171

SEDUTA DEL 23-01-2015

Presidente Giancarlo Cesana

Consiglieri Stefano Cecchin
Marco Giachetti
Adelmo Grimaldi
Tiziana Maiolo
Gabriele Perossi (assente)
Paola Pessina
Roberto Satolli

Con l'assistenza del Segretario Massimo Aliberti

Oggetto: PIANO STRATEGICO OSPEDALE UNIVERSITA'

Su proposta del Direttore Generale, Dr. Luigi Macchi

L'atto si compone di n. 13 pagine di cui n. 10 pagine di allegati parte integrante

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione in base alle linee guida del Direttore Generale.

[Atti n. /]



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 CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

PREMESSO CHE:

- con Convenzione del 19 giugno 2006, ora scaduta, la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e l'Università degli Studi di Milano regolamentavano i rapporti tra le due Istituzioni, al fine di garantire il pieno svolgimento delle rispettive funzioni e obiettivi;
- negli anni successivi intervenivano modifiche sia del quadro istituzionale, con particolare riguardo a struttura e organi dell'Università, e normativo, sia a livello nazionale che regionale, relativamente ai rapporti tra queste due istituzioni e in particolare: la legge 30 dicembre 2010 n. 240 - "Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario", ha previsto, all'art.6 comma 13 che " ... il Ministero (della Università e Ricerca, ndr), di concerto con il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza per i rapporti dello Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sentita la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia riguardo alle strutture cliniche e di ricerca traslazionale necessarie per la formazione nei corsi di laurea di area sanitaria di cui alla direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005, predispone lo schema-tipo delle convenzioni al quale devono attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del Servizio sanitario nazionale" ;

DATO ATTO che detto schema-tipo, benché ne siano state predisposte bozze, non è stato sinora emanato;

RICHIAMATA la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, al titolo III - Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca- prevede che "...la Regione, entro il 27 febbraio 2010, stipula con le università, un protocollo generale d'intesa, finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà di medicina e chirurgia e i soggetti pubblici e privati accreditati a contratto nel territorio regionale";

VISTA la DGR IX/001053 del 22.12.2010 - Protocollo di intesa con le università della Lombardia con Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca, con la quale detto protocollo è stato approvato, rinviando alle singole Università e Aziende Ospedaliere la sottoscrizione delle Convenzioni secondo uno schema-tipo che avrebbe dovuto essere approntato dalla Regione ma il cui iter conclusivo, di fatto, è stato impedito dalla citata legge n. 240/2010, come precisato dalla Direzione Generale Sanità con nota del 24.1.2012 - prot. n. H12012.0002594, che ha rinviato ogni provvedimento sino al chiarimento a livello nazionale;

RILEVATA la volontà e l'urgente necessità, condivise sia dalla Fondazione sia dall'Università, di costituire un governo congiunto che, pur con ruoli differenti e garantendo il pieno svolgimento delle rispettive funzioni, si prefigga obiettivi unitari, individui percorsi condivisi e adotti atti comuni, allo scopo di predisporre la nuova Convenzione tra questa Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e l'Università degli Studi di Milano;

PRESO ATTO che con delibera consiliare n. 128 del 11.04.2014 è stato costituito il Comitato di indirizzo, che assolve alle funzioni dell'Organo di programmazione Congiunta di cui alla Legge Regionale n. 33/2009 e s.m.i;

PRESO ATTO della deliberazione regionale n° X / 2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015", ove, al punto 2.6.2.3. dell'Allegato B, si precisa che " ...Tuttavia, anche in considerazione delle intervenute norme a livello nazionale, appare oggi





IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

necessaria una revisione delle relazioni fra la rete di formazione universitaria e il servizio sanitario regionale... " e che " Tale ultima possibilità (di revisione) si rende oggi maggiormente percorribile anche grazie alla intervenuta normativa approvata con la legge n. 240/2010 che ha ampliato le possibilità di collaborazione tra le strutture del servizio sanitario nazionale e le università. L'attuazione delle sopra esposte linee di indirizzo richiede, in alcuni casi, la revisione parziale dell'attuale normativa e, in altri, la necessità di un confronto sistematico nell'ambito degli strumenti già previsti dalla legge regionale n. 33/2009", manifestando quindi la volontà della Giunta Regionale a intervenire per innovare i rapporti tra Università e servizio sanitario regionale;

RICORDATO che tra obiettivi del Comitato di indirizzo rientra anche la stesura congiunta di un Piano strategico che, tenendo conto delle rispettive mission e provvedimenti organizzativi, preveda: obiettivi ordinari e straordinari; progetti di particolare rilievo; aree per le quali si renda necessario uno sviluppo, sia sotto il profilo assistenziale che di didattica e ricerca; modalità di interrelazione con altri Dipartimenti Universitari o Aziende Ospedaliere;

VISTO il Piano Strategico Ospedale Università, presentato al Consiglio di Amministrazione nella seduta del 17.12.2014 (verbale n. 34) e le osservazioni pervenute sino ad oggi;

PREVIA VOTAZIONE resa ai sensi di legge, da cui risultano n. 7 voti favorevoli su n. 7 votanti;

DELIBERA

per le motivazioni richiamate in premessa di approvare il "Piano Strategico Ospedale Università" che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Segretario
Massimo Aliberti

Il Presidente
Giancarlo Cesana

PROSEGUIMENTO DEL PROCESSO DI DELIBERAZIONE
IN DATA 22 GEN. 2015 AL N. 1717

WWW.ALBOPRETORIOnline.IT





Piano strategico ospedale università

1. Premessa

Nel corso del 2011 e 2012, Fondazione e Università si sono fatte promotrici di una sperimentazione, presentata anche nell'ambito del Convegno del 20 giugno 2011, volta a modificare profondamente il rapporto convenzionale storicamente protrattosi.

L'esigenza di rinnovare il rapporto tra le due Istituzioni nasceva, oltre che da un'esigenza di maggiore efficacia ed efficienza, anche dal mutato quadro normativo derivante dalla cosiddetta Riforma Gelmini, il quale, pur non essendo stato completato proprio per la parte relativa ai rapporti tra Ospedali e Università, portava a una differente impostazione dell'organizzazione universitaria.

La proposta di sperimentazione, avviata con un gruppo di lavoro misto, è esitata in una prima proposta, inviata alla Direzione Generale Salute in data 8 novembre 2013.

A fronte di ulteriori approfondimenti si è dunque concordato di procedere ad una prima applicazione della proposta di nuova Convenzione, ovviamente per le parti compatibili con la norma vigente, costituendo il Comitato di indirizzo, deliberato dai due Consigli di Amministrazione nello scorso mese di maggio.

Il presente documento esamina alcuni aspetti e il contesto, sotto diversi profili, per poi suggerire le strategie condivise per il prossimo triennio 2015-2017.

2. Situazione economica, sociale ed epidemiologica

Tracciare il futuro della collaborazione tra Ospedale e Università e definirne i piani strategici, senza esaminare i profondi mutamenti che, nel giro di pochi anni, hanno attraversato la società italiana, significherebbe disperdere risorse e non possedere la lungimiranza indispensabile proprio nei momenti di crisi.

Gli elementi che debbono essere considerati sono dunque:

- La contrazione di risorse pubbliche nei settori dell'istruzione e dell'assistenza sanitaria e i vincoli al reclutamento di nuovo personale: sia il SSN che l'Università sono state assoggettate a ripetuti interventi che hanno limitato il turnover e, quindi, a maggior ragione, lo sviluppo degli organici. In molti casi il vincolo al reclutamento è a prescindere dalle risorse economiche necessarie, essendo finalizzato alla riduzione strutturale della spesa pubblica. L'Università è assoggetta ai punti-organico attribuiti dal Ministero e la Fondazione ai piani assunzione deliberati annualmente dalla Regione: in entrambi i casi i contingenti assegnati risultano al di sotto delle esigenze.
- L'evoluzione epidemiologica avvenuta negli ultimi decenni, con l'aumento consistente dell'aspettativa di vita e contestualmente la riduzione della natalità, ha reso il profilo sia della ricerca in ambito biomedico che dell'assistenza profondamente diverso da quello sul quale i percorsi formativi e l'organizzazione ospedaliera si sono fondati. Mantenere la medesima suddivisione nelle discipline, sia per le scuole di specializzazione, sia, soprattutto per l'assegnazione di personale e rispetto dei requisiti di accreditamento, comporta una rigidità non più compatibile con l'evoluzione concreta di patologie e tecnologie.





- La normativa del SSN e la contrattualistica hanno subito trasformazioni sia del ruolo del medico, che delle professioni sanitarie; è emerso, alla fine degli anni novanta, il ruolo gestionale del direttore di struttura, modificando in questo modo sia la richiesta di competenze che l'esperienza maturabile nei diversi contesti professionali; insieme si è aperto un ventaglio di possibilità, nell'attribuzione del ruolo dirigenziale, non sempre pienamente sfruttato.

Sono considerazioni sintetiche che tuttavia richiedono la ricerca di nuovi strumenti, che non possono essere semplicemente quelli sinora utilizzati.

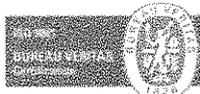
3. Analisi della normativa di riferimento nei rapporti tra ospedale e università

Come richiamato in premessa, successivamente al 2010 sono intervenute profonde modifiche sia del quadro istituzionale, con particolare riguardo a struttura e organi dell'Università, e normativo, sia a livello nazionale che regionale, relativamente ai rapporti tra queste due istituzioni.

In particolare:

- La legge 30 dicembre 2010 n. 240 - "Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario", ha previsto, all'art.6 comma 13 che "... il Ministero (della Università e Ricerca, ndr), di concerto con il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza per i rapporti dello Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sentita la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia riguardo alle strutture cliniche e di ricerca traslazionale necessarie per la formazione nei corsi di laurea di area sanitaria di cui alla direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005, predisporre lo schema-tipo delle convenzioni al quale devono attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del Servizio sanitario nazionale".
Detto schema-tipo, benché ne siano state predisposte bozze, non è stato sinora emanato.
- La Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, al titolo III - Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca- prevede che "... la Regione, entro il 27 febbraio 2010, stipula con le università, un protocollo generale d'intesa, finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà di medicina e chirurgia e i soggetti pubblici e privati accreditati a contratto nel territorio regionale".
- Con DGR IX/001053 del 22.12.2010 – Protocollo di intesa con le università della Lombardia con Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca – detto protocollo è stato approvato, rinviando alle singole Università e Aziende Ospedaliere la sottoscrizione delle Convenzioni secondo uno schema-tipo che avrebbe dovuto essere approntato dalla Regione. Tuttavia il subentrare della Legge 240 ha di fatto impedito la conclusione di tale iter, come chiarito con nota della Direzione Generale Sanità del 24.1.2012 – n.p. H12012.0002594, che ha rinviato ogni provvedimento sino al chiarimento a livello nazionale.

Allo stato attuale non sono in itinere provvedimenti chiarificatori rispetto alla conclusione del percorso delineato e, dunque, il contesto in cui ci si trova a operare richiede da una parte l'introduzione, ormai inderogabile, di innovazioni, dall'altra il rispetto di alcuni vincoli ineludibili.





4. Problematiche nel rapporto Ospedale – Università e metodo di lavoro

Il principale nodo che deve essere superato nel percorso di revisione delle convenzioni e quindi di stesura del piano strategico, è il sostanziale parallelismo tra le due Istituzioni: le due diverse appartenenze si traducono infatti in diversa regolamentazione, organizzazione (Dipartimenti e Unità Operative per l'Ospedale, Dipartimenti per l'Università), contrattualistica (orario di lavoro, struttura e progressione di carriera), gestione delle risorse umane (reclutamento, valutazione, provvedimenti disciplinari) calendario e relative scadenze programmatiche (solare per l'ospedale, scolastico per l'università), ambiti di prevalente attività (assistenziale versus didattica e ricerca).

Si può comprendere come ciò, in un contesto nel quale le due istituzioni sono chiamate a concorrere alla medesima attività e obiettivi, possa frapporre degli ostacoli, oltre che inevitabili inefficienze, non più sopportabili nell'attuale situazione storica ed economica.

Si fa riferimento a :

Gestione delle risorse strutturali:

- sono presenti due biblioteche (oltre ad alcune biblioteche di istituto) e doppi abbonamenti;
- le reti informatiche sono divise e il personale universitario è dotato di doppie postazioni informatiche;
- studi e segreterie sono distinti per ospedalieri e universitari
- aule e spazi per gli studenti sono solo in parte gestiti congiuntamente e comunque insufficienti
- laboratori, per l'attività assistenziale e la ricerca, sono estremamente frammentati, con duplicazioni di attrezzature e, comunque, insufficienza di spazi adeguati.

Gestione integrata dei processi amministrativi: ancor oggi abbiamo personale amministrativo, che spesso convive negli stessi uffici e che, a parte rare eccezioni, svolge compiti in modo nettamente separato.

Gestione del sistema di prevenzione, sicurezza e tutela della salute negli ambienti di lavoro a favore del personale universitario e dei soggetti equiparati (specializzandi, studenti, dottorandi, assegnisti ecc.).

Trattamento economico e giuridico di universitari e ospedalieri: la separazione tra didattica, ricerca e assistenza è, in ambito sanitario, assolutamente artificiosa, se consideriamo che ambienti, pazienti, studi sono gli stessi. Non solo, rischia di diventare anche dannosa, e sicuramente controproducente per le finalità dell'una e dell'altra istituzione. In particolare:

- per gli universitari sussiste una divisione tra il tempo dedicato all'assistenza e quello dedicato alle attività formative e di ricerca;
- le attività didattiche sono svolte dagli ospedalieri su ambiti limitati e con selezioni;
- la parte di retribuzione variabile non è sempre assimilabile e sovrapponibile per entrambi i ruoli.

5. Esigenze dell'ospedale

Nel delineare quelle che sono oggi le principali esigenze che l'ospedale avanza nei confronti dell'Università si fa riferimento a:





- a. dirigenza con qualità cliniche ed organizzative: il convenzionamento sia di direttori di struttura complessa che di ricercatori o associati comporta per l'ospedale una sostanziale assunzione che deve rispondere ad esigenze primariamente assistenziali ma anche organizzative, con capacità di integrazione;
- b. condivisione linee di ricerca sulle quali investire (in termini di attrezzature, personale anche non convenzionato);
- c. selezione personale: l'ospedale offre diverse opportunità di inserimento lavorativo, pur precario (cococo, sostituzioni, borse); l'università avendo uno sguardo più ampio potrebbe favorire, anche per queste posizioni, medici meritevoli (non necessariamente di scuole di specialità dirette da prof. del Policlinico);
- d. specializzandi: inutile segnalare come gli specializzandi siano un'opportunità per le aree cliniche, sia in termini di forza-lavoro che di stimolo e possibilità di didattica; è evidente che la loro assenza nelle UO dirette da ospedalieri sia un limite alla collaborazione.

6. Esigenze dell'università

- a. sviluppare ulteriormente le abilità cliniche degli studenti anche grazie alla disponibilità di un maggior numero di reparti clinici;
- b. perfezionare il percorso formativo pre laurea e post laurea in accordo con il quadro epidemiologico delle malattie, con l'invecchiamento della popolazione e con la tematica della plurimorbilità;
- c. convenzionamento del personale universitario con responsabilità assistenziali in attività presso la Fondazione, in particolar modo riferito ai Ricercatori a TD, con l'integrazione stipendiale cosiddetta "De Maria";
- d. possibilità di acquisire nei ruoli universitari personale ospedaliero, che abbia acquisito la cosiddetta "Abilitazione Scientifica Nazionale" con retribuzione a carico dell'Azienda Ospedaliera;
- e. pulizie degli spazi universitari: porre a carico della Fondazione l'esecuzione del servizio di pulizia degli spazi universitari presso gli immobili della Fondazione stessa, prevedendo il rimborso da parte dell'Ateneo delle relative spese.

7. Vincoli normativi

Benché ciascuna delle due istituzioni abbia ben presente i propri vincoli, si tende a credere che l'altra possa fare di più per raggiungere obiettivi, che sicuramente sono comuni.

Si tratta però prima di avere chiari e prendere coscienza della realtà, per poi provare a percorrere vie d'uscita compatibili con il contesto.

Alcuni esempi:

- a) corrispondenza tra discipline-specializzazioni e realtà clinica: la rigida suddivisione in discipline è un vincolo sia per gli universitari (es. sono stati prof.ssa Scorza, prof. di medicina Interna ma operante in ambito reumatologico-immunologico-allergologico, o prof. Magrini, direttore di medicina interna ad indirizzo cardiovascolare, in realtà cardiologia a tutti gli effetti, e tuttora Prof.ssa Payvandi, internista, ma operante in area ematologica), ma anche per la Fondazione, in quanto i requisiti di accreditamento vincolano la denominazione di una UO al possesso della relativa specializzazione chi vi opera. Poiché tale suddivisione è abbastanza inadeguata alla realtà, andrebbe affrontata dal Comitato di indirizzo per capire quali sono i margini per superarla o le iniziative da assumere per chiedere modifiche.





b) reclutamento: i vincoli economici e normativi (punti-organico per Università, autorizzazione posti regionali per Fondazione) che sono esattamente identici per le due istituzioni, hanno bloccato il naturale meccanismo di convenzionamento che veniva garantito, quasi in automatico, agli universitari e le assunzioni almeno a copertura del turnover per l'ospedale.

La risoluzione del problema deve essere cercata dalle due istituzioni, pur consapevoli che i Ministeri, e relativi fondi, hanno differenti finalità e regole d'esercizio finanziario (tali per cui il fondo sanitario nazionale difficilmente potrebbe finanziare dipendenti universitari, e l'università, analogamente, non potrebbe sostenere interamente lo stipendio a ricercatori/associati senza contribuzione del Policlinico).

La via d'uscita va ricercata da iniziative nei confronti di Regione e Ministero, in modo tale per cui sia la Regione a utilizzare parte dei propri fondi per posizioni universitarie, vincolate a operare in aziende sanitarie, riconoscendole come extra piano assunzioni.

Non è da escludere, inoltre, l'esame di altre possibili alternative, che consentano un riconoscimento reciproco, ma compatibile coi vincoli di bilancio (Convenzionamento con pieno riconoscimento giuridico ma non economico? Riconoscimento docenza per ospedalieri idonei senza posto in organico universitario?).

c) collaborazioni con personale non convenzionato: come si sa molti universitari operano in Fondazione pur senza onere economico diretto della Fondazione (De Maria, perché comunque il Policlinico sostiene gli oneri di spazi, utenze ecc...). Oltre al tema dell'integrazione (dei sistemi informativi, delle biblioteche, delle aule...), vi è comunque il problema del riconoscimento dell'operatività di tali figure.

d) mobilità del personale docente: benché per gli universitari operanti in contesto clinico, con convenzionamento, la possibilità di spostamento sia molto agevole (meno lo è per gli ospedalieri, soprattutto se responsabili di struttura, perché in quel caso la direzione è esclusivamente legata all'ospedale dove si è vinto l'incarico), in realtà quasi mai un docente, arrivato a dirigere una struttura, cambia la sua sede. Questo è un fattore che sicuramente non favorisce l'innovazione e dunque il Comitato di indirizzo dovrebbe utilizzare dei criteri per porre in atto quanto le norme già prevedono, con la finalità di favorire lo scambio, il confronto, la sfida a nuovi obiettivi.

8. Rapporti con altri poli universitari e altre strutture sanitarie

Pur essendo il polo principale, il Policlinico non presenta una coincidenza coi Dipartimenti Universitari, operando in esso anche docenti di altre Dipartimenti. Inoltre l'assetto istituzionale dell'Università è sostanzialmente centrato sul singolo docente (ciascuno di loro decide dove afferire, senza vincoli derivanti dalla materia trattata), mentre quello della Fondazione è basato sull'organizzazione (si afferisce all'UO della disciplina in cui si è specialisti).

Da tale assetto derivano aspetti che determinano una certa rigidità (per il sistema):

- scuola di specialità legata al singolo docente (se il docente si sposta, si "porta" la scuola con sé);
- docente convenzionato con il singolo polo universitario, libero però di spostarsi in altro contesto (a condizione che sia nuovamente convenzionato), cui non corrisponde però altrettanta possibilità da parte dell'Ospedale di poter operare "scambi" o sinergie.

La situazione che si genera, nei fatti - benché tutte le regole consentirebbero ben altro - una stabilità a tempo indeterminato, perlomeno tra i poli pubblici, dei docenti, a prescindere da valutazioni sia organizzative che meritocratiche.

Bisognerebbe dunque comprendere come, stabilite le strategie, si possa effettivamente ricorrere a cambiamenti, come si dirà poi.





9. Le prospettive, riflessioni e aree di sviluppo

Nel corso dei lavori del comitato di indirizzo sono emerse le seguenti indicazioni, che dovranno essere implementate nei diversi provvedimenti organizzativi, quali POA, Piani assunzioni, definizione dei bandi per ricercatore e professore universitari.

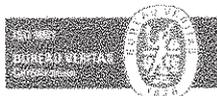
6

☆ Dipartimento di Medicina e Medicine specialistiche:

- Medicina Interna e Geriatria: negli anni si è assistito a una progressiva specializzazione in area medica, con conseguente affermazione di specializzazioni di organo/apparato. Tale tendenza deve tuttavia coniugarsi con la realtà epidemiologica, ove la multimorbidità è ormai la regola. Si ritiene pertanto necessario che l'Università orienti sia i fabbisogni che lo sviluppo formativo per i nuovi medici in questa area, con particolare riguardo all'approccio al problema emergente della vecchiaia e multi morbidità. La Fondazione prevederà invece, nell'aggiornamento del POA, il mantenimento dell'area di medicina interna e geriatria, pianificando anche le relative sostituzioni a medio termine.
- Medicine specialistiche: riconoscendo l'importanza delle specializzazioni di area medica, Fondazione e Università si impegnano alla salvaguardia del livello di eccellenza di dermatologia, endocrinologia, immunologia, audiologia e di verificare le necessità emergenti, destinandovi le relative risorse.

☆ Dipartimento delle Unit multispecialistiche:

- Unit cardiopolmonare: è necessario che la Unit possa trovare una logistica che consenta l'effettiva integrazione delle equipe, che risultano oltretutto non equilibrate in termini di assegnazioni. Ciò sarà possibile grazie al trasferimento previsto nel Padiglione Guardia, in via di completamento. E' confermato, dal punto di vista universitario, il mantenimento presso la Fondazione delle scuole di specializzazione.
- Unit nefrourologica: in Fondazione si è realizzata sia l'unitarietà nella gestione del paziente, specie tra UOC di Nefrologia e UOC Trapianti di rene, sia la collocazione logistica nei Padiglioni Croff e Cesarina Riva. E' necessario che Fondazione e Università investano nell'area trapiantologica, che presenta criticità non tanto sotto il profilo delle competenze e professionalità, quanto sul ricambio generazionale. La direzione della UOC di Nefrologia, ora ospedaliera, potrebbe trovare una conversione universitaria, previo l'esperimento dei necessari passaggi formali.
- Unit gastroepatologica: ottimi i livelli di integrazione, permangono problematiche di natura logistica, che, grazie alle ristrutturazioni in corso potrebbero trovare soluzione. Dal punto di vista universitario è necessario che si rivolga attenzione alla radiologia interventistica – che ha assunto in campo epatologico una rilevanza terapeutica assoluta – vista l'estrema difficoltà a reclutare e formare professionisti.





- Unit ematologico-trasfusionale: necessitano di essere meglio definiti i rapporti con l'area internistica, come pure favorita una maggior integrazione tra le diverse UUOO che vi afferiscono. Fondazione e Università riconoscono la centralità di tale Unit su tutto l'ambito ematologico, che riguarda quindi oncoematologia e ematologia non tumorale. Inoltre l'expertise sui disturbi della coagulazione è strategica per l'intero territorio nazionale.

7

☆ Dipartimento di Chirurgia:

Nell'area chirurgica il principale mutamento non è stato tanto la specializzazione (già presente con chirurgia in branche determinate dal distretto anatomico interessato) quanto la tecnologia, che ha ricondotto molta parte della chirurgia generale a chirurgia ambulatoriale. In questo contesto (peraltro anch'esso segnato dall'invecchiamento e dalla riduzione della chirurgia d'urgenza) ci si deve muovere sia nella formazione (articolando la specializzazione in chirurgia generale in poli generalisti) che nell'organizzazione (prevedendo ad esempio aree omogenee multispecialistiche per regime ambulatoriale o di ricovero, cioè grandi aree di day e week surgery ove operano chirurghi delle diverse specialità e reparti ad alta intensità di cura per interventi maggiori).

Un altro fattore relevantissimo è l'interventistica, che presenta un profilo molto atipico: mentre in tutti i distretti tranne quello cardiaco, l'interventista è un radiologo, nel cuore è un cardiologo: ma questo è verosimilmente frutto di una consuetudine sviluppata autonomamente dai professionisti. Andranno immaginate scuole di specializzazione per questi rami, per i quali l'offerta è estremamente ridotta, come pure studiate possibilità tali per cui un neurochirurgo o un chirurgo addominale possano operare anche in interventistica.

Infine le tecnologie: non possiamo ignorare che nel giro di poco tempo la robotica soppianderà la laparoscopia (per i più facili tempi di apprendimento) e dunque la necessità di formazione universitaria.

Pertanto, le principali riflessioni riguardano i seguenti aspetti:

- La chirurgia vascolare, in ragione delle interrelazioni con cardiologia e chirurgia toracica, dovrà sviluppare un legame più organico con la Unit cardiopolmonare; inoltre, anche alla luce delle revisioni su scala metropolitana, ne andrà meglio definita la mission.
- La chirurgia generale e d'urgenza, a seguito della unificazione di due UUOO, presenta un organico non indifferente, pur avendo al proprio interno gruppi con specificità, quali la chirurgia senologica e la endocrino chirurgia. Dovranno essere ulteriormente approfonditi i livelli di integrazione con la chirurgia epatobiliopancreatica e individuate, anche guardando al livello metropolitano, le aree da sviluppare, considerando anche i prossimi avvicendamenti.
- L'area testa-collo ha subito una notevole accelerazione e verosimilmente necessita di essere assestata, l'odontostomatologia necessita di una riflessione su scala metropolitana e in raccordo col polo universitario del San Paolo.





☆ Dipartimento Donna Bambino Neonato:

I numerosi mutamenti sociali intervenuti alla fine del secolo scorso hanno portato a modificare sensibilmente eventi fisiologici come la gravidanza e alla sopravvivenza in casi estremi, con patologie croniche che ormai prevalgono anche in età pediatrica. Ciò non può che condurre a considerare tutti gli aspetti psicosociali che accompagnano queste condizioni, che debbono divenire parte del bagaglio formativo di chi opera in tali aree, come pure a dotare i servizi delle necessarie competenze.

Si tratta infatti di un dipartimento strategico nel quale l'area neonatologico-pediatrica, a differenza di quella ostetrico-ginecologica, necessita di compiere il passo decisivo verso l'integrazione e il miglior utilizzo delle pur ingenti risorse già oggi a disposizione.

In questo contesto è sicuramente necessaria una visione dell'area metropolitana o, quantomeno, dei tre poli universitari.

E' in ogni caso necessario che:

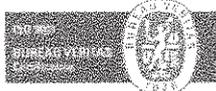
- siano salvaguardate le attività di alta specializzazione, quali la reumatologia, endocrinologia, immunologia, nefrologia pediatriche e l'attività quali-quantitativa ostetrico-ginecologica;
- venga potenziato il valore aggiunto di quelle aree che presentano competenze assistenziali e scientifiche che dall'ambito pediatrico arrivano sino all'adulto, quali la nefrologia, l'urologia, la fibrosi cistica;
- sia riconosciuta tra le mission della Fondazione l'area materno-infantile, con i conseguenti investimenti da parte dell'Università, riguardo alla centralità delle Cliniche De Marchi e Mangiagalli nel contesto metropolitano e regionale.

☆ Dipartimento dei Servizi:

Quasi ovunque l'area dei laboratori e della diagnostica per immagini è rimasta in ambito esclusivamente ospedaliero; gli stessi laboratori di ricerca sono stati quasi sempre aggregati all'area clinica (e quindi ciascuna UO ha spesso il "suo" laboratorio). Se questa impostazione può avere un suo senso teorico (nel quale la ricerca traslazionale è legata alla clinica, che la "governa" ed indirizza), oggi non solo non è più sostenibile, ma rischia addirittura di perdere il passo con le innovazioni tecnologiche e con la logica delle piattaforme tecnologiche. Questa purtroppo è però uno sviluppo che fatica ad essere accettato e praticato.

E' quindi necessario:

- nella diagnostica per immagini va valutato lo sviluppo/integrazione della Fisica Sanitaria e il rapporto tra radiologia e neuroradiologia; a proposito di quest'ultima va perseguita la strada di riconoscimento universitario all'attuale direttore;
- l'attività di interventistica merita un investimento, soprattutto sul versante formativo-universitario, per le ragioni precedentemente esposte;





- per l'area dei laboratori è necessaria una riflessione sul numero dei laboratori, il rapporto tra ricerca e assistenza, la loro attuale frammentazione; va proseguita la strada della razionalizzazione delle attrezzature e degli spazi, con la costituzione di ulteriori piattaforme oltre a quella di biologia molecolare.
- ☆ Dipartimento di Neuroscienze e Salute mentale:
- per l'area neurologica è necessaria una riflessione relativa alle articolazioni presenti e alla necessità di sviluppo di iperspecializzazioni; sono tuttora carenti sotto il versante universitario competenze su area cardiovascolare;
 - per l'area della salute mentale è opportuna una riflessione su scala metropolitana, come pure necessaria una verifica delle competenze psicosociali presenti – e disperse- in Fondazione.
- ☆ Dipartimento di Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Urgenza:
- per l'area dell'emergenza-urgenza è necessario esaminare tutto l'ambito traumatologico, dai politraumi alla microchirurgia, dotando il dipartimento delle competenze necessarie, anche con riguardo alla collaborazione e cooperazione con gli altri DEAS metropolitani;
 - per l'area anestesiologicala è opportuno valutare il fabbisogno, anche alla luce della riorganizzazione dei blocchi operatori che conduca ad un maggior efficientamento delle risorse;
 - per l'area di rianimazione e terapia intensiva è da salvaguardare l'eccellenza acquisita, ponendo le basi per il mantenimento e potenziamento nel medio-periodo.
- ☆ Dipartimento di Medicina preventiva:
- per l'area statistico epidemiologica, il convenzionamento con la Statistica comporta una revisione dell'area; va inoltre considerata la possibilità di un legame più organico con le attività di analisi dei dati per appropriatezza e qualità delle prestazioni;
 - per l'area di tutela e sicurezza dei lavoratori è necessaria un'analisi dell'evoluzione avvenuta nei diversi settori produttivi per calibrare le competenze necessarie ed emergenti.
- ☆ Dipartimenti Amministrativo, Tecnico e Staff direzionali: in tali ambiti opera personale universitario; sono necessarie riflessioni del comitato di indirizzo su:
- Controllo di gestione e programmazione sanitaria: pur se la Fondazione riceverà un sostanziale potenziamento con la Statistica, l'area di economia sanitaria necessita di un potenziamento, soprattutto con competenze specifiche in ambito economico, ma anche di programmazione sanitaria e gestione manageriale;
 - Formazione e aggiornamento del personale: più che di potenziamento, l'area necessita di contributi sul versante dei contenuti e delle possibili partnership, con una miglior sinergia anche sugli aspetti concernenti i flussi di dati.





- Sistemi informativi: oltre alla necessità di integrare i sistemi informatici – su cui gli uffici stanno già lavorando – è necessario che il percorso verso l'informatizzazione dei processi assistenziali (da cui deriverebbe anche la disponibilità di dati per la ricerca) sia intrapreso con più decisione di quanto fatto finora. Competenze in ambito di biotecnologie, informatica sanitaria, analisi di flussi e processi sarebbe dunque auspicabili per la Fondazione.

10. Conclusioni operative

L'adozione del presente piano strategico da parte del Comitato di indirizzo comporta:

- il proseguimento nelle attività di ricognizione di risorse umane e strumentali per addivenire all'utilizzo di sistemi gestionali comuni o integrati (applicativi per personale, database per attrezzature, gestione spazi);
- l'avvio di analisi epidemiologiche, funzionali a definire il fabbisogno formativo e i modelli organizzativi;
- l'analisi comune delle risorse e competenze presenti, necessarie a supportare le scelte dei rispettivi piani di assunzione;
- l'approfondimento circa i criteri da utilizzare nell'attribuzione di responsabilità di struttura, comuni sia a dirigenti ospedalieri che personale universitario.

Il presente piano strategico, inoltre, dovrebbe essere condiviso dai Consigli di Amministrazione e inviato alla Direzione Generale Salute di Regione Lombardia, onde verificare le ulteriori sinergie e passi necessari all'aggiornamento e revisione degli atti convenzionali.

2 dicembre 2014

