

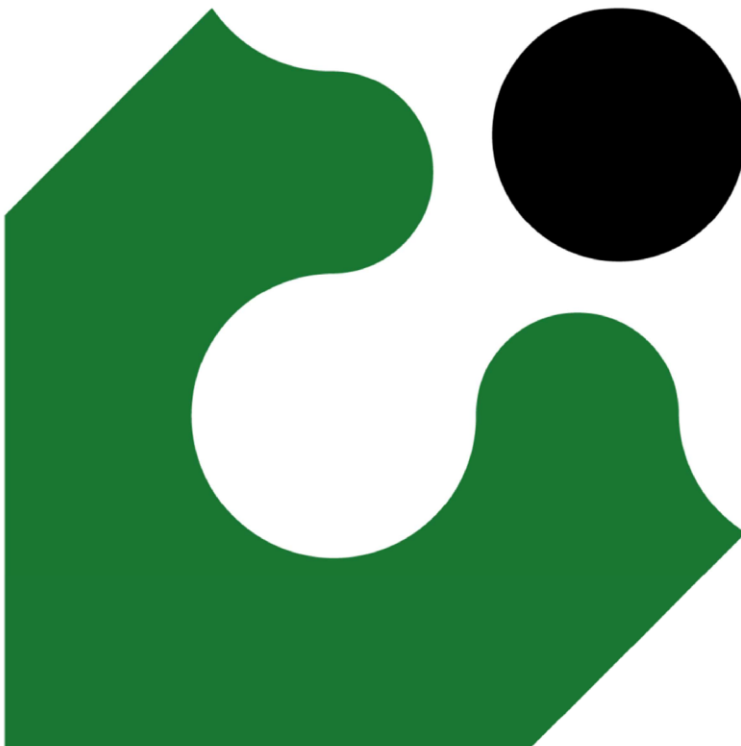


## **Impatto organizzativo nella rimodulazione del sistema ambulatoriale in una Azienda Ospedaliera monospecialistica ASST Pini-CTO**

Gallazzi Mauro Battista  
Guarino Arturo  
Memeo Antonio  
Misaggi Bernardo  
Tassi Alberto

**Rivalidazione manageriale**

2020



# **Corso di Rivalidazione manageriale**

**Titolo del corso: *Lo sviluppo del manager in Sanità: tra sfide e cambiamenti***

*Ecole*

*Ecole 19001/AE*

## **GLI AUTORI**

Gallazzi Mauro Battista Asst Pini-CTO; mauro.gallazzi@asst-pini-cto.it

Guarino Arturo Asst Pini-CTO; arturo.guarino@asst-pini-cto.it

Memeo Antonio Asst Pini-CTO; antonio.memeo@asst-pini-cto.it

Misaggi Bernardo Asst Pini-CTO; bernardo.misaggi@asst-pini-cto.it

Tassi Alberto Asst Pini-CTO; alberto.tassi@asst-pini-cto.it

## ***INDICE***

<b><i>INTRODUZIONE</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>OBIETTIVI DEL PROGETTO</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>DESCRIZIONE DEL PROGETTO E METODOLOGIA ADOTTATA</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>DATA SET</i></b> .....	<b>11</b>
<b><i>ANALISI DEL DATA SET</i></b> .....	<b>17</b>
<b><i>OPZIONI STRATEGICHE</i></b> .....	<b>24</b>
<b><i>CONCLUSIONI</i></b> .....	<b>34</b>
<b><i>RIFERIMENTI NORMATIVI</i></b> .....	<b>36</b>

## ***INTRODUZIONE***

In generale nel corso di questi ultimi anni l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini in conseguenza del modificarsi del contesto in cui opera ha cercato di cambiare i suoi assetti organizzativi al fine di adattare la sua realtà di Istituto mono-specialistico alla mutazione delle condizioni di mercato. Fra le varie modifiche organizzative apportate vi è stata quella relativa ai servizi ambulatoriali, che ha avuto lo scopo di potenziare l'offerta di prime visite garantendo allo stesso tempo un adeguato flusso di controlli. In particolare si è passati da un vecchio modello "tradizionale" in cui la domanda di prestazioni superava l'offerta, al modello attuale di espansione dell'offerta volto ad attrarre una domanda territoriale ed extraterritoriale, nella prospettiva di potenziare il "core business" dell'azienda rappresentato dai ricoveri chirurgici.

In questo contesto si inserisce il lavoro del gruppo volto ad una analisi dei costi-benefici delle scelte fatte, all'individuazione delle criticità e dei potenziali miglioramenti contestualizzando i Servizi Ambulatoriali nel quadro d'insieme di impresa. In generale l'azienda ospedaliera Gaetano Pini si trova in un momento fortemente critico in cui il futuro dell'organizzazione è messo in discussione anche più fortemente di quanto non accada al resto del sistema. È in atto un deciso cambiamento di paradigma e modalità di lavoro all'interno delle aziende sanitarie, che rende particolarmente critica la

situazione di aziende a vocazione monospecialistica, come appunto l'Istituto Gaetano Pini, che, mentre possiedono competenze specialistiche allo “stato dell’arte”, dall’altra mancano di quei supporti tecnico-organizzativi che permettano di affrontare in condizioni di relativa sicurezza i pazienti critici e/o le complicanze post-chirurgiche in particolare connesse agli interventi più complessi. In queste situazioni di generale criticità è fondamentale avere una visione strategica d’insieme ed appare più evidente l’importanza di una struttura di governo forte che, fatta un’adeguata analisi del contesto operativo, sappia mobilitare adeguatamente le risorse disponibili in azienda e costruire un sufficiente consenso attorno ai cambiamenti necessari. Interfacciarsi, infatti, solo con l’aspetto operativo dell’organizzazione, perdendone la visione d’insieme, è un forte rischio per le aziende ospedaliere, che porterebbe a creare una struttura debole e non in grado nel lungo periodo, di affrontare le complessità.

È necessario, quindi, per avere un’organizzazione di successo perseguire costantemente un sistema di coerenza fra la *mission* che l’organizzazione s’impegna a perseguire, la *vision* dell’ospedale che la scandisce e la sua strategia per raggiungere i risultati prefissati. È opportuno sottolineare, inoltre, che questa coerenza va ricercata in maniera costante e duratura. Compito del management, quindi è prestare attenzione costante non solo alle singole unità operative, ma anche all’azienda ospedaliera nel suo complesso, accompagnando ad ogni decisione a livello di singolarità una forte coerenza per la visione d’insieme. Nel caso specifico dell’azienda ospedaliera Gaetano Pini la *vision* fissa alcuni valori

base, che devono essere di riferimento per ogni decisione.

*L'azienda Ospedaliera "Gaetano Pini" ha come precisi valori di riferimento:*

- *l'utente, quale elemento fondamentale per garantire continuità all'Azienda;*
- *il principio etico fondamentale della dignità e della libertà della persona umana, per cui il rispetto va tutelata la salute;*
- *il personale, come strumento per garantire al paziente le prestazioni di cui necessita;*
- *la qualità delle prestazioni erogate e dei processi organizzativi;*
- *il rinnovarsi a tutti i livelli, per far fronte ai continui cambiamenti del settore ospedaliero;*
- *il miglioramento continuo dei percorsi diagnostico terapeutici;*
- *l'innovazione e il potenziamento delle strategie organizzative aziendali;*
- *lo sviluppo della ricerca e della professionalità per il rapido trasferimento dei risultati al paziente;*
- *l'ammodernamento delle tecnologie sanitarie;*
- *lo spirito europeo e l'apertura a collaborazioni internazionali.*

La mission che ne consegue è ambiziosa e necessita di un lavoro costante per essere perseguita. L'ospedale si propone infatti di *offrire prestazioni specialistiche, per le materie di competenza, di elevato contenuto tecnico in grado di dare adeguate risposte ai bisogni di salute dei pazienti che si rivolgono all'Istituto.*

In quest'ottica diviene imprescindibile un forte coinvolgimento dei clinici nelle attività gestionali ed organizzative, sia perché i medici sono i principali "stake-holders" nel rapporto coi

pazienti, sia perché, hanno le competenze cliniche per valutare la portata dei cambiamenti organizzativi. Inoltre non va trascurato l'aspetto relazionale e di abbattimento delle resistenze interne, indispensabile perché i cambiamenti organizzativi divengano rapidamente efficaci. In una struttura di comando in cui vi sia una forte e qualificata rappresentanza medica diviene poi più agevole trasmettere il contesto decisionale all'intero staff medico al fine di ottenere un consenso. Consenso che non può essere acritico, ma che richiede spesso una fase negoziale, volta a trovare, se esistono, soluzioni migliorative.

### ***OBBIETTIVI DEL PROGETTO***

Date queste premesse il gruppo si è posto il problema di come la ridefinizione strategica degli ambulatori abbia “impattato” sul quadro globale dell'Istituto, in particolare se l'espansione dell'offerta di visite ortopediche specialistiche e generiche nell'ultimo triennio abbia avuto dei riflessi positivi sull'attività chirurgica, che rappresenta il “core business” dell'Istituto ed in particolare, a Ns avviso, è il principale indicatore della sua posizione strategica nel suo specifico segmento di mercato sanitario.

### ***METODOLOGIA ADOTTATA E DESCRIZIONE PROGETTO***

La prima fase del lavoro si è basata sull'incrocio dei dati di flusso di visite ambulatoriali e di produzione chirurgica nelle varie UOC del

Pini nell'ultimo triennio, raffrontandoli con l'attività chirurgica di pazienti provenienti dal PS, attività, dunque, indipendente dall'attività ambulatoriale. I dati sono stati forniti dalla nostra Unità Operativa di Controllo Gestione. Sulla base dell'analisi dei risultati ottenuti, mediante discussioni collettive del gruppo ove ognuno in relazione alle sue specificità professionali ha portato il suo preciso contributo, sono state proposte delle possibili scelte strategiche con l'idea che esse possano rappresentare una base negoziale da proporre al Dipartimento Chirurgico ed alla nostra Direzione Strategica.

- Contestualizzazione del problema all'interno dell'organizzazione

*Dal PIANO DI PERFORMANCES 2019 L'ASST si evince che "il Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO nasce dall'unione tra l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini ed il CTO, centri di eccellenza dell'ortopedia nazionale ed europea. La nuova Azienda viene costituita da Regione Lombardia con DGR n. X/4475 del 10/12/2015, con decorrenza dal 01/01/2016 in attuazione della l.r. 23/2015. L'attività di Ortopedia e Traumatologia si sviluppa in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano.*

*Presidio Ospedaliero Complesso Gaetano Pini La scuola ortopedica milanese nasce nel 1874, quando Gaetano Pini fonda l'Associazione per la Scuola dei Rachitici per la cura dei tanti bambini affetti in quell'epoca da rachitismo. Attraverso la cura e la ricerca, dalla Scuola per bambini rachitici alla costituzione di un ospedale, dalle prime tecniche radiologiche alle più sofisticate tecniche di imaging, dalle sale operatorie convenzionali alla robotica, il Gaetano Pini diviene un ospedale modernissimo e all'avanguardia nelle tecnologie di settore.*



*All'Azienda Pini viene 2016 accorpato il CTO, collocato in un'area caratterizzata in passato da un'elevata intensità industriale, è stato ed è ancor oggi un punto di riferimento per le aree specialistiche dell'ortopedia-traumatologia, della chirurgia della mano e della riabilitazione dei pazienti medullolesi.*

*Da diversi anni, ai settori tradizionali si affianca un'importante e qualificata attività riabilitativa in ambito cardiologico, respiratorio e neurologico; in particolare, in ambito neurologico costituisce una struttura di eccellenza il Centro per la Malattia di Parkinson e i Disturbi del Movimento.*

*L'ASST persegue i seguenti obiettivi:*

- sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito muscolo scheletrico, reumatologico e riabilitativo;*
- potenziamento della ricerca e delle alleanze con le Istituzioni Accademiche;*
- partecipazione all'implementazione delle reti regionali previste dalla LR 23/2015 finalizzate a offrire prestazioni ad alta qualificazione;*
- sviluppo di un'attività formativa in ambito ortopedico-riabilitativo, sia per quanto riguarda i corsi universitari, sia per la crescita continua delle competenze dei professionisti dell'Azienda.*
- promozione dell'evoluzione dell'approccio alla cura, della malattia singola al prendersi cura della persona nel suo complesso.*

*L'Asst Pini-CTO è convenzionata con l'Università degli Studi di Milano, in un complesso sistema di rapporti che coinvolge varie unità operative, anche a direzione didattica, afferenti ai diversi presidi aziendali.*

*Gli obiettivi dell'Azienda sono quindi perseguiti d'intesa con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, nella consapevolezza che l'insieme delle attività di assistenza, didattica e ricerca costituiscono un fattore di garanzia della qualità delle cure e di stimolo per l'innovazione e lo sviluppo dei servizi.*

*Nel rispetto delle finalità istituzionali proprie di ciascun Ente, i rapporti tra Università e ASST sono regolati da specifici accordi, in base ai quali numerosi medici svolgono attività didattica e convenzionata con Scuole di specializzazione universitarie. La convenzione vigente con l'Università degli studi di Milano prevede attualmente tre Strutture complesse a Direzione Universitaria, di cui due Ortopediche ed una Reumatologica. “*

Volendo definire l'Azienda da un punto di vista dei numeri e facendo riferimento ai dati pubblicati sul Piano di Performances 2019 le tabelle più significative sono le seguenti:

### Posti letto

	N. Posti letto 2018			N. Posti letto 2018		
	ACCREDITATI			EFFETTIVI		
	Acuti e Riab	DH/DS	Totale	Acuti e Riab	DH/DS	Totale
<b>PRESIDIO PINI</b>	380	14	<b>394</b>	304	13	<b>317</b>
<b>PRESIDIO CTO</b>	146	15	<b>161</b>	123	13	<b>136</b>

### Volumi di attività

	ANNO 2018	
	GAETANO PINI	CTO
<b>Regime di ricovero ordinario</b>		
DIMESSI (N.ro)	9.348	3.000
DEGENZA MEDIA	8,76	10,58
<b>Regime di ricovero in Day Hospital</b>		
DIMESSI (N.ro)	989	695
ACCESSI DH	1879	695
<b>Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)</b>	<b>349.861</b>	<b>188.075</b>
<b>Accessi PS (N.ro)</b>	<b>33.767</b>	<b>19.544</b>

<b>PERSONALE AL 31 dicembre 2018</b>	
PERSONALE INFERMIERISTICO	397
PERSONALE TECNICO SANITARIO	63
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	70
ASSISTENTI SOCIALI	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	129
OTA/OSS	86
PERSONALE RUOLO TECNICO	133
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ASSISTENZIALI	27
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ECONOMICI	3
<b>TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE</b>	<b>910</b>
DIRIGENZA MEDICA	224
<b>TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA</b>	<b>224</b>
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7
<b>TOTALE AREA DIRIGENZA SPTA</b>	<b>14</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1148</b>

## DATA SET

Anche solo da una valutazione sommaria dei dati in precedenza riportati emerge che l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini è una delle aziende ospedaliere di maggiore rilievo della città di Milano e della Regione Lombardia. È un ospedale noto in tutto il territorio Italiano per il suo alto livello di competenza e specializzazione nell'ambito della gamma degli interventi ortopedici, rivolta ad un'utenza tradizionalmente di elezione, ma, con un peso sempre maggiore, anche ai pazienti traumatologici. L'azienda, inoltre, ha anche alcune specificità che ne fanno un punto di riferimento regionale e nazionale quale la chirurgia dei tumori musco-scheletrici, la

traumatologia pediatrica, la chirurgia delle deformità vertebrali. L'azienda ospedaliera si propone come struttura nella quale si valorizza al massimo non soltanto l'attività specialistica ortopedica nei vari settori specifici, ma anche la tecnologia applicata di settore, come l'imaging radiologico muscolo-scheletrico e la diagnostica anatomicopatologica, dotati, peraltro, proprio in relazione al loro elevato "expertise", di capacità attrattiva autonoma. L'alta qualità di professionisti e tecnologie presenti nell'Azienda è tesa a realizzare un servizio pubblico d'eccellenza, fortemente orientato all'utente e rispettoso di tutti i suoi bisogni. L'eccellenza dell'ospedale e la fama ad essa legata sono frutto di anni di storia e costante lavoro teso al continuo miglioramento degli standard del servizio offerto. È all'interno di questo contesto d'eccellenza che si colloca il problema analizzato.

In particolare in qualità di ospedale monospecialistico i professionisti che vi lavorano hanno spesso, attraverso anni di training specifico, sviluppato competenze ultra-specialistiche nelle singole branche dell'ortopedia, processo che se da un lato ne ha raffinato all'estremo le competenze settoriali, dall'altro li rende meno utilizzabili come "global players" dell'ortopedia. In questo ambito alcune scelte recenti, fra le quali le modalità utilizzate per avviare l'ambulatorio pomeridiano generale richiesto dagli standard di accreditamento e dal contratto con la ASL, possono sembrare in parziale o addirittura netta contrapposizione con la storia e la filosofia dell'Istituto.

L'attuale articolazione dell'Ambulatorio Ortopedico è schematizzata nella seguente tabella:

### MATTINO

Sala Visita	LUNEDI		MARTEDI		MERCOLEDI		GIOVEDI		VENERDI	
1	8.00 12.30	1° CLIN ORT. ANCA/GIN.	8.00 12.45	ORT. TRAUM I CONTROLLI	8.00 12.15	ONC. ORT. Pediatrico	8.00 11.45	Patologia Vertébrale	8.30 12.00	Patologia Degener. Rachide
2	8.00 13.15	1° CLIN ORT. Traum. Sportiva	9.30 13.00	ORT. TRAUM III	8.00 12.15	ONC.ORTOPEDICA	8.00 11.45	Patologia Vertebrale (STU)	8.30 12.00	Patologia Degener. Rachide
3	8.00 14.00	M.C.M.	8.00 13.00	O.T.P.	8.00 12.30	M.C.M.	8.00 13.00	M.C.M.	8.00 13.15	C.R.L.
4	8.00 12.30	T.S. Protesi articolari	8.00 12.00	DEFORMITA' DEL RACHIDE	8.00 13.00	WEEK SURGERY STU GINOCCHIO	8.00 12.15	WEEK SURGERY SPALLA	9.30 13.15	WEEK SURGERY SPALLA
5	8.00 13.00	C.R.L.	8.00 12.00	2° CLIN ORT.	8.00 12.30	C.HIR. VASCOLARE Dr. CORTI.	8.30 12.00	C.R.L.	8.00 12.00	Chir. Vascolare
6	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi
7	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi	8.00 13.00	Sala gessi
8	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----
9	8.00 13.00	C.R.L.	8.00 13.30	ORT. TRAUM III	8.00 12.45	C.R.P.	8.00 13.30	CARG	8.00 12.30	C.A.D.
10	8.00 12.00	ORT. TRAUM I	8.00 11.30	1° CLIN ORT. Piede Evolutivo	8.00 12.45	C.R.L.	8.00 11.45	WEEK SURGERY STU GINOCCHIO	8.00 12.45	WEEK SURGERY SPALLA
11	8.00 13.00	M.C.M.	8.00 13.15	O.T.P.	8.00 12.30	M.C.M.	8.00 13.15	O.T.P.	8.00 12.30	M.C.M.

### POMERIGGIO

Sala Visita	LUNEDI		MARTEDI		MERCOLEDI		GIOVEDI		VENERDI	
1	12.00 16.00	ONC.ORT. (Overbooking)	14.20 16.30	Patologia degenerativa del rachide*	14.20 16.30	DIETOTERAPIA	14.00 15.30	1° CLIN ORT. Piede Evolutivo	---	-----
2	11.00 14.15	1° CLIN ORT. Piede e Cav. Adulti	13.00 15.45	Terapia del dolore	13.30 15.00	1° CLIN ORT. Protesica anca e ginocchio	14.00 17.00	1° CLIN ORT - C.O.S.P. Dr BOTTIGLIA	---	-----
3	12.30 17.00	O.T.P.	13.00 15.45	Terapia del dolore	14.00 16.00	OT.1. CAVIGLIA/PIEDE Dr. Sartorio	14.00 17.00	TERAPIA DEL DOLORE	13.30 16.00	2° CLINICA ORT PAT. DELLE GRANDI ARTICOLAZIONI
4	14.00 17.00	SPALLA/GOMITO Dr. LEO	---	AMBULATORIO GENERALE 12 SLOT	14.00 16.30	T.S. Protesi articolari	12.30 15.30	DEFORMITA' DEL RACHIDE	---	-----
5	14.00 17.00	PCF Mano e polso (Dr. VIGNALI)	14.00 16.30	1° CLIN ORT. - C.O.S.P. Dr CORRADINI	14.30 16.00	C.R.P. (Dr. BARATELLI ??)	14.00 16.30	1° CLIN ORT - COMM Dr CORRADINI	14.00 16.00	WEEK SURGERY CM ANCA Dr UDERZO
6	14.00 17.00	1° CLIN ORT. SPALLA/GINOCCHIO	14.30 16.00	WEEK SURGERY CHPIEDE	14.00 16.00	WEEK SURGERY STU	14.00 17.00	CARG Dr BERRUTO	---	-----
7	14.00 17.00	C.R.L. F.V.	---	-----	14.00 16.00	C.R.L.-Chir Mini Dr LADO	14.00 17.00	CARG Dr BERRUTO	---	-----
8	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----
9	14.30 17.30	VULNOLOGIA	---	AMBULATORIO GENERALE 12 SLOT	14.30 17.30	---	14.30 17.30	VULNOLOGIA	---	-----
10	14.00 17.00	Reuma 71	14.20 16.00	Reuma 71	12.30 16.30	OT.1. CM-ANCA dr GALA	13.00 15.15	CARG Dr BERRUTO	14.00 17.00	Reuma 71
11	14.30 17.30	REUMA 70 Dr. DI LUCIA	14.00 16.30	C.R.P. PIEDE/CAVIGLIA	13.00 17.00	Reuma 71	14.00 16.30	O.T.P.	---	-----



### MATTINA E POMERIGGIO PRESSO AMBULATORIO EX CORRIDOIO DH REUMA

Sala Visita	LUNEDI		MARTEDI		MERCOLEDI		GIOVEDI		VENERDI	
CORRIDOIO EX DH REUMA	8.30 12.30	---	---	---	---	---	---	---	---	AMBULATORIO GENERALE 12 SLOT
CORRIDOIO EX DH REUMA	14.30 17.30	AMBULATORIO GENERALE 12 SLOT	14.20 16.30	*	14.20 16.30	AMBULATORIO GENERALE 12 SLOT	14.00 15.30	AMBULATORIO GENERALE 12 SLOT	---	-----

Si tratta di una offerta molto articolata e differenziata dove accanto ad ambulatori specialistici propri delle varie sotto-specializzazioni ortopediche ci sono numerosi slot di recente introduzione (2019) così detti indistinti a disposizione del CCR regionale in cui vengono prenotate prime visite generiche affidato a specialisti di tutta la struttura operativa che intervengono a rotazione periodica. Va

sommata a tale rotazione non specializzata anche la presenza dei medici ortopedici a rotazione nelle sale gessi mattutine.

I dati di produzione ambulatoriale con gli effetti delle visite ambulatoriali indistinte ed il peso medio del DRG, indicatore della complessità assistenziale, sono riportati nella sequenza tabella:

 Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO		Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Gaetano Pini	
<b>UOS Controllo di Gestione e Programmazione</b>			
<b>Prima Visita e Controlli 2017/2018/2019 PINI Chirurgie</b>			
CDC	QUANTITA 2017	QUANTITA 2018	QUANTITA 2019
10210100 - I Clinica Ortopedica	2.752	3.690	4.076
10220100 - Ortopedia Traumatologia I	2.435	1.901	1.696
10220400 - Chirurgia Articolare del Ginocchio	1.300	1.199	1.267
10220500 - Chirurgia Spalla e Gomito	490	786	605
10220700 - Chirurgia Percutanea del Piede	316	333	0
10230400 - Traumatologia Sportiva	1.060	1.061	1.124
10230600 - Chirurgia Ricostruttiva/Revisione Protetica dell'Apparato Locomotore	2.303	1.994	0
10240600 - Ortopedia Traumatologia Week Surgery	2.564	2.503	2.958
10260100 - II Clinica Ortopedica	1.349	1.289	1.240
10260400 - Chirurgia Anca Displastica	686	502	546
10260500 - Allungamento e Fissazione Esterna Arti	488	0	0
10280100 - Ortopedia Traumatologia III	1.218	1.461	2.387
10290100 - Ortopedia Traumatologia Pediatrica	3.269	3.728	3.953
10310100 - Ortopedia Oncologica	1.884	2.159	2.274
10320100 - Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva	4.213	4.117	4.717
10320600 - Traumatologia della Mano	1.500	1.047	997
10330100 - Ortopedia Traumatologia Patologie Colonna Vertebrale	1.617	1.669	1.732
10410400 - Chirurgia Patologie Reumatiche	1.200	1.204	1.320
10660100 - Traumatologia d'Urgenza Pini	26.427	29.633	31.233
10670100 - Attività Ambulatoriali	10.338	10.588	12.231
10670120 - Ambulatorio Vulnologia	592	456	2.021
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>68.001</b>	<b>71.320</b>	<b>76.377</b>
<b>Peso Medio Dipartimento di Ortopedia 2017/2018/2019 PINI</b>			
DIPARTIMENTO	Peso_Med 2017	Peso_Med 2018	Peso_Med 2019
10200000-Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche	1,15	1,28	1,25

n

e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali in particolare nel periodo pomeridiano e di visite generiche è stata fatta nell'intento duplice di ottenere la massima soddisfazione della domanda, in continua crescita, con abbattimento delle liste d'attesa soprattutto per le prime viste, come da indicazioni dell'ATS, ma anche di espandere il

pool dei pazienti suscettibili di ricoveri chirurgici in elezione. È evidente in questo contesto una criticità. Infatti l'istituzione dell'ambulatorio pomeridiano generalista appare, per alcuni, come contraddittoria rispetto alla filosofia dell'Istituto Gaetano Pini, poiché non si integra con l'idea del ruolo di eccellenza e d'istituzione di secondo livello dell'ospedale in cui il rapporto medico paziente dovrebbe avvenire in un contesto di patologie specialistiche.

Inoltre l'incrementare l'impegno orario dei professionisti in attività generiche può diminuire la disponibilità in Sala Operatoria di Chirurghi altamente specializzati. In questo contesto va anche considerato che non solo le attività ambulatoriali generiche determinano una minor disponibilità dei chirurghi ma agiscono in tal senso anche le altre attività istituzionali quali le guardia interne ed il PS. In particolare per quanto riguarda il PS l'assetto attuale dell'ospedale Gaetano Pini prevede, ad oggi, che vi siano tre medici di servizio in pronto soccorso durante la mattina, due nel pomeriggio e uno nel turno notturno. Data questa struttura, gli accessi al PS della mattina sono smaltiti in maniera soddisfacente, mentre nel pomeriggio i tempi d'attesa si allungano, essendo presente un medico in meno con conseguente incremento degli allontanamenti volontari dei pazienti in particolare dei codici bianchi. Inoltre, è necessario sottolineare come nel corso della giornata l'affluenza al pronto soccorso sia in progressiva diminuzione e particolarmente bassa nelle ore notturne. In particolare mediamente su ca 38000 prestazioni di pronto soccorso all'anno ca il 5-8% di esse si trasformano in ricoveri, ciò corrisponde ad un numero massimo 8 ricoveri giornalieri. Di questi ricoveri si conta che

solo ca 3 alla settimana avvengano nelle ore notturne. Questi dati dimostrano come, ad oggi, l'incidenza del pronto soccorso notturno al Pini sia alta a livello di costi e molto bassa a livello di prestazioni urgenti che comportino l'ospedalizzazione. Per questo motivo la problematica si presta ad essere analizzata nell'ottica di punto d'incontro fra strategia e struttura, cercando di tenere in considerazione sia le esigenze dell'Azienda Ospedaliera nel suo complesso, che quelle delle singole professionalità mediche coinvolte nel funzionamento quotidiano dell'Azienda (attività ambulatoriale, reparto, attività chirurgica).



## ***ANALISI DEL RAPPORTO FRA ORGANIZZAZIONE AMBULATORIALE E DATI DI PRODUZIONE***

Motivo della tesi è, quindi, quello di verificare quali sono gli effetti di questa organizzazione ambulatoriale sulla produzione aziendale complessiva.

A tal fine si sono recuperati i dati di produzione dell'ultimo triennio



In questa tabella sono riportati i dati di produzione complessiva relativi ai DRG chirurgici nell'ultimo triennio scomponendo successivamente il dato nei DRG provenienti da ricoveri da PS rispetto ai DRG da elezione.

Analizzando i dati complessivi si evidenzia come dal 2017 al 2019 si è avuta una caduta progressiva della produzione in quei reparti ove era concentrata maggiormente l'attività di protesizzazione caratterizzata da un DRG relativamente alto (Ortopedia Traumatologia 1, Chirurgia articolare del ginocchio, Chirurgia dell'anca displasica, Chirurgia Ricostruttiva/revisione protesica dell'apparato locomotore, Chirurgia delle patologie Reumatiche), hanno avuto un notevole balzo in avanti le due Ortopedie Universitarie, il Week Surgery e la Traumatologia 3, le altre mediamente sono rimaste stazionarie o hanno subito lievi arretramenti produttivi. Come indicatore iconico dell'attività chirurgica ortopedica è stato scelto l'andamento nel tempo degli interventi di protesizzazione articolare che è riportato nella seguente tabella [dati da controllo di gestione]:

### **IMPIANTI PROTESICI**

	<b>PS</b>		<b>ELEZIONE</b>	
	<b>N° casi</b>	<b>DRG</b>	<b>N° casi</b>	<b>DRG</b>
2016	249	2.211.546	493	4.454.451
2017	275	2.414.558	395	3.521.040
2018	268	2.341.408	372	3.177.232
2019	260	2.265.870	338	2.924.381

Dall'analisi della tabella si evince come nello specifico mentre nel corso degli anni il numero degli interventi di impianto di protesi articolari su matrice traumatologica acuta, quindi di provenienza dal PS, si è mantenuto relativamente stabile, il numero di interventi di protesizzazione eseguiti in elezione è costantemente diminuito nel tempo attestandosi nel 2019 a ca il 68% degli interventi eseguiti nel 2016.

Valutando, poi, il dato produttivo del 2019 nel suo insieme rispetto a quello dei due anni precedenti si osserva come globalmente la produzione chirurgica sia diminuita sia in termini di N° di casi, sia in termini di valore globale. Andando a valutare i dati produttivi relativi ai DRG provenienti da ricoveri di PS rispetto ai DRG da ricoveri in elezione si osserva come fra il 2018 ed il 2019 per i ricoveri da PS si è avuta solo una lievissima flessione (23 casi in meno) anche se a fronte di un peso medio più basso (3979 Euro Vs 4172 Euro). Al contrario per i ricoveri da elezione si sono avuti 108 casi in meno con una perdita di 1.183886 Euro con un peso medio più basso (3395 Vs 3564).

Le visite ambulatoriali rappresentano, tradizionalmente, la principale porta di ingresso per fidelizzare i pazienti alla struttura ed anche per il reclutamento dei pazienti chirurgici. In generale la struttura dell'ambulatorio aziendale è stata ampliata nel corso degli ultimi anni con estensione all'orario pomeridiano che si è affiancato alla attività mattutina. In particolare

l'ambulatorio pomeridiano è stato inizialmente strutturato su ambulatori specialistici in analogia con quanto avveniva nell'intervallo mattutina, mentre nel 2019, anche su indicazione dell'ATS, al fine di ridurre i tempi di attesa per le prime visite, è stato aperto un ambulatorio generale in cui far confluire in modo indistinto le prime visite stesse, indipendentemente dalla patologia. In linea di principio, mentre questa scelta organizzativa sicuramente risponde ad una domanda sociale di prestazioni che non trova risposta dai canali tradizionali, essa appare in contraddizione con l'identità stessa dell'ASST Pini-CTO, in qualità di azienda super specialistica. Infatti, dal momento che all'interno dell'ambulatorio la presenza degli specialisti avviene secondo le rotazioni routinarie, spesso capita che il paziente non incontri lo specialista di cui necessita e il medico presente non possa far altro che rimandarlo allo specialista in questione.

È chiaro come questa funzione di smistamento sia in qualche modo uno spreco di risorse per un ambulatorio che dovrebbe essere di secondo livello e attrarre pazienti la cui diagnosi di primo livello è già avvenuta per mano di un medico di medicina generale o al più da uno specialista ambulatoriale territoriale. Sarebbe, anche in questo caso, necessario che il medico generale avesse già fatto una diagnosi di primo livello, magari utilizzando dei frame specifici nell'orientare il paziente, così che questo sia già immesso nella giusta filiera e arrivi velocemente allo specialista indicato per il trattamento della patologia. In questo contesto dovrebbero essere canalizzate sull'ambulatorio solo quelle patologie specifiche di interesse per una struttura come il Pini con una forte vocazione chirurgica. La riprova del ridotto impatto

sull'attività della struttura dell'ambulatorio pomeridiano risiede nel fatto che si stima che solo una percentuale minoritaria (meno del 10%) dei pazienti visitati nell'ambulatorio pomeridiano arrivano all'intervento chirurgico, a fronte di una percentuale che si aggira attorno al 60% per l'ambulatorio della mattina. La discrepanza fra l'impostazione generalista dell'ambulatorio e quella specialistica del resto dell'ospedale crea, quindi, una forte conflittualità dall'interno dell'istituzione e viene percepita dalla classe medica come una scelta che possa condurre alla ridefinizione verso il basso del posizionamento dell'Azienda Ospedaliera, riconosciuto come polo di eccellenza grazie alla forte specializzazione nell'ambito della medicina ortopedica. La prima conseguenza dell'analisi critica dei dati a disposizione è che in linea generale l'introduzione dell'ambulatorio generale pomeridiano a fronte di un discreto aumento dei costi economici (personale altamente specializzato impiegato in modo aspecifico e poco efficiente e, quindi, distratto da attività più specifiche e remunerative) e morali (insoddisfazione dei professionisti ed incremento della conflittualità nella struttura) abbia svolto un ruolo sociale, ma non abbia prodotto significativi effetti positivi sulle struttura stessa. Dall'analisi dei dati emerge tuttavia a Ns avviso un ulteriore elemento di criticità e che in generale mette in discussione il ruolo delle visite ambulatoriali anche specialistiche come canale "efficiente" nel garantire un flusso di pazienti chirurgici che permetta almeno di mantenere, se non di espandere, la produzione. Infatti come in precedenza ricordato la produzione chirurgica del Pini in elezione si è ridotta progressivamente nel corso dell'ultimo triennio, nonostante la generale espansione dell'attività

ambulatoriale. In particolare mentre il numero di complessivo degli interventi è rimasto abbastanza costante, si è ridotta l'attività chirurgica con DRG a maggior peso come la protesizzazione. Al contrario l'attività chirurgica da PS si è dimostrata in espansione. Tale fenomeno sembra connesso ad una riduzione della capacità di attrazione della domanda in elezione in relazione al consolidamento sul mercato di forti "competitors" in particolare nell'area del Privato Convenzionato (tipo Galeazzi, Humanitas, Auxologico) evidentemente dotati di marcata capacità di reclutamento di pazienti su base regionale ed extra-regionale che ha eroso il mercato specifico dei pazienti ortopedici in passato canalizzati preferenzialmente al Pini. In generale il peso medio del DRG del Pini, marker della sua complessità assistenziale, si è attestato negli ultimi anni su valori relativamente bassi (valore rilevato nel 2019 = 1,28; come titolo di esempio nel 2017 il valore medio del DRG del Galeazzi era di 1,84). In questo contesto l'impostazione tradizionale in cui una maggiore "accessibilità" alla struttura attraverso una semplice espansione degli spazi ambulatoriali possa da sola essere un fatto chiave nella competizione in ambito sanitario va probabilmente rivista. Le soluzioni elaborate dal gruppo si collocano in questa prospettiva. Come già visto in precedenza, c'è al fondo di tutto la necessità di delineare una strategia per l'Istituto dentro la quale allineare le diverse soluzioni operative.

## ***OPZIONI STRATEGICHE***

Partendo dalla definizione del problema e dalle peculiarità che presenta come difficile punto d'incontro fra struttura e strategia, il gruppo ha deciso di affrontare la problematica utilizzando un approccio puramente manageriale, che consiste nel presentare diversi scenari possibili convinti che in una realtà complessa non può esistere una soluzione unica, ma devono essere attivate differenti ipotesi organizzative.

### ***Strategie possibili***

L'istituto

Gaetano Pini, come del resto il mondo della sanità in generale, sta progressivamente perdendo il suo vantaggio competitivo, costruito in anni di storia, lavoro ed eccellenza, sia dal punto di vista oggettivo che sul piano dell'immagine. Per quanto riguarda invece la perdita del vantaggio sul piano dell'immagine è spiegabile se si considera il fatto che, ad oggi, il Pini non è più l'unico ente possibile a cui rivolgersi per l'eccellenza delle cure ortopediche, come invece è stato fino a poco tempo fa. Negli ultimi anni si sono sviluppati altri istituti in grado di rispondere alla stessa domanda. Il rischio, molto forte, è quello di perdere del tutto la fama costruita in qualità di centro di eccellenza riducendosi ad una struttura ordinaria dove arrivano patologie che potrebbero essere indirizzate e curate da qualsiasi struttura ortopedica ordinaria.

Alla luce di queste indicazioni, appare utile una ri-progettazione così articolata:



### Ulteriore rimodulazione dell'offerta pomeridiana

Un'ulteriore rimodulazione dell'ambulatorio ortopedico dopo i cambiamenti realizzati negli anni precedenti rappresenta a Ns avviso un fattore organizzativo minore. Infatti dall'analisi dell'efficacia dei cambiamenti apportati in precedenza si è chiaramente visto che il recupero della domanda di prestazioni chirurgiche, puntando come unico fattore di attrazione sull'ambulatorio generale, non ha prodotto gli effetti sperati. Tuttavia qualche modifica può essere apportata. In particolare dovrebbero essere aperti ulteriori ambulatori specialistici pomeridiani. Per non gravare troppo sugli aspetti organizzativi generali sarebbe ragionevole iniziare con l'apertura di un singolo ambulatorio specialistico pomeridiano ogni giorno, cominciando con le aree super specialistiche a più alta richiesta e con liste di attesa più lunghe. Questi ambulatori dovrebbero però essere finanziati con i fondi per l'abbattimento delle liste di attesa coinvolgendo e motivando i professionisti sulla base di un obiettivo che può avere importanza strategica per l'Azienda. Ipotizzando l'usuale schema ambulatoriale con una apertura di 5 ore al giorno per ogni giorno, il contributo complessivo dovrebbe essere di ca 800 visite in più per ogni specialità ogni anno di lavoro.

Naturalmente considerando il ruolo "sociale" dell'offerta di un ambulatorio generico rispetto ai bisogni della popolazione, si propone di potenziare l'attività di visita dei codici bianchi, creando un percorso ambulatoriale ad hoc che faccia perno sul terzo medico di guardia diurna in PS da solo o in associazione con uno specializzando dell'ultimo anno. In quest'ultima evenienza l'ambulatorio dedicato potrebbe prendersi in carico i codici bianche ed, almeno, parzialmente la patologia generica.

Ripensamento dei rapporti con specialisti di primo livello Un punto significativo nel corretto indirizzamento dei pazienti è che i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali, che rappresentano i potenziali mandatarî dei pazienti al Pini, conoscano sia la realtà organizzativa dell'ambulatorio nelle sue varie declinazioni iperspecialistiche, ma anche i vari PDTA legati alle varie patologie trattate in Istituto. Andrà quindi confermato ed eventualmente potenziato il programma formativo che prevede un rilancio del rapporto con i medici di medicina generale e con gli specialisti ambulatoriali di primo livello. Tale progetto, che non è, comunque, oggetto del presente lavoro, prevede per i prossimi anni di strutturare una forte offerta formativa rivolta ai medici di medicina generale e specialisti di primo livello, volta a creare una possibile fidelizzazione alla struttura attraverso una maggior capacità dei medici di medicina generale d'individuare correttamente patologie specifiche sapendo di poterle indirizzare ad ambulatori dedicati.

#### Ridefinizione della struttura organizzativa

Riteniamo sulla base della Ns analisi dei dati che questo "item" rappresenti la vera scelta strategica necessaria per rilanciare l'Azienda Ospedaliera. In particolare crediamo sia indispensabile espandere l'attività in quei settori che in questi anni hanno comunque dimostrato di essere in espansione e di "soffrire" meno la competizione con il privato convenzionato e, per i quali, evidentemente esiste tuttora una domanda insoddisfatta e quindi un potenziale spazio di espansione. In particolare rappresentano "asset" aziendali su cui investire in termini di risorse umane ed economiche:

1. l'oncologia ortopedica
2. la traumatologia degli adulti

3. la traumatologia pediatrica
4. la chirurgia della mano
5. la chirurgia del rachide
6. la riapertura del reparto settici (per cui esistono già le risorse mediche “esperte” in Azienda attualmente allocate in altre UOC)

Per arrivare ad una espansione dell'attività in tali settori non è sufficiente solo una riorganizzazione delle dotazioni organiche, ma anche della rimozione di alcune criticità che ne limitano l'attività routinaria. In generale l'espansione dell'attività di reparti a vocazione chirurgica comporta una maggior disponibilità del personale medico. Ovviamente un aumento dell'organico dei singoli reparti non sembra in termini assoluti proponibile in un momento di contenimento dei costi globali. Riteniamo, tuttavia, che agendo sull'organizzazione, si possano comunque ottenere buoni risultati. In particolare una quota di orario di lavoro dei chirurghi di questi reparti è impiegata nei servizi generali (ambulatorio generale, sala gessi, pronto soccorso, guardie presso la sede fisiatrica del Polo Finzi Ottolenghi). Almeno una parte di tale orario potrebbe essere recuperata attraverso un impiego più razionale e sistematico degli specializzandi in Ortopedia degli ultimi due anni. In particolare attualmente ogni mattina sono aperte in ambulatorio generale due sale gessi con l'impiego di due chirurghi strutturati contemporaneamente, una delle due potrebbe essere facilmente affidata ad uno specializzando che avrebbe comunque uno strutturato di back up nei casi dubbi o complessi. Analogamente anche nel PS diurno si potrebbero ottenere dei risparmi di personale. Infatti attualmente il PS è organizzato con la presenza di tre ortopedici nel turno mattino, due nel turno pomeridiano e uno nel turno

notturno. Affidando un turno agli specializzandi (finalizzato soprattutto ai casi a bassa complessità come i codici bianchi) stante comunque la presenza di ortopedici strutturati, si avrebbe un ulteriore risparmio di personale medico, dedicabile all'attività chirurgica di elezione. In prospettiva un'ulteriore economia si potrebbe ottenere nel caso che venisse chiuso l'attuale PS del Presidio CTO nelle ore notturne, con inserimento dei Colleghi del CTO (medici, infermieri e TSRM) nelle guardie di PS presso la Sede Centrale. Si tratta, comunque, di una decisione di livello strategico che richiederebbe il coinvolgimento della ATS e dei decisori Regionali sulla base di un'attenta analisi costi - benefici che va al di là degli scopi del presente lavoro. Meno agevole e, comunque, tutta da valutare in termini di reali vantaggi in termini di costi - benefici sarebbe la soluzione in passato ipotizzata di una chiusura del pronto soccorso dell'ospedale dalle ore 20 alle ore 8, basata su una collaborazione con la fondazione Policlinico, che si trova fisicamente a pochi metri di distanza. Prescindendo dall'aspetto "sociale" proprio di ogni PS, ma analizzando la funzione del pronto soccorso del Pini sotto il profilo della sua pura capacità di incidere sul "core business" chirurgico, esso attualmente grava pesantemente come costi, ma non ha il ritorno desiderato, in quanto sono pochissimi i ricoveri effettivamente dovuti all'attività nelle ore notturne (come in precedenza indicato sono mediamente 3 alla settimana nelle ore notturne). Un contesto di questo tipo renderebbe giustificata la chiusura notturna del PS del Pini con trasferimento delle competenze al vicino PS del Policlinico, visto il basso rate di accessi critici. Infatti l'istituzione di una guardia notturna ortopedica presso il PS della Fondazione attualmente non presente, appare sicuramente più garantista nei confronti della gestione dei casi urgenti nei

pz critici grazie alle competenze generaliste del PS del Policlinico (in quanto l'offerta di servizi di supporto e collegati è superiore a quella del Pini), ma lascerebbe del tutto aperta la problematica dei casi meno gravi che necessitano di terapie ma non di ricovero e che attualmente costituiscono la parte preponderante degli accessi al PS del Pini nelle ore notturne e che alla fine dovrebbero rivolgersi al Policlinico. È pertanto del tutto plausibile che verrebbe richiesta dalla Fondazione una compartecipazione in termini di personale medico, infermieristico e tecnico necessario per coprire questo servizio additivo. Sarebbe quindi una condizione di mero trasferimento di risorse i cui risparmi per il Pini da reinvestire nell'attività specialistica d'elezione sono tutti da valutare. In altri termini, a Ns avviso, se una stretta "joint venture" fra Pini e Policlinico con la creazione di un Pronto Soccorso comune è sicuramente una soluzione moderna ed auspicabile per aumentare le garanzie al paziente, di per sé non porterebbe a vantaggi diretti sull'incremento dell'attività specialistica d'elezione al Pini, a meno che essa non s'inscriva in un protocollo più generale di collaborazione fra i due nosocomi.

Dobbiamo, tuttavia, rimarcare che dall'analisi dei Ns dati emerge che una integrazione funzionale con Policlinico può assumere un significato più generale che va oltre al solo PS e che origina dalla revisione critica sul fatto che un ospedale mono-specialistico sia tuttora un modello proponibile e valido.

In particolare come in precedenza commentato risulta evidente come l'incremento di offerta di visite specialistiche da parte del Ns Ambulatorio Generale non si è tradotto in un incremento delle prestazioni chirurgiche che in questo anni si sono dimostrate, al contrario, in flessione. A Ns avviso la spiegazione risiede nella riduzione di capacità di attrazione in un

mercato complesso con più “competitors” e con un’offerta prestazionale fortemente competitiva sulla domanda. Riteniamo quindi che un campo di potenziale espansione del mercato delle prestazioni è rappresentato, sia in traumatologia che in patologia d’elezione, dagli interventi complessi e dai malati critici con più comorbidità che richiedono, per una gestione in sicurezza, l’assistenza di specialisti nelle varie discipline di cui, a causa della sua natura mono-specialistica, l’Istituto non è dotato. In particolare diventa sempre più complesso gestire pazienti che di età media sempre più avanzata sono inevitabilmente portatori di patologie di tipo internistico (in ambito cardiologico, pneumologico, diabetologico ecc) che il Pini non è strutturato per affrontare con le proprie risorse interne, con il duplice effetto di dover rinunciare ad interventi in elezione su pz a rischio anestesilogico medio/elevato (ASA 3 e 4), deviandoli verso altre strutture, ma anche di aver un maggior rischio negli interventi complessi o in quelli in urgenza in pz a rischio, anche per la mancanza “in house” di un rianimazione/TIPO. Infine molti interventi complessi oggi tecnicamente possibili ed eseguiti nei centri di eccellenza prevedono la presenza al letto operatorio di equipe miste pluridisciplinari di chirurghi (ortopedici, chirurghi toracici/generali/vascolari/neurochirurghi), si pensi a titolo esemplificativo agli interventi oncologici sul bacino e sulla colonna, ai grandi interventi sulle gravi deformità vertebrali o sulla colonna degenerativa con accessi anteriori, interventi microchirurgici. Ancora più critica è la pronta disponibilità di chirurghi di altre specialità nel caso dell’insorgenza di una complicanza negli interventi ortopedici. Tutti questi limiti impediscono o rendono, comunque, difficile l’accesso del Pini ad un mercato chirurgico non solo in espansione in termini di numeri, ma a cui il Pini dovrebbe necessariamente accedere proprio in ragione della

sua natura di struttura specialistica di eccellenza. Queste considerazioni che denunciano limiti importanti nell'espansione dell'attività del Pini mettono in forte discussione il modello dell'Ospedale mono-specialistico ortopedico nell'attuale contesto di Sanità. Del resto la fondatezza di tale analisi è comprovata dal fatto che il principale "competitor" del Pini, il Galeazzi, sembra aver previsto nella nuova struttura in corso di costruzione presso il Polo Tecnologico di Rho un modello differente dall'Ospedale Ortopedico puro: un ospedale polichirurgico simile al Hospital of Special Surgery di NY. Da queste considerazioni emerge a Ns avviso che una integrazione del Pini con un Ospedale Generale che fornisca le necessarie competenze non soltanto è auspicabile, ma è addirittura necessaria se si vuole mantenere la nostra ASST competitiva sul mercato, alzando, come ci sembra doveroso, il livello di complessità delle procedure chirurgiche praticabili in condizioni di sicurezza (e quindi il peso medio del DRG trasladolo il più possibile verso l'alta complessità, in particolare dall'attuale 1.26 a valori tendenti al 2). Per ragioni di prossimità, ma anche di profilo aziendale (in ambedue i casi vi è un forte legame con l'Università degli Studi di Milano), la struttura più indicata per questa integrazione è ovviamente la Fondazione Ca Granda - Policlinico. Questa integrazione potrebbe avvenire con una fusione "de facto" come a lungo era stato discusso in passato a livello politico, quando era in fase di stesura la Riorganizzazione della rete Ospedaliera Lombarda, ma poi non è stata realizzata. Naturalmente un'ipotesi di questo tipo richiede un intervento dei decisori politici e quindi non ha sicuramente tempi di attuazione brevi, anche se in senso prospettico ci sembra una valida strada da percorrere. Tuttavia, come "fast track" può essere sfruttata l'organizzazione degli ospedali in Hub e Spoke ed in reti prevista dalle

Regole 2020, in particolare facendo riferimento all'incipit del paragrafo

6.2:

### 6.2. Polo Ospedaliero

#### 6.2.1. Indirizzi

*Gli indirizzi che orienteranno la programmazione dell'offerta ospedaliera nel 2020 sono i seguenti:*

- *recepimento delle indicazioni contenute nel D.M. n. 70/2015, in particolare di quelle che hanno l'obiettivo di favorire l'erogazione di cure appropriate e sicure e che indirizzano le Regioni verso la programmazione degli assetti organizzativi dell'area ospedaliera;*
- *definizione della rete di offerta ospedaliera attraverso una visione strategica della assistenza sanitaria al cittadino concentrando competenze di alta specialità nei centri nei quali sono presenti i servizi e le discipline necessarie ad un loro adeguato funzionamento e delineando il profilo erogativo dei diversi Presidi delle ASST nella logica di una filiera erogativa coerente con le esigenze del territorio;*
- *sviluppo di una organizzazione a rete che deve prevedere assetti organizzativi coerenti con volumi di attività, analisi delle performance, attenzione alle criticità legate alle aree disagiate e definizione di progettualità di integrazione delle equipe;*

In un tale contesto normativo che favorisce l'integrazione funzionale fra Ospedali al fine di garantire il più possibile l'intera filiera prestazionale potrebbe essere stilato un protocollo di intesa fra le due Amministrazioni che preveda un reciproco scambio di competenze. Da un lato la Fondazione potrebbe fornire quelle competenze specialistiche che mancano al Pini per la corretta gestione delle procedure ortopediche complesse in elezione e per i



pazienti critici in urgenza, dall'altro il Pini potrebbe diventare la "bone unit" del Policlinico, grazie alle proprie elevate competenze professionali specifiche che non riguardano solo la parte Ortopedica ma che sono anche inerenti all'imaging muscolo-scheletrico, alla diagnostica invasiva radioguidata, alle terapie invasive radioguidate ed, infine, alla diagnostica anatomo - patologica. In particolare potrebbe assumere su di se le problematiche diagnostiche e terapeutiche chirurgiche del Policlinico inerenti:

- alle lesioni oncologiche dello scheletro completando le filiere dell'oncologia generale ed onco-ematologica del Policlinico
- alle infezioni muscolo-scheletriche collaborando attivamente con gli infettivologi
- si potrebbe arrivare alla formazioni di equipe miste ortopedici del rachide e neurochirurghi per affrontare in modo più completo ed articolato le problematiche chirurgiche del rachide degenerativo, traumatico, neoplastico
- potrebbe completare l'offerta prestazionale del dipartimento - materno infantile relativamente alla patologia ortopedica e traumatologica d'urgenza dello scheletro pediatrico (in particolare la possibilità di operare le fratture pediatriche in urgenza rappresenterebbe una singolarità propria di tale dipartimento in quanto il principale "competitor" l'Ospedale Buzzi non offre un servizio analogo), oltre che fornire un contributo in campo medico con la propria divisione di Reumatologia Infantile
- se si arrivasse ad una integrazione fra PS, il Pini potrebbe fornire al Policlinico un supporto diagnostico per la diagnostica radiologica tradizionale e di imaging relativa alla traumatologia muscolo -

scheletrica, lasciando che il Policlinico si occupi della diagnostica dell'urgenza viscerale e cranica.

Come si evince chiaramente da queste semplici simulazioni di “scenario” a Ns avviso un'integrazione almeno funzionale fra i due vicini Ospedali potrebbe comportare vantaggi reciproci creando un “aggregato” inter - aziendale completo e funzionale in grado di competere a 360° sul mercato regionale ed extra-regionale della Sanità, in particolare fare in modo che parte dell'offerta attuale sia erogata in comune con la Fondazione Policlinico potrebbe portare ad una maggior qualificazione di ambedue le strutture.

## **CONCLUSIONI**

La lezione fondamentale che abbiamo derivato nella stesura del presente lavoro è stata sicuramente la difficoltà per dei medici nel focalizzarsi compiutamente sulle problematiche organizzative “globali” che riguardino, cioè, l'intera azienda e non la propria unità operativa. Pur con tali limiti “culturali” l'elaborazione dei dati a Ns disposizione ha prodotto in Noi la convinzione che nell'attuale Sanità il modello di Ospedale Monospecialistico Ortopedico sia pesantemente messo in discussione dagli standard attuali e che una riconferma della storica posizione di prestigio e di eccellenza dell'ASST PINI - CTO passi attraverso una sua mutazione “genetica” da un profilo meramente “mono-specialistico” a “global player” grazie all'integrazione/fusione con la vicina Fondazione Ca Granda - Policlinico, struttura a sua volta di eccellenza e con una forte vocazione universitaria e di ricerca come la nostra. In particolare, come pensiamo di aver argomentato nel presente elaborato, tale integrazione,

ora più agevole sulla base delle Regole di Sistema, garantirebbe al Pini un differente “case mix” con un più alto valore medio del DRG, accedendo ad interventi ortopedici di maggior complessità sia in regime d’elezione, sia nell’urgenza, oggi non facilmente praticabili nella nostra struttura a causa dell’assenza delle idonee competenze generaliste. Riteniamo, inoltre, che tale progetto possa rappresentare una valida base di discussione con la Direzione Generale per verificare la possibilità di realizzare tali protocolli di intesa interaziendali.

**RIFERIMENTI NORMATIVI**

***Piano della Performance ASST Gaetano Pini-CTO Redatto ai sensi dell'art.10 lett. a) del D.***

***Lgs. 150/2009 Triennio di riferimento: 2019-2021***

***Delibera delle Regole di esercizio 2020 DGR XI/2672 del 16.12.2019***