Il trasferimento di parte delle attività chirurgiche in regime di day hospital consentirà, inoltre, da un lato, di liberare risorse per la chirurgia maggiore e, dall'altro, di garantire risposte più tempestive per quanto riguarda la piccola/media chirurgia. Se infatti è cruciale promuovere gli interventi chirurgici a complessità maggiore è altrettanto fondamentale favorire lo sviluppo di una modalità organizzativa più flessibile e più *patient oriented* quale quella della day surgery.

Per quanto riguarda le attività caratterizzate da elevata competenza professionale e/o da alta intensità tecnologica, si sottolinea che sono attualmente presenti, nel Policlinico Umberto I, i seguenti settori ad elevata specializzazione:

- > La cardiocirurgia
- > La cardiologia e la radiologia interventistica
- > La chirurgia mininvasiva ed endoscopica, anche con l'utilizzo di tecniche robotiche
- > I trapianti di organi e tessuti (riattivazione dei programmi di trapianto di cuore, avviamento dei trapianti di intestino per i quali si sta aspettando l'autorizzazione ministeriale, ...)
- > La neurochirurgia
- > L'ematologia (trapianto di midollo, banca del sangue da cordone ombelicale)

Tali settori rappresentano le "carte vincenti" dell'Azienda Policlinico Umberto I nei confronti dell'offerta assistenziale della regione Lazio e, per alcuni di questi, di tutto il Centro-Sud, in quanto in grado di condizionarne positivamente la competitività con strutture analoghe per complessità e mix assistenziale.

Sono settori, quindi, meritevoli di investimenti dedicati, tesi a conseguire non solamente un incremento del numero di prestazioni erogate, ma anche, e soprattutto, una espansione dei rispettivi ambiti di attività verso nuove frontiere terapeutiche (robotica, trapianto di intestino, ecc.).

Sono queste, infatti, le aree assistenziali e disciplinari in cui si sostanzia la missione ed il ruolo dei Policlinici Universitari per l'innovazione scientifica e tecnologica in medicina, favorendo, nel contempo, il più immediato trasferimento della stessa nell'assistenza e nei nuovi modelli organizzativi del SSN.

Aree caratterizzate da un elevato rapporto ricavi/costi e da una consistente domanda. Alcuni settori di attività già presenti nell'Azienda Policlinico Umberto I, come la **dermatologia, l'oculistica, l'otorinolaringoiatria e l'odontoiatria** sono considerati da incentivare in quanto caratterizzati da un rapporto costi/ricavi a favore di questi ultimi.

Si tratta, infatti, di settori specialistici caratterizzati da una elevata domanda di prestazioni da parte dell'utenza e dalla possibilità di eseguire una quota consistente di prestazioni in regime ambulatoriale e/o di day hospital. E' possibile quindi prevedere un incremento dei volumi di prestazioni erogate da queste discipline.

L'attivazione del CUP e la riorganizzazione delle attività di chirurgia di giorno sono fattori critici per un adeguato sviluppo di queste aree di attività e per una migliore gestione delle liste di attesa corrispondenti.

Alcune specialità cliniche (quali l'urologia e l'ortopedia) sono, per ragioni storiche, insufficientemente sviluppate all'interno dell'azienda.

Nel campo dell'urologia è possibile quindi promuovere una espansione delle prestazioni ambulatoriali a carattere sia diagnostico che terapeutico e realizzare un forte incremento degli interventi chirurgici eseguiti in day surgery (rafforzamento del settore endoscopico) anche in previsione di un aumento della domanda legata all'invecchiamento della popolazione.

Anche l'attività dell'ortopedia potrebbe essere opportunamente potenziata. L'eccessiva congestione del reparto di degenza ordinaria è, inoltre, frequentemente causa di ricoveri impropri presso le altre unità di ricovero.

1.4.2. I criteri e le modalità della programmazione delle attività assistenziali

Con l'introduzione del sistema di remunerazione a prestazioni, in applicazione del D.lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, la programmazione e la rimodulazione dei volumi di attività assistenziale erogabile nel periodo considerato vede necessariamente una partizione per settori diversi, a seconda della specifica modalità di remunerazione.

In particolare sono stati considerati come fonti di ricavo i seguenti settori:

1. l'area dell'attività assistenziale erogata in regime di ricovero ordinario, remunerata per singolo episodio di ricovero, valorizzato in base al sistema dei DRG;
2. l'area dell'attività assistenziale erogata in regime di ricovero diurno, remunerata per singolo episodio di ricovero o per singolo accesso a seconda della tipologia di attività, chirurgica o medica erogata, valorizzata in base al sistema dei DRG;
3. L'area dell'attività ambulatoriale, remunerata a singola prestazione specialistica, valorizzata in base alle tariffe del nomenclatore regionale in applicazione del DM 22.07.1996;
4. L'area dell'emergenza, remunerata per singolo accesso al DEA che non ha esitato in ricovero, valorizzata in base al codice colore/gravità assegnato in fase di triage;
5. L'area in cui convergono le tipologie di attività che non rientrano nelle precedenti e che sono finanziate o con specifiche forme di finanziamento finalizzato, regionale o ministeriale, o sulla base di accordi tra l'Azienda Policlinico e le altre aziende sanitarie territoriali.

La presente proposta individua i settori per i quali è ragionevole programmare concretamente uno sviluppo in termini quantitativi, e, partendo dall'analisi dei dati di attività relativi agli anni 2001 e/o 2002, opera una rimodulazione dell'attività, fondamentalmente attuata in termini di aumento della complessità della casistica e di un più efficiente utilizzo della risorsa posto letto/ambulatorio.

Tale rimodulazione si riflette sulle quote di ricavo aziendale specifiche per il rispettivo settore e viene esplicitata dagli indicatori di produttività che si è scelto di considerare, in quanto ritenuti capaci di fornire evidenze che coniugano ad un livello accettabile attendibilità e sintesi:

Degenza Media e indice rotazione (tenendo conto del tasso di occupazione), in quanto direttamente collegati alla capacità di utilizzo delle risorse da parte delle strutture assistenziali ;

Il peso medio della casistica trattata, in quanto espressione della capacità di offrire assistenza professionalmente qualificata che si traduce nella gestione di un case-mix più complesso

Lo strumento gestionale utilizzato dalla Direzione Aziendale per incidere sulle capacità erogative delle strutture organizzative dell'Azienda è quello della negoziazione del budget, avviato nel corso del 2002 e destinato ad assumere un ruolo di primaria importanza nei meccanismi di pianificazione delle tipologie e dei volumi di attività in maniera coordinata con l'acquisizione delle risorse umane, impiantistiche e tecnologiche.

1.4.3. La programmazione e il processo di budget

Coerentemente con le linee di indirizzo strategico contenute nel Documento programmatico per la gestione dell'Azienda Policlinico Umberto I e con il Piano di Risanamento, la Direzione

Aziendale, nei primi mesi del 2002, ha avviato, tra gli altri interventi, il processo di programmazione per obiettivi introducendo il budget delle Unità Operative.

La metodologia seguita, sottoposta e approvata dal Servizio di Controllo Interno, è stata di tipo *bottom up*, tendente, cioè, al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione dei Direttori di Istituti/Dipartimenti ed ai Responsabili delle unità Operative.

L'avvio, con la conseguente implementazione, del processo di budget si è svolta in tre fasi:

- Con un Decreto a firma del Magnifico Rettore e del Direttore Generale è stata individuata nei Direttori di Istituti/Dipartimenti Universitari la responsabilità delle funzioni assistenziali analogamente ai Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata ed è stato costituito il Collegio di Direzione cui partecipano tutti i direttori di Direttori di Istituti/Dipartimenti.

La Direzione Aziendale ha convocato il Collegio di Direzione costituito dai Responsabili dei Dipartimenti/Istituti, individuandolo di fatto come Comitato di Budget, ed ha esplicitato gli indirizzi strategici in base ai quali, secondo una programmazione concordata ha invitato i Direttori a proporre gli obiettivi per l'anno.

Sono state infine programmate una serie di riunioni con i responsabili di tutte le Unità Operative dei 32 Dipartimenti/Istituti.

- La Direzione Aziendale ha tenuto circa 25 riunioni con i Direttori e i Responsabili delle Unità Operative di ciascun Dipartimento; ha nuovamente esplicitato gli indirizzi strategici aziendali; ed ha, infine, consegnato ai Responsabili delle Unità Operative la documentazione riguardante il Budget comprendente anche le schede da compilare, con gli obiettivi assegnati.
- Infine, con Direttori e i Responsabili delle Unità Operative di ciascun Dipartimento, sono state tenute una serie di riunioni tecniche per la compilazione delle schede e si è provveduto a costituire un data base con i dati riguardanti gli obiettivi quantitativi relativi ai ricoveri ordinari, di day hospital ed alle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2002.

Sono stati pertanto individuati i seguenti obiettivi riguardanti:

- il miglioramento dell'accuratezza, completezza e tempestività nella compilazione e nell'invio delle schede RAD agli uffici competenti;
- l'aumento del numero dei ricoveri ordinari;
- l'aumento del numero dei ricoveri in day hospital;
- l'aumento del numero delle prestazioni ambulatoriali;

Sulla base degli obiettivi fissati dagli Istituti/Dipartimenti e sui risultati ottenuti, è stato possibile effettuare la programmazione sanitaria a medio lungo termine, oggetto della presente Proposta di Piano di Rilancio, che verrà attuata e monitorata nel corso degli anni con la medesima metodologia seguita nell'anno 2002.

La presente programmazione, derivante dal processo di budget descritto, considera, quindi, distintamente:

1. Attività in regime di ricovero ordinario

Programmata con i dirigenti responsabili delle strutture di ricovero aziendali nell'ambito del processo di budget, prende in considerazione l'attività effettivamente svolta nel I semestre 2002 con una proiezione all'intero anno.

I dati di attività, confrontati nell'ambito di una accurata attività di benchmark con le aziende sanitarie e ospedaliere simili al Policlinico Umberto I per complessità, organizzazione e ruolo istituzionale, fanno ragionevolmente presumere un ampio margine di potenziamento, con un aumento delle attività di ricovero ordinario in termini di pazienti dimessi, effettuabile nella maggior parte delle strutture.

In particolare, l'azione dei responsabili sarà finalizzata alla riduzione della degenza media che nel 2002, come dato complessivo riferito all'intera Azienda, ha fatto rilevare un valore di 11,2 giorni, e sarà attuata anche in relazione alle iniziative descritte in altra parte del piano, riguardanti la centralizzazione e la razionalizzazione delle attività diagnostiche, di radiologia, di laboratorio e di anatomia patologica, e l'attività di supporto della Direzione Sanitaria alle Unità Operative sanitarie in termini di standardizzazione dei comportamenti, sia in relazione all'organizzazione delle attività, sia in relazione alla definizione di percorsi diagnostici terapeutici privilegiati per particolari categorie di pazienti, in linea con le indicazioni di buona pratica clinica basata sulle prove di efficacia (EBM), delle linee guida e dei protocolli, adottati o sviluppati localmente.

Complessivamente, l'intervento sulla degenza media, che passa da 11,2 giorni nel 2002 a 9 giorni nel 2006 e sul peso medio della casistica trattata che passa da 1,26 nel 2002 a 1,40 nel 2006 consente una previsione di aumento dei ricavi che passa da 160.886.000 di euro a 202.039.000 di euro nel 2006, con un differenziale di 41.153.000 di euro.

Al fine di una più precisa e accurata programmazione e con l'obiettivo di tenere nella giusta considerazione le peculiarità e le differenti potenzialità delle diverse unità operative del Policlinico, alcune caratterizzate da una elevatissima specializzazione, la modulazione dei volumi di attività è stata differenziata per singola area di attività, individuando le seguenti aree:

- **Medicina Generale:** in questo settore l'intervento più rilevante riguarda la riduzione della durata media di degenza, che si attesta attualmente a valori molto elevati, intorno alle 15 giornate per episodio di ricovero; la previsione considerata ragionevolmente attendibile per il 2006, definita con una certa cautela al fine di riservare un buon margine di sicurezza, è compresa tra 11 e 12 giorni. Gli ambiti di intervento in questo settore sono principalmente riconducibili al miglioramento dei rapporti tra il DEA e le strutture di degenza in termini di procedure per la garanzia della continuità assistenziale nei confronti dei pazienti giunti attraverso il pronto soccorso, che definiscano le modalità e le responsabilità per la definizione della disponibilità dei posti letto a ciò finalizzati e ad un'azione programmata orientata alla definizione dei rapporti di collaborazione del Policlinico con le strutture territoriali che garantiscono un'adeguata risposta assistenziale per i pazienti che, alla fine del loro iter diagnostico terapeutico acuto, mostrano fabbisogni di riabilitazione o lungodegenza.

- **Medicina Specialistica:** in questo settore gli interventi hanno riguardato anche, in alcuni casi, l'aumento del peso medio della casistica, in relazione alla

naturale vocazione delle strutture a gestire una casistica complessa; in particolare si è previsto un incremento del peso medio intorno al mezzo punto. Per quanto riguarda gli ambiti di intervento, la principale attenzione sarà rivolta ad un'attenta revisione delle modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche, finalizzata all'individuazione di un più corretto regime di erogazione, sia dal punto di vista della fruibilità dei servizi da parte del paziente, sia dal punto di vista di un più vantaggioso rapporto tra i costi e i ricavi delle prestazioni. In tal senso, parte della casistica erogata in regime di ricovero ordinario sarà più correttamente erogata in regime di day hospital o in regime ambulatoriale, destinando al regime di ricovero ordinario la gestione dei casi che necessitano di un livello di professionalità e tecnologia che può essere garantito solo in tale regime e che si caratterizza per una maggiore complessità.

- **Chirurgia Generale:** in questo settore si è ritenuto di incidere contestualmente sulla degenza media, che si attesta attualmente a valori compresi tra 8,5 e 13,3 giorni e sul peso medio della casistica che si attesta a valori compresi tra 0,96 e 1,28; la previsione considerata ragionevolmente attendibile per il 2006 è pari a circa 10 giorni di degenza media e circa 1,30 come peso della casistica.

Anche per questo settore si prevede di intervenire sulle modalità di partecipazione delle unità operative di chirurgia generale alle attività del DEA, al fine di una più appropriata assegnazione dei pazienti ai reparti, sulla definizione di percorsi preferenziali post-acuzie che permettano un maggiore utilizzo dei posti letto in termini di degenza media e indice di rotazione, nonché sul potenziamento delle attività erogate in pre-ospedalizzazione, al fine di ridurre la degenza media pre-operatoria.

- **Chirurgia specialistica:** in questo settore l'intervento più rilevante ha riguardato l'aumento del peso medio della casistica, in relazione alla naturale vocazione delle strutture a gestire una casistica complessa; la previsione degli incrementi di peso medio è variabile da un Dipartimento all'altro, sia in funzione della relativa disciplina di appartenenza, sia in relazione al dato di partenza.

Per quanto riguarda gli interventi programmati finalizzati alla rimodulazione dell'attività, oltre a quanto previsto nel settore delle medicine specialistiche, sono previsti specifici interventi nei settori di elevata specializzazione quali la Neurochirurgia, la Cardiocirurgia, i Trapianti di organi e tessuti, come specificato più avanti nel documento.

- **Materno-infantile:** in questo settore si è ritenuto di incidere contestualmente sulla degenza media, che si attesta attualmente a valori compresi tra 6,4 e 7,6 giorni e sul peso medio della casistica che si attesta a valori intorno a 0,83 punti; la previsione considerata ragionevolmente attendibile per il 2006 è pari a circa 6 giorni di degenza media e circa 0,90 come peso della casistica.

Il potenziamento delle attività assistenziali sarà ottenuto attraverso la revisione delle modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche con individuazione del regime di erogazione più corretto, e, in campo pediatrico, attraverso specifiche iniziative collegate all'attivazione del DEA Pediatrico, al potenziamento delle attività erogate dai centri di riferimento regionali quali il Centro per la Fibrosi Cistica e il Centro per la Celiachia, finalizzate alla razionalizzazione dei percorsi assistenziali di tali pazienti.

- **Terapie intensive:** in questo settore l'attenzione è stata posta al consolidamento dei volumi di attività, orientando l'attenzione degli operatori sanitari sul versante della professionalità e della qualità delle prestazioni erogate.

Un discorso a parte merita la programmazione delle attività assistenziali erogate presso l'osservazione medica breve, collegata al DEA: la naturale vocazione a gestire ricoveri brevi con durata di 48 – 72 ore, andrà valorizzata nel contesto della riorganizzazione del DEA con l'obiettivo di modificare una criticità di fondo: non più pazienti in transito tra il DEA e le unità operative di degenza, ma pazienti che concludono con la dimissione dall'osservazione breve il loro iter diagnostico terapeutico cominciato con l'accesso al pronto soccorso.

2. Attività in regime di ricovero diurno

L'intervento, in relazione alle differenti specifiche di finanziamento relative ai DRG medici e chirurgici, ha considerato distintamente la programmazione delle attività nei diversi Dipartimenti. In particolare:

- per i Dipartimenti connotati da attività in day hospital prevalentemente chirurgica, si è intervenuti soprattutto sul peso medio della casistica trattata, con un incremento in alcuni casi fino a 0,92 punti nel 2006;
- per i Dipartimenti connotati da attività in day hospital prevalentemente medica, si è intervenuti soprattutto sull'incremento dell'occupazione media, da ottenere stimolando un utilizzo dei posti letto, in termini di numero di accessi, più vicino allo standard fissato dalla regione Lazio di 1,7 accessi per posto letto per 365 giorni l'anno;

La previsione della ridefinizione dei ricavi mostra un aumento da 25.893.000 di euro nel 2001 a 37.073.000 di euro nel 2006, con un differenziale di 8.284.000 di euro.

Gli interventi programmati, finalizzati alla rimodulazione delle attività, saranno orientati all'individuazione della casistica gestibile in regime ambulatoriale, soprattutto nel caso dei ricoveri medici e al potenziamento delle attività erogabili in day surgery, anche attraverso l'attivazione/riconversione di posti letto dalla degenza ordinaria al day hospital.

3. Attività in regime ambulatoriale

Il settore delle prestazioni ambulatoriali assume una rilevanza strategica per l'Azienda sia per l'elevato numero di prestazioni specialistiche erogate ai pazienti esterni, che nel 2001 sono state pari a 1.687.660, per un ricavo complessivo pari a 27.003.000 euro, sia per il ruolo determinante che assumono tali tipologie di prestazioni nei confronti delle attività sanitarie erogate ai pazienti ricoverati.

Il potenziamento delle attività di ricovero, sia a ciclo continuo che a ciclo diurno descritto precedentemente, nonché il potenziamento e la valorizzazione delle attività ambulatoriali libero-professionali nelle diverse forme descritte più avanti, lascia presumere un notevole impegno assistenziale e organizzativo riflesso sul settore ambulatoriale, sia in termini di utilizzo dei fattori produttivi, risorse professionali e risorse tecnologiche, sia in termini di revisione dell'organizzazione del lavoro, al fine di una efficace integrazione che stimoli le sinergie tra i gruppi professionali coinvolti.

La scelta operata nella presente programmazione, anche in relazione all'analisi del trend degli ultimi anni, è stata quella di applicare al periodo considerato un contenuto aumento del numero di prestazioni (+1%), e della tariffa media per prestazione (16 euro); la previsione in termini di ricavi per il 2006 si attesta a 28.099.000 di euro, con un differenziale di 1.096.000 euro.

4. Attività per l'emergenza urgenza

La presente proposta considera sostanzialmente un mantenimento dei livelli di produttività del 2002, orientando le azioni verso la standardizzazione dei comportamenti

da parte degli operatori sanitari attraverso la definizione delle necessarie procedure operative, che vedono la Direzione Sanitaria assumere un ruolo di indirizzo e coordinamento, con l'obiettivo finale di incidere sulla tempestività e sulla omogeneità delle risposte, che si traducono direttamente sulla qualità del servizio percepita dagli utenti.

5. Altre forme di attività sanitarie

La presente proposta considera sostanzialmente un mantenimento dei livelli di produttività del 2002, anche in questo caso orientando le azioni verso la standardizzazione dei comportamenti da parte degli operatori sanitari attraverso la definizione delle necessarie procedure operative.

1.4.4. Interventi di sistema

Il rilancio del Policlinico Umberto I° transita attraverso un incremento dei volumi e della complessità dei casi trattati ed un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Per realizzare tali obiettivi è necessario intervenire sui fattori determinanti l'attuale configurazione dell'offerta sanitaria attraverso un processo di profonda riorganizzazione e riprogettazione delle attività assistenziali.

Il confronto, in sede di processo di budget aziendale, con i responsabili di Unità Operative dei Dipartimenti clinici e diagnostici ha evidenziato i seguenti elementi di criticità alla piena utilizzazione del potenziale produttivo dell'azienda:

1. Insufficienza della funzione di filtro del Dipartimento Accettazione ed Emergenza;
2. Carenza di personale non medico (ausiliari, infermieri, tecnici di radiologia, fisioterapisti) e medico (anestesisti, fisiatri, radiologi, ortopedici);
3. Ritardo nella esecuzione di esami diagnostici (ad es., radiologici, isto e citologici) e di interventi terapeutici (ad es., interventi chirurgici, radioterapia);
4. Inadeguatezza nella gestione delle attività riabilitative interne e di gestione dei rapporti con i servizi di riabilitazione e lungodegenza esterno all'azienda;
5. mancanza di una coerente e unificata gestione dei percorsi ambulatoriali e di raccordo fra attività assistenziali e gestione amministrativa (apertura delle casse).

Nel corso del secondo semestre del 2001 e della prima metà del 2002 è iniziata una fase di acquisizione di personale delle diverse categorie precedentemente menzionate o di affidamento in service esterno di attività non sufficientemente coperte da personale aziendale (sia universitario che ospedaliero). In particolare, è stato ampliato l'organico infermieristico (infermieri professionali e strumentisti) di circa 150 unità di personale attraverso il trasferimento da altre amministrazioni e l'estensione del numero di personale infermieristico fornito da una cooperativa di servizio (OSA). E' in fase conclusiva il percorso per l'assunzione di personale infermieristico (90 unità di personale) attraverso concorso pubblico.

Per quanto riguarda le carenze di personale ausiliario, sono state affidate ad una ditta di pulizie attualmente operante all'interno dell'azienda nuove aree assistenziali ed è stato inserito nuovo personale ausiliario, acquisito dalla cooperativa di servizi precedentemente menzionata, per i servizi non direttamente legati alle pulizie (trasporto malati, referti, campioni biologici, ...). E' in corso di espletamento una gara per l'affidamento a ditte esterne delle pulizie ordinarie che comprenderà il complesso degli spazi assistenziali, interni ed esterni, del Policlinico Umberto I°, ad eccezione di alcuni campi critici (ad es., terapie intensive, rianimazione, ...). Tale gara prevede la ripartizione in tre lotti degli edifici e degli spazi di competenza assistenziale, di cui uno di circa 140.000 mq è già assegnato alla ditta di pulizie attualmente operante in azienda ed i rimanenti due,

di circa 90.000 mq, assegnati tramite gara a due distinti operatori in modo da poterne valutare comparativamente qualità e comportamenti.

Per quanto riguarda il personale di area medica, si sono conclusi nella prima metà del 2002 due concorsi per l'assunzione di medici anestesisti, di ortopedici, di medici per il DEA e di radiologi.

Rimangono da correggere le carenze in ambito riabilitativo (fisioterapisti) e nel comparto dei tecnici di radiologia.

L'attivazione di nuovi servizi (ad es., DEA pediatrico) ed il potenziamento di attività di chirurgia di elezione (ad es., trapianti) e diurna (ad es., otorinolaringoiatria, oculistica) sta evidenziando una ulteriore carenza di personale medico (anestesisti e medici intensivisti in area pediatrica, radiologi).

1.4.5. Il Dipartimento di Accettazione Emergenza (DEA)

Uno dei settori di maggiore criticità è rappresentato dal DEA che richiede una profonda riorganizzazione che passa attraverso diversi assi:

Identificazione di responsabilità di direzione e coordinamento dei diversi settori. L'attuale assetto organizzativo non prevede una gerarchia esplicita e formalizzata di responsabilità mentre tale struttura risulta essere tanto più necessaria tanto più viene richiesta una capacità di reazione in tempi rapidi. L'area di emergenza deve prevedere automatismi di funzionamento della struttura in grado di eliminare i tempi morti e la sovrapposizione di azioni e di interventi. Per raggiungere questo obiettivo è necessario:

- Identificare le aree di responsabilità. In primo luogo dovrà essere nominato un nuovo coordinatore del Dipartimento di Emergenza Accettazione con un profilo professionale orientato alle competenze organizzativo-gestionali; sono state individuate cinque macro-settori di responsabilità (area chirurgica, area medica, ortopedia, radiologia, laboratorio), ciascuno dei quali diretto da un responsabile. L'area medica sarà separata in due settori: l'area diretta dell'emergenza, che dovrà responsabilizzarsi dell'accoglienza del paziente che accede al dipartimento e del successivo percorso interno, e l'area dell'osservazione e della breve degenza. In ogni caso, ciascun nucleo operativo, identificato come responsabile di una parte del percorso assistenziale sia di area medica che infermieristica, dovrà prevedere una responsabilità decisionale e gestionale.
- Definire percorsi separati per tipologia di pazienti. A questo riguardo si intende realizzare percorsi separati: per i casi di lieve e modesta gravità clinica; per i casi di maggiore gravità; per i pazienti con problemi cardiologici in modo da alimentare correttamente il percorso che porta agli interventi di angioplastica primaria attualmente operativi sulle 24 ore. I casi di minore gravità clinica dovranno andare ad alimentare le attività ambulatoriali del policlinico e iniziare il percorso assistenziale garantendo la continuità delle prestazioni interne. Questo intervento dovrebbe migliorare la funzione di filtro del DEA, evitando di scaricare sui reparti clinici richieste di prestazioni inappropriate.
- Migliorare i collegamenti fra DEA e attività ambulatoriali dell'azienda e rafforzare la presenza della componente sociale di raccordo con i servizi sociali del Comune.
- Potenziare l'area dell'emergenza psichiatrica con l'attivazione di posti letto dedicati.

Questi interventi sono iniziati nella prima metà del 2002 con l'attivazione di un servizio di angioplastica primaria attivo sulle 24 ore e con la nomina dei responsabili dell'area radiologica e laboratoristica.

1.4.6. La carenza di personale di area medica e non medica

E' già stato sottolineato in premessa come alcuni interventi di potenziamento del personale appartenente alle diverse categorie siano iniziati a partire dal 2001. Ulteriori azioni in questo settore dovranno riguardare principalmente il recupero di efficienza nell'utilizzazione delle unità di personale disponibili all'interno dell'azienda e nella esternalizzazione di servizi attualmente gestiti direttamente dall'azienda. In merito a quest'ultimo punto, si sta procedendo all'affidamento delle pulizie, dei servizi di mensa per il personale e per una parte dei posti letto di degenza (principalmente le attività assistenziali svolte in edifici esterni del Policlinico Umberto I°), della sterilizzazione dei presidi medico chirurgici per le sale operatorie e per le attività endoscopiche, costituendo un'unica centrale di sterilizzazione, dei servizi infermieristici e delle attività di consegna del materiale sanitario, dei campioni biologici e dei referti. Questi interventi dovrebbero consentire un abbattimento dei costi di gestione, a parità di qualità dei servizi resi, ed un recupero di personale attualmente impegnato in queste attività.

Un ulteriore recupero di personale dovrebbe realizzarsi in seguito alla concretizzazione di due azioni distinte e sinergiche; in primo luogo è necessario costituire una linea di responsabilità distinta del personale infermieristico attraverso la nomina di un dirigente infermieristico d'azienda, in secondo luogo si dovrà procedere alla gestione dipartimentale dei posti letto e del personale ad essi afferente. In merito al personale infermieristico, è necessario precisare che le attuali sofferenze denunciate dai responsabili delle singole Unità Operative e dai Direttori di Dipartimento/Istituto non derivano da una carenza assoluta di tale personale (nel Policlinico operano più di 2000 infermieri professionali e circa 200 capo-sala a fronte di 2000 pl complessivi, includendo le degenze ordinarie ed i DH), ma dalla eccessiva frammentazione dei posti letto e delle attività, conseguenza in parte della macro struttura organizzativa che vede operanti nel Policlinico Umberto I° circa ** servizi clinici e in parte delle caratteristiche logistico-strutturali in cui operano tali servizi.

Alcuni degli interventi di dipartimentalizzazione, precedentemente menzionati, stanno già realizzandosi nel Dipartimento di Pediatria e nel Dipartimento di I Chirurgica con un conseguente migliore rapporto fra numero di posti letto e personale infermieristico, superando l'attuale frammentazione collegata con l'organizzazione in divisioni e servizi speciali.

Per quanto riguarda il personale medico in condizioni di sotto-organico (anestesia e riabilitazione) si ritiene possibile procedere alla stipula di nuovi contratti o di utilizzare la leva dei trasferimento da altre amministrazioni.

1.4.7. La centralizzazione e razionalizzazione dei servizi trasversali di supporto alle attività cliniche

Uno dei fattori che contribuisce maggiormente al prolungamento delle giornate di ricovero è rappresentato dai ritardi nell'esecuzione e refertazione di esami diagnostici e dal collo di bottiglia rappresentato dalla ridotta disponibilità di "tempo" operatorio, di posti letto di terapia intensiva (o di ridotto turn over su questi letti per indisponibilità di strutture esterne di accoglienza) di tempo macchina per la radio terapia rispetto all'entità delle richieste che pervengono dai servizi clinici.

Le ragioni di tale scostamento fra domanda e offerta di prestazioni possono essere riassunte in tre grandi capitoli:

Frammentazione e moltiplicazione dei servizi (62 camere operatorie, 113 laboratori, 11 anatomiche patologiche, 29 radiologie), in parte giustificata dalle caratteristiche logistiche e strutturali del policlinico, in parte frutto di una politica di parcellizzazione delle responsabilità più vicina a logiche interne al mondo della ricerca che dell'assistenza;

Obsolescenza e carenze del parco tecnologico e parzialità della rete informatica;

Inadeguatezza dell'organizzazione delle attività e dei percorsi assistenziali.

Relativamente al primo punto, sono state costituite 5 commissioni per la centralizzazione dei servizi di laboratorio, di anatomia patologica, di radiologia, delle camere operatorie e delle attività oncologiche composte da personale della direzione aziendale (direzione sanitaria, ufficio tecnico, farmacia) e degli specifici settori di intervento, includendo sia i produttori dei servizi (laboratoristi, radiologi, ...) sia gli utilizzatori di tali servizi (area chirurgica e medica, generale e specialistica).

I lavori delle commissioni dovranno concludersi entro la fine del corrente anno per procedere, a partire dall'inizio del 2003, alla realizzazione operativa del piano di "rifunzionalizzazione" dei diversi settori.

La riduzione del numero di unità operative complesse non dovrà comunque compromettere le potenzialità del Policlinico di erogare prestazioni di nicchia caratterizzanti una struttura di ricerca scientifica.

La logica degli interventi si basa sulla necessità di garantire la qualità del servizio reso (ad esempio, nel caso degli esami di laboratorio sono stati definiti i volumi minimi di attività settore specifici necessari a garantire una accettabile qualità delle procedure analitiche e la standardizzabilità delle metodiche), assicurare una coerenza logistica con le attività cliniche, prevedere una capacità produttiva residua tale da consentire stabilità al sistema assistenziale anche nel caso di fermo di alcuni servizi per evitare interruzioni nell'assistenza, procedere alla massima centralizzazione delle responsabilità compatibile con una articolazione periferica delle attività (centralizzazione funzionale e solo parzialmente fisica dei servizi).

Per i **servizi di laboratorio** il processo di centralizzazione necessita dell'individuazione di criteri per determinare il fabbisogno di laboratori dedicati all'attività assistenziale all'interno dell'Azienda Policlinico Umberto I.

Nell'anno 2000 la Commissione di Facoltà per l'assistenza ha elaborato una relazione sul complesso delle attività di laboratorio nell'Azienda Policlinico Umberto I, sulla base di dati riferiti dai responsabili dei laboratori e relativi al 1998.

Il documento evidenziava la presenza di 113 laboratori dislocati all'interno e all'esterno delle mura perimetrali del Policlinico.

Nell'anno 2001 la Direzione Sanitaria con il Dipartimento dei Servizi tecnici e il Servizio Prevenzione e Protezione, al fine di procedere ad una riorganizzazione della rete dei laboratori, ha effettuato, utilizzando come base di partenza il documento della Commissione di Facoltà per l'assistenza, dei sopralluoghi in ciascuno di questi, mirati a conoscere il numero effettivo di strutture ancora attive al momento dell'indagine e a valutarne l'adeguatezza dal punto di vista strutturale ed organizzativo

Lo scopo, in sintesi, è stato quello di censire le attività di laboratorio svolte all'interno dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma considerando i seguenti aspetti:

Verificare la presenza dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal DPCM 10 febbraio 1984 e dal DPR 14 gennaio 1997;

Individuare le risorse umane impiegate in attività di laboratorio;

Definire il bacino di utenza di ciascun laboratorio;

Valutare eventuali sovrapposizioni di attività al fine di una loro razionalizzazione e riorganizzazione.

I due citati documenti sono attualmente utilizzati dalla Commissione *ad hoc* istituita che sta lavorando al fine di determinare il fabbisogno di servizi adeguati a garantire l'attività di supporto alle attività clinico-assistenziali. Tale fabbisogno è da intendersi come ridefinizione del numero di unità operative complesse, all'interno delle quali si possano articolare funzionalmente attività localizzate anche fisicamente in altre sedi rispetto la sede principale.

L'attuale situazione comprende, nello stesso servizio, settori disciplinari diversi e non omogenei tra loro, con conseguente caduta del livello di specializzazione della struttura: le modalità operative, la produttività, le caratteristiche dei diversi servizi sono profondamente differenti e la grande maggioranza riconosce come proprio bacino di utenza il Dipartimento in cui è inserito. Inoltre non vi sono di regola programmi o iniziative di omogeneizzazione di tecnologie, di metodiche e di attrezzature. I programmi di controllo di qualità hanno una dimensione del tutto interna alla struttura laboratoristica. Le procedure e le modulistiche di richiesta e di risposta sono in numero elevato, e non sembrano esistere tentativi di refertazione uniforme e di utilizzazione di valori di riferimento concordati e unificati.

La Commissione sta quindi procedendo alla definizione di uno schema, riguardante i pannelli analitici dei diversi laboratori che saranno attivi presso il Policlinico, definendo anche livelli minimi di attività specifici per settore, criterio per cui ogni centro di costo dovrebbe effettuare un volume di prestazioni in grado di consentire la standardizzazione della qualità dei risultati e il contenimento dei costi.

Come detto, anche il **settore dell'anatomia patologica** si caratterizza da un'accentuata frammentazione e decentramento delle attività, che insistono, allo stato attuale, su 11 servizi diversi, costituendo una criticità nel processo di approfondimento diagnostico che, di norma, è parte integrante e sostanziale del percorso di cura ospedaliero o in alcuni casi contribuisce in maniera determinante alla sua conclusione. E' oltremodo da non sottovalutare l'importanza nel percorso ambulatoriale che assumono gli esami cito-istopatologici con la necessità di garantire al tempo stesso tempestività e qualità nelle determinazioni.

Gli obiettivi su cui la commissione appositamente istituita si sta concentrando riguardano:

la centralizzazione di tutto il materiale istopatologico e citopatologico dell'Azienda Policlinico, con individuazione di un'accettazione unica e di soli 4 laboratori centralizzati di:

- > istopatologia,
- > citopatologia,
- > immunoistochimica,
- > microscopia elettronica diagnostica.

la realizzazione della possibilità di produrre refertazioni separate per ogni struttura, ma su un supporto informatico comune, che consenta una completa tracciabilità delle procedure che vanno dall'accettazione del campione alla consegna del referto;

il riassorbimento dei laboratori "decentrati", che diventano autonomi per l'esecuzione degli esami estemporanei, collocati nelle adiacenze delle sale operatorie "dipartimentali";

la riorganizzazione dei turni del Settore, prevedendo una suddivisione della casistica dell'Azienda in bacini di utenza, con numero di casi equipollenti. La redistribuzione dei bacini di utenza potrà essere soggetta a successive verifiche in base ad interessi scientifici, ma sempre mantenendo il principio dell'equipollenza.

Tale riorganizzazione potrà consentire un abbattimento dei tempi di refertazione, la possibilità di effettuare procedure di controllo di qualità, l'ottimizzazione del rapporto fiduciario tra clinico e patologo, in base al ripristino dei bacini di utenza, nonché la concessione di pari opportunità a tutto il personale medico strutturato in Anatomia Patologica data la definizione di bacini di utenza equipollenti.

In particolare l'ottimizzazione del rapporto fiduciario tra clinico e patologo consentirà di migliorare l'aspetto di integrazione di diverse componenti scientifiche. La collaborazione può far ipotizzare la realizzazione di un progetto di attivazione di un Service di Patologia Molecolare Diagnostica, che veda applicate le metodiche di biologia molecolare e cellulare, integrate alla diagnostica di laboratorio ed anatomico-patologica.

Tale progetto avrebbe grandi potenzialità di impiego in un bacino di utenza che potrebbe estendersi agli Ospedali dell'intera città e del Lazio, nonché a buona parte dell'Italia centro-meridionale, con conseguente ricaduta economica e d'immagine sull'Azienda Policlinico.

La Centralizzazione dei **Servizi di Radiodiagnostica e di Radioterapia** costituisce un obiettivo prioritario in tema di riorganizzazione assistenziale, sia per quanto attiene alla definizione dei bacini d'utenza e all'omogenea distribuzione delle risorse di personale medico e tecnico, sia ai fini aziendali, in termini di economicità di gestione.

Quanto sopra è in gran parte commisurato al piano di investimento tecnologico proposto, nella parte riguardante le attività specialistiche da assicurare per le esigenze dell'ospedale, nonché nella parte riguardante la sostituzione di apparecchiature radiologiche obsolete, attualmente utilizzate per prestazioni radiologiche tradizionali di routine.

La situazione attuale di tutta l'Area di Radiodiagnostica è la seguente:

1. numero 29 Servizi di Radiologia, strutturati in U.O.C. di cui 5 vacanti del Dirigente Responsabile (CLA03 Rad.Centrale – CGA08 Sc.Neurol.- CDM05 Clin.Ocul. – CAA06 Dip.Med.Interna – CCD0101 Dip.Sc.Chir.Med.Appl.), 1 mai attivato (CCG0102 Dip.Chir.Urg. e P.S.), ed 1 disattivato (CAE0202 Dip.Med.Clin.);
2. numero di prestazioni in totale effettuate dai suddetti Servizi di circa 240.000, valore presumibile estrapolato dal totale degli esami effettuati nell'anno 1999, sia per interni che per esterni, comprensivo di circa 70.000 esami eseguiti presso il DEA e dal numero attuale giornaliero dei ricoveri che è in media di circa 1.770;
3. distribuzione disomogenea delle risorse di personale medico e tecnico, in base ai carichi di lavoro espressi e al bacino di utenza interno;
4. obsolescenza di apparecchiature radiologiche, alcune da sostituire nell'immediato anche nell'ottica dell'apertura dei Servizi all'esterno, altre da sostituire differite nel tempo;
5. esigenza in alcune situazioni logistiche di rifacimento completo delle parti strutturali dei Servizi di Radiodiagnostica e di Radioterapia per adeguarli alle nuove normative di sicurezza sulla radioprotezione, sugli impianti sia elettrici e meccanici e sui requisiti minimi previsti dal D.P.R. del 14/1/1997;
6. inadeguatezza delle strutture degli edifici a fronte di potenziali e/o già avvenute innovazioni tecnologiche legate all'evoluzione della diagnostica e della interventistica;
7. eccessivo lasso di tempo, per i paziente esterni, che intercorre tra l'effettuazione dell'esame e la consegna della relativa refertazione;
8. sottoutilizzo delle sezioni radiologiche generalmente operative solo in orario antimeridiano.

Il piano programmatico attualmente in fase di definizione prevede la riorganizzazione delle aree dei Servizi, per un totale di 10 unità operative complesse, come di seguito indicato:

- individuazione di tre aree centralizzate:
 - radiologia diagnostica 1 – generale, con 2 U.O.C. dove verrà effettuata la radiologia tradizionale per tutti i ricoverati e per gli utenti dei D.H. e D.S.;
 - radiologia diagnostica 2 – specialistica, sia per interni che per esterni, comprensiva anche del servizio di Radiologia Interventistica con 2 U.O.C.;
 - radiologia diagnostica 3 – DEA e Neuroradiologia con 1 U.O.C.;
- individuazione di Servizi di Radiologia Diagnostica ad indirizzo specialistico e/o per raggruppamento omogeneo di struttura per patologia:
 - radiologia diagnostica pediatrica con 1 U.O.C.;
 - radiologia diagnostica e radioterapia Dipartimento di Biotecnologie Cellulari e Ematologia con 1 U.O.C.;

- radiologia diagnostica materno infantile e Centro Donna (centralizzazione MOC, mammografia ed ecografia per patologie femminili) con 1 U.O.C. presso il Dipartimento di Scienze Ginecologiche;
- individuazione di un'area di medicina nucleare e di radioterapia:
 - Medicina Nucleare con 1 U.O.C. presso il Dipartimento di Scienze Radiologiche;
 - radioterapia con 1 U.O.C. presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia.

Per quanto riguarda la centralizzazione delle **attività di sala operatoria** il numero degli interventi chirurgici effettuati nel 2001 dimostra che, nonostante le peculiarità strutturali del policlinico, responsabili della dispersione delle attività assistenziali su una vasta area, con un conseguente e fisiologico livello inferiore di efficienza, è possibile intraprendere un processo di razionalizzazione delle attività chirurgiche teso a impiegare in modo più efficiente le risorse disponibili.

I criteri generali con cui si è inteso procedere ad una centralizzazione delle attività di sala operatoria comprendono le condizioni strutturali e impiantistiche dei blocchi operatori, gli aspetti igienico-organizzativi (percorsi, accesso, ecc.) che ne condizionano il funzionamento, i collegamenti tra blocco operatorio e divisione di degenza e la realizzabilità, nel contesto del blocco operatorio, di locali per la preparazione ed il risveglio, ove non esistenti.

Nella formulazione della proposta di centralizzazione dei blocchi operatori sono stati valutati ulteriori elementi critici per la concreta realizzabilità del piano stesso quali le caratteristiche cliniche dei pazienti, la tipologia dell'attività chirurgica (chirurgia generale verso chirurgie specialistiche; suddivisione degli interventi in categorie, ad es. piccola, media ed alta chirurgia) e, infine, la possibilità di realizzare una terapia intensiva postoperatoria a supporto dell'attività di più blocchi operatori e, quindi, collegata ad essi logisticamente.

I criteri sopra esposti sono stati considerati congiuntamente in fase di elaborazione delle diverse ipotesi procedurali tuttora all'esame della Commissione. Tali modalità operative comprendono la concentrazione fisica delle attività chirurgiche e delle degenze, la concentrazione delle sole attività nei blocchi operatori in migliori condizioni strutturali, l'utilizzazione delle sale operatorie non aperte per carenza di personale a stanze risveglio.

Si giungerà quindi a definire il numero di blocchi operatori necessari a supportare i volumi di attività chirurgica previsti dal presente Piano di rilancio, nonché i criteri di ripartizione delle sedute operatorie tra i diversi Dipartimenti, adeguate a soddisfare le rispettive esigenze chirurgiche.

L'**area oncologica** è oggetto di una specifica commissione e rappresenta uno dei settori strategici su cui l'azienda intende puntare con interventi sostenuti dai seguenti principi ispiratori che derivano direttamente dalla particolare complessità della patologia oncologica, caratterizzata dalla eziologia multifattoriale, da una notevole eterogeneità biologica, dalla variabilità delle manifestazioni cliniche e della storia naturale della malattia nonché dalla estrema diversificazione della risposta terapeutica ai diversi trattamenti:

1. **Continuità assistenziale:** La complessità dei bisogni dei pazienti oncologici rende necessaria la progettazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere, caratterizzate da modalità facilitate e tempestive per la fruizione delle idonee risposte, in termini diagnostici e terapeutici. Il percorso diagnostico-terapeutico intraospedaliero è caratterizzato dalla definizione di un punto di riferimento unico e costante per il malato e per la sua famiglia, che garantisce il non verificarsi di soluzioni di continuità nell'attuazione del programma assistenziale. Il polo oncologico e più in particolare la segreteria del polo oncologico (SPO) si fa garante delle attività di coordinamento tra tutte le professionalità che sono coinvolte direttamente e indirettamente nella tempestiva e appropriata erogazione delle attività assistenziali: presa in carico e prenotazione degli

- appuntamenti sia per le visite che per tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in regime ambulatoriale o di ricovero diurno o a ciclo continuo, fino all'organizzazione dell'assistenza extraospedaliera.
2. **Multidisciplinarietà dell'assistenza:** La complessità delle strategie diagnostico-terapeutiche in oncologia richiede la massima integrazione tra tutte le discipline coinvolte: la chirurgia ad indirizzo oncologico, l'oncologia medica, la radioterapia, l'anatomia patologica, la diagnostica strumentale e di laboratorio, la nutrizione clinica, il servizio di farmacia, sono implicate nella diagnosi e nella terapia dei tumori maligni. Il polo oncologico realizza di fatto l'approccio e la gestione multidisciplinare integrata del paziente neoplastico, che consiste nella personalizzazione del programma terapeutico intra-ospedaliero da parte del comitato specialistico per patologia (CSP), che ne segue passo passo la realizzazione, verificando ed eventualmente ricalibrando la strategia terapeutica fino al suo completamento.
 3. **Coerenza dei tempi di risposta (assistenziale, terapeutica, controllo):** La tempestività nella erogazione delle prestazioni assistenziali specialistiche, finalizzate alla diagnosi e alla cura dei pazienti neoplastici è, forse, uno dei più importanti aspetti da garantire in quanto condiziona decisamente il risultato finale in termini di efficacia degli interventi terapeutici. D'altra parte sono numerose le iniziative condotte dal Ministero della salute che pongono una grossa attenzione ai tempi di attesa tra la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni richieste. Il percorso assistenziale del paziente oncologico è progettato con la finalità di garantire l'esecuzione dei singoli interventi diagnostici e terapeutici entro degli intervalli di tempo predefiniti, in linea con i migliori standard nazionali e internazionali e compatibili con la migliore risposta possibile all'interno del Policlinico.
 4. **Omogeneità dei comportamenti:** La capacità di erogare una risposta assistenziale specialistica multidisciplinare tempestiva e adeguata in relazione ai complessi fabbisogni assistenziali dei pazienti neoplastici non è di per se una garanzia di efficacia degli interventi senza un'attenta e scrupolosa standardizzazione delle risposte assistenziali. Il polo oncologico realizza una razionalizzazione e una centralizzazione delle attività assistenziali oncologiche all'interno del Policlinico. Tale centralizzazione si attua sia fisicamente, collocando in un unico contenitore tecnologico una serie di attività sanitarie destinate ai pazienti neoplastici, sia funzionalmente, attraverso un coordinamento delle attività erogate in sedi diverse del Policlinico ed è finalizzata ad aumentare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse ospedaliere e a standardizzare i comportamenti degli operatori sanitari che prendono parte al processo diagnostico-terapeutico. Tale indirizzo e coordinamento si attua dal punto di vista operativo, attraverso l'inserimento all'interno del percorso assistenziale personalizzato per il singolo paziente di attività collocate al di fuori del polo oncologico; dal punto di vista procedurale, attraverso una precodificata e omogenea sequenza dei momenti assistenziali peculiari di ogni singolo caso; dal punto di vista scientifico, attraverso la selezione, condivisione e l'eventuale rielaborazione delle linee guida e dei protocolli diagnostici-terapeutici adottati.

La commissione appositamente istituita avrà il compito di presentare il progetto di razionalizzazione e centralizzazione delle attività oncologiche, finalizzato alla realizzazione del "Polo Oncologico Aziendale" come punto di riferimento, sia dal punto di vista fisico/strutturale che dal punto di vista di coordinamento funzionale, per tutte le attività in tale settore.

Il progetto, nel tradurre in termini di interventi concreti quelli che sono i suoi principi ispiratori, quali la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà dell'assistenza, la coerenza dei tempi di risposta, l'omogeneità dei comportamenti e la centralità del paziente, si articolerà, fondamentalmente, in due linee di sviluppo parallele e contemporanee.

Da un lato verrà presentata la proposta di razionalizzazione e concentrazione delle attività oncologiche in una struttura fisica, il "Polo Oncologico Aziendale", dotata dei requisiti strutturali,

impiantistici e tecnologici che soddisfino almeno quelli previsti dalla normativa su autorizzazione / accreditamento istituzionale, ma possibilmente, a ulteriore valorizzazione delle elevate competenze professionali presenti in un policlinico universitario, in linea e in applicazione di quanto previsto da gruppi appositamente costituiti per la definizione dei requisiti di eccellenza per una struttura oncologica (Working Group Nazionale Associazione Italiana Oncologia Medica "Qualità e Accreditamento" costituito nel marzo '98).

Dall'altro lato verrà definita la modalità di funzionamento e di operare del polo, individuando il percorso assistenziale del paziente oncologico, in adozione e applicazione della logica per processi. Tutte le risorse e le professionalità multidisciplinari che confluiranno nel polo, si integreranno e si interfacceranno trasversalmente e longitudinalmente, adottando comportamenti e modalità operative condivise, predefinite in procedure, protocolli e istruzioni di lavoro. La componente amministrativa, come quella sanitaria, medica, infermieristica e professionale, assumerà comportamenti pre-codificati che assicureranno una garanzia di standardizzazione ad un definito livello di qualità, il migliore perseguibile in questo momento all'interno del Policlinico.

1.4.8. Riabilitazione e lungodegenza

Una delle carenze più spesso denunciate dall'area clinica è rappresentata dalla difficoltà di trasferire pazienti verso attività riabilitative o di lungodegenza. Per ovviare a queste difficoltà si propone l'organizzazione di una rete di servizi di riabilitazione e di interventi di assistenza riabilitativa così articolati:

1. Destinazione dei 50 posti letto accorpati in unica struttura centralizzata di Medicina Fisica e Riabilitativa (vedi "Linee Guida per le attività di riabilitazione" G.U.30.05.98, e normativa sull'equipollenza D.P.R. 12.12.97 n° 484) per le attività di riabilitazione (almeno 8 di questi con caratteristiche di "sub-intensività" per pazienti in fase critica), prevalentemente finalizzate a specificità assistenziali di riabilitazione motoria con afferenze da diversi ambiti specialistici. La struttura potrebbe essere allocata all'interno dell'edificio della Clinica Ortopedica, adeguatamente ristrutturato con spazi dedicati per la rieducazione motoria, idrocinesi terapia, mezzi fisici, terapia occupazionale, laboratori per la rieducazione delle funzioni corticali e sensoriali, apparecchiature di gait analysis.
2. La centralizzazione dovrà prevedere ambienti e attrezzature adeguate, come stabilito dai requisiti minimi nazionali e regionali. Si eviterà la parcellizzazione di attività riabilitative in più sedi del Policlinico, (fatta eccezione da quanto previsto nei punti successivi), che potrebbero provocare verosimili disservizi, ed inevitabile sperpero di risorse strumentali e di personale.
3. Realizzazione di alta specialità riabilitativa "Unità per la riabilitazione delle turbe Neuropsicologiche acquisite" (vedi "Linee Guida Nazionali per l'attività di riabilitazione") dedicata alle patologie con deficit cognitivi riferibili agli ambiti delle demenze, afasie, deficit attentivi, mnesici, etc.... anche in relazione alle esigenze della Stroke-Unit. Tale alta specialità dovrà essere gestita all'interno dei reparti di Neurologia dell'Umberto I. e interfacciata in senso dipartimentale con la Medicina Fisica e Riabilitativa.
4. Realizzazione di alta specialità riabilitativa "Unità per le disabilità gravi in età evolutiva" (vedi "Linee Guida Nazionali per l'attività di riabilitazione"), realizzata per gli aspetti prevalentemente cognitivi e comportamentali all'interno delle strutture dedicate alla Neuropsichiatria infantile, per gli aspetti motori, in senso dipartimentale, con le competenze afferenti alla specialità di Medicina Fisica e Riabilitativa.
5. Saranno garantite équipes riabilitative di fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, presso le strutture per acuti che necessitano di assistenza riabilitativa già nella fase di primo

intervento. In particolare le équipes riabilitative garantiranno assistenza qualificata e stabile nei reparti di neurochirurgia, neurologia, cardiologia, pneumologia, pediatria, geriatria, reumatologia, rianimazione, medicina interna, ortopedia. Oltre alle unità riabilitative stabili, afferenti ai reparti sopra menzionati con pazienti a maggior rischio di disabilità, sarà prevista inoltre assistenza riabilitativa anche a tutte le rimanenti strutture sanitarie del Policlinico Umberto I che ne faranno richiesta. Le varie unità riabilitative avranno a disposizione dotazioni minime d'attrezzature necessarie per la gestione del paziente acuto ricoverato presso i reparti a cui sono dedicate. In adesione alle "Linee Guida nazionali per le attività di riabilitazione" andrà formulato per ogni paziente il progetto e il programma riabilitativo assegnando le responsabilità professionali diagnostiche e terapeutiche come da normativa.

Le équipes riabilitative stabili sopra menzionate avranno un coordinamento d'equipe interno all'equipe stessa, ove il numero degli operatori lo richieda; vi sarà altresì anche un coordinamento centralizzato per alcuni aspetti organizzativi (ferie, sostituzioni.....) nonché per la necessaria attività di aggiornamento e formazione come da normative nazionali. Sarà cura del coordinamento centralizzato afferente alla Medicina Fisica e Riabilitativa promuovere ed applicare tutte le strategie utili alla piena valorizzazione delle professionalità presenti in aderenza ai profili professionali. La struttura centralizzata di Medicina fisica e Riabilitativa, garantirà l'indispensabile copertura consulenziale e di supporto per tutti i reparti dell'Umberto I, soprattutto nella stesura dei progetti e programmi riabilitativi. Entro il Maggio 2003 sarà operativa un cartella riabilitativa informatizzata come da direttive regionali.

6. Il circuito riabilitativo assistenziale interno al Policlinico Umberto I andrà completato con attività ambulatoriale centralizzata, fatto salvo quanto previsto dalle alte specialità riabilitative sopra menzionate.

Terminata la fase di riabilitazione intensiva per pazienti acuti o immediatamente post-acuti, da effettuare all'interno del Policlinico Umberto I, andranno previsti, anche nel senso della continuità assistenziale, passaggi successivi di presa in carico dei pazienti che andiamo a descrivere di seguito:

Fase di trasferimento per i pazienti del Policlinico Umberto I ancora necessitanti di riabilitazione —

Andranno previsti accordi con 5 case di cura accreditate esterne per la riabilitazione, per trasferimenti facilitati dei pazienti degenti all'Umberto I.

Va sottolineato che la relativa identificazione delle strutture con cui stabilire rapporti di convenzione dovrà tener conto di criteri di specializzazione assistenziale, nonché di dislocazione geografica, in particolare mirando a realizzare il cosiddetto "circuito verde", che corrisponde alla messa in atto di una serie di accordi tra struttura ospedaliera di provenienza del paziente e casa di cura convenzionata e destinata alla fase riabilitativa intensiva ed estensiva post-acuzie, senza vincoli e lungaggini burocratiche per l'attuazione dei trasferimenti. Tali accordi permetteranno di garantire in tempi rapidi, e con modalità di accesso concordate sul piano assistenziale e logistico (trasporto, selezione dei pazienti, protocolli/linee guida assistenziali, gestione del paziente alla dimissione, previsione di dimissione protetta, attenzione agli aspetti assistenziali socio-sanitari etc.), la rapida continuità assistenziale riabilitativa dei degenti dal Policlinico Umberto I.