

Fase di completamento del circuito riabilitativo esterno -

Perseguendo il fine del più alto recupero riabilitativo dei pazienti del Policlinico Umberto I, andranno anche previsti accordi con strutture sanitarie territoriali per l'assistenza domiciliare, ambulatoriale, RSA.

**N.B:** Per i punti di cui sopra non sono previste spese aggiuntive per l'Azienda Policlinico Umberto I. Gli accordi di cui si fa cenno, riguardano comunque strutture già accreditate dalla Regione, con le quali andranno progettati percorsi diagnostico-terapeutici riabilitativi facilitati, nel senso di favorire esclusivamente gli aspetti organizzativi a vantaggio delle persone con disabilità, garantendo la continuità riabilitativa e il rispetto di percorsi condivisi.

All'interno del progetto complessivo per la gestione dei pazienti degenti dell'Umberto I necessitanti di riabilitazione, andranno definiti entro il 2003 i percorsi diagnostico-riabilitativi, per alcune tipologie di pazienti di particolare rilevanza clinico assistenziale e/o sociale che elenchiamo di seguito:

Pazienti geriatrici per particolari disabilità legate alla mobilità, all'autonomia, all'indipendenza nei normali atti della vita quotidiana (fratture prossimali di femore, esiti di ictus c., morbo di Parkinson, demenze).

Pazienti politraumatizzati, artroprotesizzati (anca-ginocchio)

Pazienti con disabilità artro-reumatiche (artrite reumatoide, spondiliti.....)

Pazienti con disabilità cardiovascolari-respiratorie (esiti di interventi cardio-chirurgici, IMA, arteriopatie obliteranti, BOC, insufficienze respiratorie croniche, mucoviscidosi)

Pazienti dell'età evolutiva con disabilità: (PCI, deficit cognitivi)

Pazienti con disabilità neurologiche e di interesse neurochirurgico (esiti di gravi cerebro lesioni acquisite, gravi TCE e post-comatosi).

#### ***1.4.9. Coordinamento e organizzazione delle attività ambulatoriali per esterni***

Come detto, il settore ambulatoriale per esterni assume una rilevanza strategica per il Policlinico, sul quale sicuramente puntare per il rilancio complessivo dell'azienda, attraverso una riorganizzazione del processo di erogazione delle prestazioni, con la finalità di garantire tempestività, facilità e omogeneità di accesso da parte dell'utenza, nonché professionalità e alta specializzazione delle prestazioni, in linea con le notevoli potenzialità assicurate dalla natura universitaria della struttura.

L'esigenza è quella di procedere di pari passo con il sempre maggiore affinamento e specializzazione dell'offerta, consistente in opportunità terapeutiche oggi disponibili a livello nazionale e internazionale, che consentono di affrontare e soddisfare, sempre più spesso e sempre con minore impatto sulla vita degli utenti, i fabbisogni assistenziali espressi, grazie all'adozione di soluzioni tecnologicamente avanzate e sofisticate.

Sono numerosi, infatti, gli esempi di condizioni patologiche che trovano nel regime ambulatoriale la collocazione più vantaggiosa, sia dal punto di vista dell'outcome sul paziente e sulla collettività, sia dal punto di vista di un favorevole bilancio costi/ricavi.

La situazione attuale dell'offerta ambulatoriale presso il Policlinico Umberto I, è caratterizzata da un'estrema parcellizzazione dell'attività specialistica, praticamente erogata da tutte le unità operative dell'azienda.

Nel 2001 sono state infatti registrate oltre 1.600.000 prestazioni da parte di oltre 300 strutture organizzative, con tempi di attesa variabili, in alcuni casi anche per l'esecuzione di prestazioni analoghe o identiche finalizzate alla soddisfazione di analoghi fabbisogni assistenziali.

Un ulteriore elemento di criticità deriva dallo scollamento tra gli aspetti amministrativi di prenotazione, accettazione, registrazione e pagamento ticket, connotati oltre che da una estrema frammentazione anche da una fiaccante rigidità, e quelli sanitari propriamente detti.

Tale aspetto porta a configurare un percorso notevolmente frammentato che obbliga, talvolta, il paziente a “rincorrere” più uffici o più casse dislocati in diversi Dipartimenti / Istituti, ognuno con le sue modalità di funzionamento, giorni e orari di apertura, prima di concludere il suo iter.

L'intervento principale su questo settore di attività consiste nell'aumentare l'accessibilità alla prenotazione con la creazione di un Centro Unico di Prenotazione (CUP) e della trasformazione delle attuali casse per il pagamento dei ticket in casse polifunzionali (prenotazione e pagamento).

Il progetto CUP in corso di elaborazione punta alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

implementazione di un servizio facilmente accessibile, in grado di gestire in maniera integrata tutte le potenzialità di offerta del Policlinico (agende per l'attività istituzionale ed eventualmente per l'attività libero-professionale) per prenotare in tempo reale, a sportello, telefonicamente e/o via web, le prestazioni specialistiche organizzate per unità erogante e garantendo la necessaria trasparenza delle liste di attesa;

gestione integrata dell'accettazione e della registrazione delle prestazioni, con lo scopo di una completa rendicontazione dell'attività ai fini del governo del sistema da parte della Direzione e della valorizzazione economica corrispondente;

realizzazione di un punto di riferimento per l'utenza, anche a fini informativi;

promozione di nuovi percorsi assistenziali;

Contestualmente verrà verificata la fattibilità dell'integrazione del sistema di prenotazioni con altri sistemi territoriali analoghi, esistenti o da attivare, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e/o delle farmacie pubbliche e private e/o con altri Enti/Istituzioni.

La disponibilità di casse polifunzionali, abilitate alla riscossione di tutte le tipologie di prestazioni specialistiche fruibili al Policlinico, utilizzando la maggior parte delle modalità di pagamento, contanti, bancomat e carta di credito, risolverà le attuali difficoltà nella fase di riscossione.

L'insieme degli interventi descritti consentirà, quindi, una migliore capacità di risposta della struttura alle richieste di prestazioni ambulatoriali, con una riduzione e razionalizzazione dei percorsi interni al Policlinico degli utenti esterni, nonché una maggiore capacità di registrazione delle prestazioni effettuate.

Si presume che da questa operazione si possa realizzare un'emersione di circa il 10% delle prestazioni ambulatoriali attualmente non registrate dalle casse esistenti.

#### ***1.4.10. Interventi incentivanti sul personale***

Sono previsti alcuni interventi destinati ad introdurre procedure innovative nella gestione della risorsa “personale”, fin qui caratterizzata da rigidità e vincoli che hanno reso estremamente difficoltosa qualsiasi correlazione tra la spesa ed il risultato da questa indotto.

#### ***1.4.11. Intramoenia d'equipe***

Nelle aree critiche dell'attività ambulatoriale, sia per esterni che per interni, ed in particolare nelle attività diagnostiche strumentali complesse per le quali sia necessaria la partecipazione di

figure professionali diverse, si attiverà l'attività in "intraoemia d'equipe", basata sui seguenti fondamenti:

per le prestazioni ad esterni, accesso da parte degli assistiti secondo le regole dell'attività ambulatoriale del SSR, sulla base di una impegnativa regionale, con tariffe ed esenzioni fissate dalla normativa regionale;

impiego del personale in extra-orario, con remunerazione ricavata dalla valorizzazione secondo le tariffe regionali delle prestazioni individualmente erogate, tenuto conto dei costi sostenuti dall'azienda e di parametri predefiniti per la compartecipazione delle diverse figure professionali impegnate;

fissazione di livelli base di produttività per ogni figura professionale, relativi all'orario di lavoro contrattuale, al cui raggiungimento scatta la remunerazione aggiuntiva.

Obiettivo primario di tale iniziativa è la riduzione dei tempi d'attesa, che potrà avere effetti positivi:

per quanto riguarda le prestazioni ad interni, procurando la riduzione delle degenze medie ed incrementando la redditività delle attività di ricovero;

per quanto riguarda le prestazioni ad esterni, riducendo le liste d'attesa e migliorando il tasso di utilizzazione delle apparecchiature.

#### **1.4.12. Contratti a retribuzione variabile**

Pervengono frequentemente alla Direzione richieste di acquisizione di personale aggiuntivo rispetto alle dotazioni esistenti, con il dichiarato obiettivo di incrementare la produttività dei Servizi.

In questi casi vanno necessariamente conciliate le due distinte esigenze dell'azienda: incrementare la produttività e contenere i costi. A tal fine sono in sperimentazione contratti di lavoro a tempo determinato basati su un sistema retributivo correlato alla produzione. I contratti, che possono riguardare qualsiasi categoria di personale, prevedono:

la fissazione di un livello retributivo di partenza "garantito", significativamente ridotto rispetto alla remunerazione prevista dai tradizionali contratti a termine fin qui utilizzati;

l'individuazione del livello di produttività fino al momento conseguito dal Servizio o dall'attività per la quale il contratto viene richiesto;

la determinazione di un meccanismo d'incremento della retribuzione di partenza che, fissando percentuali di partecipazione all'aumento dei ricavi successivo all'assunzione, consenta al soggetto di raggiungere ed, eventualmente, superare il livello corrispondente alla tradizionale remunerazione fissa, ed all'azienda di coprire con i ricavi aggiuntivi i costi del nuovo contratto conseguendo, all'aumentare della retribuzione del soggetto, un beneficio proporzionalmente crescente.

Il meccanismo descritto, fondato sulla possibilità di isolare e misurare le attività svolte dai nuovi collaboratori, sarà applicato in tutti i casi in cui sarà possibile disporre delle necessarie informazioni.

#### **1.4.13. Sistemi d'incentivazione generale**

Parallelamente agli specifici interventi sopra citati, va ricercata una soluzione di carattere più generale che permetta di utilizzare, in tutto o in parte, in maniera mirata le risorse destinate all'incentivazione della produttività. L'intento è di ricondurre al suo originario significato il concetto d'incentivazione, riducendo il peso della distribuzione a pioggia delle risorse disponibili.

L'introduzione del meccanismo, certamente differenziato tra le diverse categorie professionali, potrà avvenire gradualmente, man mano che per ogni gruppo saranno individuati i parametri destinati a governare il fenomeno.

Per i responsabili di struttura si potrà far riferimento, nel definire le regole, agli obiettivi assegnati in sede di budget. Per i successivi livelli e categorie i parametri dovranno essere messi a punto, sentiti anche i responsabili di struttura e le organizzazioni dei lavoratori.

La logica dell'incentivazione correlata agli obiettivi realizzati dovrà essere introdotta, oltre che nelle strutture sanitarie, anche in quelle amministrative. I sistemi di Management By Objective, correntemente utilizzati nel privato, prevedono la fissazione di specifici traguardi da conseguire nella gestione delle attività di dirigenti, quadri, capi ufficio, al cui raggiungimento scatterà la corresponsione di una quota dell'incentivazione globalmente prevista per la singola posizione. La Direzione aziendale potrà assegnare, normalmente all'inizio dell'anno di competenza, uno o più obiettivi sui quali il complesso del compenso incentivante sarà frazionato. Per ogni obiettivo potrà essere definito anche un meccanismo di correlazione proporzionale dell'incentivo alla quota di raggiungimento dell'obiettivo.

#### ***1.4.14. Attività di controllo e di promozione della buona pratica assistenziale***

In considerazione della rilevanza delle informazioni desunte dalle Schede di dimissione ospedaliera e dai Rapporti di pronto soccorso, anche ai fini di un'adeguata remunerazione delle prestazioni effettivamente erogate, si ritiene indispensabile procedere al potenziamento, a livello centrale, dell'attività di controllo della qualità della codifica.

Infatti, nonostante i progressi raggiunti nell'anno 2001, sia in termini di soddisfazione del debito informativo nei confronti della Regione Lazio, che in termini di completezza delle informazioni (anagrafiche e sanitarie) raccolte, è necessario intervenire per promuovere ulteriormente la diffusione delle Linee guida per una corretta codifica, all'interno dell'Ospedale.

A tal fine saranno avviati dei corsi di formazione rivolti al personale delle diverse discipline e strutturati in modo tale da essere differenziati in base agli specifici problemi di codifica che caratterizzano le singole specialità cliniche presenti presso il Policlinico Umberto I.

L'individuazione di referenti medici per ciascuna UUOO, coordinati da un Referente di Dipartimento (nominato dal Responsabile di Dipartimento nel corso del 2001) permetterà di mirare l'intervento formativo alle figure incaricate di seguire perifericamente il processo di codifica.

Parallelamente agli interventi informativi sarà costituito di un gruppo di lavoro che effettuerà controlli a campione delle cartelle cliniche per valutare la congruità delle informazioni riportate sulla RAD, la completezza e la qualità di compilazione della documentazione clinica stessa.

Successivamente si può ipotizzare di supportare ulteriormente i clinici, nel processo di codifica, prevedendo l'utilizzo periferico, direttamente dalle singole UUOO, del programma sw Drg finder, che fornisce un aiuto alla corretta codifica delle diagnosi e delle procedure.

Analogamente l'utilizzo di sistemi di classificazione più affinati come l'Apr Drg possono consentire una descrizione della casistica ospedaliera più adeguata rispetto a quanto rilevabile dall'attuale sistema utilizzato per la remunerazione delle aziende ospedaliere, caratterizzato da due importanti limitazioni: l'inadeguatezza nella classificazione di alcuni gruppi di patologie (i.e. i casi neonatali) e la scarsa sensibilità nei confronti della differente gravità clinica dei pazienti.

Per quanto concerne l'attività in emergenza occorre monitorare costantemente quanto erogato, con gli strumenti a disposizione del programma sw GIPSE ed il sw GIPSE AC. Le verifiche

effettuate quotidianamente, relative alla completezza di compilazione dei Rapporti di pronto soccorso, consentono di inviare il complesso dell'attività alla Regione Lazio per ottenere la valorizzazione adeguata.

Un impulso al miglioramento della completezza e qualità delle informazioni raccolte si può ottenere prevedendo l'organizzazione di corsi di formazione avanzato al triage per il personale infermieristico. Oltre che per efficacemente compilare il rapporto di Pronto soccorso, con un triage ben eseguito si può garantire una risposta adeguata, grazie ad una migliore organizzazione e celerità nel prestare le cure, selezionando il paziente per l'équipe più adeguata.

Per quanto concerne l'attività di specialistica ambulatoriale si sta procedendo all'identificazione delle modalità per promuovere l'assimilazione delle prestazioni non tariffabili, ciò condurrà ad una rivisitazione dell'attuale nomenclatore dell'Azienda Policlinico.

La realizzazione di un Centro Unico di Prenotazione sicuramente potrà contribuire al miglioramento della quantificazione complessiva dell'attività prodotta dall'Azienda, consentendo una puntuale valorizzazione e relativi ritorni economici delle prestazioni ambulatoriali erogate. Accanto ad un incremento quantitativo dell'attività, si potrà assistere ad un incremento qualitativo, in quanto operando un maggiore "controllo" su quelle attività che oggi sono impropriamente effettuate in regime di DH, queste ultime si potrebbero far "transitare" sull'attività da effettuarsi a livello ambulatoriale.

Inoltre una ridefinizione del percorso relativo al rimborso delle prestazioni erogate a pazienti ricoverati presso altre strutture ospedaliere, coinvolgendo il settore amministrativo, consentirà un completo recupero economico delle prestazioni effettivamente erogate.

#### ***1.4.15. Promozione della buona pratica assistenziale***

Le continue riaffermazione del principio di centralità dell'individuo nelle finalità e nell'organizzazione dei servizi sanitari porta in primo piano la necessità di specificare in che modo si possa garantire tale centralità. Questo serve ad evitare che il collocare la persona in posizione dominante all'interno del SSN non sia semplicemente una formula di circostanza, a cui tributare un dovuto ma formale cenno in assenza di contenuti reali. L'elemento fondamentale su cui si misura la reale volontà di assegnare una posizione centrale alla persona è rappresentato dal grado di realizzazione di iniziative volte a promuovere e a migliorare la qualità dei servizi erogati. In questo senso, parlare di qualità significa riempire di significati la volontà politica di rivedere il ruolo dei cittadini nel servizio sanitario nazionale.

Parlare di qualità significa affrontare una molteplicità di dimensioni che devono trovare la giusta collocazione nel contesto organizzativo e nelle azioni di miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari nell'ambito del governo clinico (Clinical governance).

Il Governo Clinico scompone la qualità in quattro dimensioni fondamentali: la competenza professionale (Qualità tecnica), la capacità di soddisfare le aspettative ed i valori delle persone assistite (qualità percepita), l'uso razionale delle risorse disponibili (efficienza tecnica ed allocativa), la gestione del rischio intesa come minimizzazione dei rischi per i pazienti, per i professionisti, per gli erogatori dei servizi (riduzione degli errori medici, tutela degli operatori nei confronti di malattie e di infortuni sul lavoro).

L'adozione e la traduzione di questi concetti all'interno dell'Azienda Policlinico Umberto I° significa creare una cultura dell'organizzazione e del sistema di operare in grado di realizzare un'intima interconnessione fra i processi per il miglioramento continuo della qualità assistenziale e l'erogazione di servizi sanitari. Infatti, il governo clinico è un insieme sistematico di azioni volte a sostenere i singoli individui e l'insieme dell'organizzazione nell'adozione di modalità innovative e scientificamente consolidate per l'erogazione di servizi sanitari di elevata qualità.

Il governo clinico è dato dalla unione delle diverse dimensioni precedentemente menzionate, che concorrono congiuntamente a migliorare il servizio prodotto evitando quindi la dicotomizzazione e la frequente contrapposizione fra la posizione che tende a privilegiare gli aspetti economico-gestionali, concentrandosi sull'aumento dell'efficienza nell'uso di risorse scarse e nel garantire l'equilibrio economico-finanziario di una organizzazione, e quella che enfatizza i risultati dell'azione clinico-assistenziale attraverso l'adozione di interventi efficaci ed appropriati e il rispetto delle aspettative e delle preferenze delle persone assistite.

Le opportunità derivanti da questa fusione sinergica sono da trovarsi nei seguenti aspetti:

- Governare il sistema avendo come obiettivo il paziente;
- Contemperare qualità, efficacia ed efficienza;
- Incoraggiare una stretta collaborazione fra figure professionali diverse e il lavoro di gruppo;
- Privilegiare una visione di sistema nella promozione della qualità assistenziale ed enfatizzare il ruolo dell'organizzazione sanitaria come strumento centrale per l'azione di governo.

E' importante sottolineare che il governo clinico è parte integrante dell'attività di un'organizzazione sanitaria e che le azioni per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate non debbono essere considerate un elemento aggiuntivo ma l'elemento centrale attorno al quale è organizzata l'attività assistenziale. Senza questa precisazione, il governo clinico rischia di diventare un ulteriore appesantimento burocratico al quale le strutture sanitarie devono sottomettersi per adempiere ad un mandato formale.

Inoltre, il governo clinico si inserisce coerentemente nel processo di accreditamento professionale che utilizza la formazione continua come strumento principale per garantire che il professionista sanitario disponga delle necessarie competenze ed abilità tecniche e relazionali.

Se si considerano gli elementi in grado di garantire il realizzarsi con successo del governo clinico diverrà chiaro come questi elementi configurino un'organizzazione ospedaliera di tipo dipartimentale, ovvero:

- L'emergere di una nuova cultura professionale basata sulla responsabilità e sulla trasparenza dei comportamenti in modo da costruire e migliorare sugli errori commessi, evitando atteggiamenti di colpevolizzazione di chi ha sbagliato (learning organization);
- L'impegno a perseguire il miglioramento della qualità assistenziale, condiviso da tutte le professionalità presenti all'interno di una struttura sanitaria (professionisti sanitari e amministrativi) e sostenuto dalla presenza di un appropriato volume e composizione delle risorse umane disponibili (la corretta numerosità del personale, caratterizzato dalle competenze necessarie e capace di erogare servizi assistenziale della qualità programmata - attesa);
- La presenza di un team multi-disciplinare in grado di operare a tutti i livelli organizzativi sulla base di decisione fondate su informazioni sostenute da prove scientificamente validate;
- La disponibilità di un buon sistema informativo in grado di produrre i dati essenziali per la identificazione di aree che necessitano interventi migliorativi (valutazione di base - baseline assessment), per la programmazione e per il monitoraggio dei progressi, per il confronto dei risultati raggiunti dai diversi servizi attraverso la definizione di valori di riferimento (benchmarking), per fornire informazioni utili a orientare le scelte dei cittadini e dei pazienti (trasparenza e responsabilizzazione), e per monitorare il verificarsi e l'entità di eventi indesiderati conseguenti all'attività sanitaria (sistema di allarme).

Nel merito dei singoli interventi, si intende procedere alla costituzione di un Ufficio Qualità all'interno della Direzione Sanitaria Aziendale con il compito di avviare iniziative in tutti i settori

precedentemente menzionati, avviando in primo luogo **un sistema di collegamento e di raccordo fra le diverse commissioni istituzionalmente esistenti all'interno dell'Azienda** (Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere, comitato per il buon uso del sangue, comitato etico, ...).

Questa attività dovrebbe consentire un rapido il trasferimento nella pratica assistenziale di azioni ed interventi decisi all'interno dei singoli settori, adottando provvedimenti coordinati e coerenti con gli assetti assistenziali specifici del Policlinico (ad esempio, interventi sui comportamenti del personale medico e non medico nell'applicazione di procedure invasive, modalità di recupero intra-operatorio del sangue, protocolli per la richiesta di rx del torace preoperatori, utilizzo degli antibiotici in ambito chirurgico, ...).

**L'attività di raccordo dovrà coinvolgere anche tutte le iniziative che singoli individui o gruppi professionali stanno attuando per il miglioramento continuo della qualità assistenziale** (adozione di linee guida, attività di formazione, inserimento di nuove tecnologie, ...).

In questo contesto, il ruolo dell'Ufficio Qualità e della Direzione Sanitaria sarà quello di garantire la **trasferibilità nella pratica quotidiana delle conoscenze mediche**, affiancando alle indicazioni clinico-assistenziali le condizioni organizzative, gestionali e strutturali che consentono l'implementazione delle linee guida ed il loro consolidamento operativo.

Accanto a questa azione, è indispensabile promuovere **iniziative di "confronto fra pari"** in modo da favorire un approccio collaborativo, puntando alla condivisione ed alla diffusione di modelli culturali innovativi e alla promozione di comportamenti scientificamente validati, evitando, quindi, per quanto possibile, il ricorso ad interventi punitivi e alla colpevolizzazione del singolo professionista (responsabilità di sistema).

Le **attività di medical audit e di peer review** richiedono, tuttavia, una documentazione sanitaria adeguata. Per tale motivo, è stata avviata una profonda **revisione della cartella clinica e della documentazione infermieristica** attualmente in dotazione ai singoli Dipartimenti/Istituti, con l'obiettivo di arrivare ad una documentazione omogenea e standardizzata (attualmente sono presenti all'interno del Policlinico più di 30 diverse tipologie di cartella clinica), potenzialmente trasferibile su supporto informatico.

Nell'ambito della qualità professionale, l'ufficio qualità avrà il compito di **sviluppare sistemi permanenti di valutazione delle prestazioni sanitarie attraverso la elaborazione e la diffusione di report**, per Dipartimento/Istituto e per Unità Operativa, ad intervalli regolari (ad es., cadenza quadrimestrale, semestrale ed annuale), ricavati dai flussi correnti (schede di dimissione ospedaliera, schede ambulatoriali, flussi derivati dalle attività di emergenza, ...). Accanto alla predisposizione di indicatori tradizionali di attività, l'Ufficio Qualità, in accordo con la Direzione Sanitaria, dovrà sviluppare un set di indicatori sanitari specifici per settore di attività, la cui lettura integrata consenta, attraverso il monitoraggio continuo delle attività assistenziali, l'adozione di interventi, mirati, di natura organizzativa e/o clinica.

La qualità percepita, sia dalle persone assistite, sia dagli operatori, rappresenta un elemento fondamentale della qualità assistenziale. **L'avvio di interventi conoscitivi sui giudizi espressi dai cittadini che entrano in contatto con la struttura, sia per motivi sanitari che professionali, e dei principali determinanti che entrano in gioco nella formazione del giudizio complessivo** (modalità di accoglienza, pulizia dei locali e vitto, armonia ed integrazione professionale, competenza, tempestività degli interventi, trasparenza ed esaustività dell'informazione, sicurezza degli ambienti e del lavoro, ...) consentirà di stabilire le priorità di intervento per ricostruire il clima di stima e di fiducia nell'istituzione, così frequentemente messo in discussione dal deterioramento delle condizioni strutturali, tecnologiche ed organizzative che si è verificato nel corso degli ultimi 10 anni e che viene continuamente peggiorato dall'assenza di un'identità comune e del senso di appartenenza all'istituzione.

**La valutazione dell'equità allocativa e dell'efficienza operativa** delle singole unità operative dovrà basarsi sulle tecniche e sugli strumenti derivati dal settore della ricerca operativa che consentono di valutare la coerenza fra risorse disponibili e risultati operativi, la distanza fra la

scala operativa attuale e quella ottimale, l'impatto degli assetti organizzativi e tecnologici sull'efficienza operativa.

In raccordo con il Dipartimento delle Risorse Umane, l'Ufficio Qualità dovrà predisporre un piano per lo **sviluppo professionale** del personale operante all'interno del Policlinico.

## 2. GLI ASPETTI QUANTITATIVI

### 2.1. La metodologia specifica

#### 2.1.1. Le Premesse

Il presente piano di rilancio si muove entro i limiti, i vincoli e gli obiettivi presenti nel piano di risanamento finanziario presentato nel corso del 2001 dalla Regione Lazio al Governo.

In particolare, l'ipotesi all'epoca delineata era finalizzata al raggiungimento del risanamento economico in 4 anni di gestione intervenendo sulle principali variabili di efficienza della struttura.

Le assunzioni e osservazioni di base erano le seguenti:

1. il Policlinico soffre di un sovradimensionamento generalizzato in termini di posti letto, unità operative, articolazione organizzativa e personale;
2. allo stesso tempo, si sottolinea il livello di complessità gestionale della struttura nella quale insistono molteplici fattori sedimentati nel tempo come ad esempio: la struttura logistica delle attività assistenziali che si riferisce ad un ospedale progettato agli inizi del secolo scorso, il retaggio organizzativo della gestione diretta universitaria che fa insistere sulla attività assistenziale una articolazione funzionale alla didattica e alla ricerca ma meno efficace per le prestazioni assistenziali tipiche di un ospedale moderno, una commistione di spesa tra assistenza, ricerca e didattica che penalizza il bilancio della azienda;
3. la complessità media delle prestazioni sanitarie del Policlinico Umberto I è bassa rispetto alle potenzialità in campo;
4. i livelli di produzione (quantità, degenza media e tassi di occupazione) sono fortemente influenzati da una inefficienza strutturale dei processi ;
5. l'arretratezza tecnologica delle strutture di base che soffrono della scarsità di risorse finanziarie destinate al necessario rinnovo tecnico e tecnologico.

Ciò premesso, il piano di risanamento finanziario era basato, in sintesi, sulla semplificazione della struttura in tutte le sue componenti insieme ad poderoso rilancio della qualità offerta. In particolare, le direttrici del risanamento finanziario erano le seguenti:

- riduzione progressiva dei posti letto (ordinari e day hospital) con cessione ad altre strutture di Roma e del Lazio;
- cessione progressiva di personale universitario e aziendale, da effettuare parallelamente ai posti letto, allocandolo presso le strutture riceventi sulla base di parametri "personale/posto letto" orientati a standard di efficienza e nella assunzione, pertanto, di mantenere presso il Policlinico i fattori di inefficienza rilevati;
- intervento strutturale sui ricavi inteso come: aumento delle prestazioni (quantità), aumento della complessità media, incremento dei tassi di occupazione e ridefinizione del mix delle prestazioni tra ricoveri ordinari, day hospital e prestazioni ambulatoriali;
- intervento strutturale sui costi, inteso come: riduzione della degenza media, progressiva destrutturazione di unità operative incoerenti rispetto alle finalità assistenziali secondo oggettivi parametri, riordino della articolazione organizzativa delle attività assistenziali con razionalizzazione delle unità operative complesse, interventi mirati sulla polverizzazione dei

servizi e dei laboratori, razionalizzazione della farmacia e della distribuzione dei farmaci, interventi sugli acquisti e appalti;

- forte riqualificazione professionale delle risorse umane e dei sistemi gestionali;
- tutto il piano, infine, trovava la sua coerenza finale, nella ristrutturazione edilizia finalizzata a razionalizzare vigorosamente gli spazi assistenziali in un logica di razionalità, economicità e modernità della nuova struttura ospedaliera.

Nel suddetto scenario, il piano di risanamento prevedeva che nel quadriennio 2002-2005, il Policlinico raggiungesse un sostanziale pareggio di bilancio a fine periodo, al verificarsi delle condizioni necessarie inerenti ai rapporti tra Regione, Università e Aziende coinvolte nel decentramento del Policlinico.

Il presente piano di rilancio sviluppa esattamente tutte le direttrici del piano di risanamento e si muove nei vincoli di quest'ultimo, considerando, tuttavia, l'evoluzione avvenuta nell'ultimo anno nell'ambito del contesto di riferimento, di seguito rappresentata:

- il Protocollo di Intesa tra Regione e Università, stipulato il 2 agosto 2002, prende atto del piano di risanamento del 2001, ma rinvia a successivi accordi le specificazioni per la riprogettazione organizzativa delle U.O.
- il presente piano di rilancio assume che l'obiettivo del risanamento nel quadriennio (2003-2006), faccia riferimento alla attuale struttura dei posti letto presenti nel Policlinico (1700 ordinari più quelli in DH/DS) e, tuttavia, prevede una riprogettazione della struttura organizzativa del Policlinico con una semplificazione degli attuali assetti<sup>1</sup> attraverso due modalità:
  - Il "declassamento" di alcuni servizi dall'attuale classificazione come Unità Operativa Complessa ad Unità Operativa Semplice, oppure
  - la disattivazione dei servizi stessi.

Per procedere a questa operazione sono stati utilizzati, in modo integrato, i seguenti 5 criteri:

1. Coerenza con le finalità istituzionali ed assistenziali di un Policlinico Universitario;
2. Rilevanza sul piano strategico e coerenza rispetto al piano di posizionamento dell'Azienda Policlinico Umberto I;
3. Razionale utilizzo delle risorse strutturali (rapporto numero di servizi clinici su numero di posti letto dipartimentali o di istituto);
4. Efficienza operativa (rapporto costi/ricavi)
5. Apicalità affidata ad un professore Ordinario/Associato.

La scelta fra la disattivazione completa di un servizio o la sua trasformazione da U.O.C. a U.O.S. dipende dall'appartenenza o meno di quel servizio alle discipline a "strutturazione" obbligatoria.

<sup>1</sup> Nel paragrafo 2.3.1 è riportato uno schema rappresentativo di tale riassetto, nel quale sono identificate solo le U.O. Complesse, in quanto le U.O. Semplici verranno definite in seguito su proposta dei Dipartimenti/Istituti.

Per quanto riguarda il declassamento da U.O.C. a U.O.S., la gerarchia di azione prevede l'attribuzione di un maggior peso ai primi tre criteri, riservando agli ultimi due criteri una rilevanza minore.

- al verificarsi delle condizioni di decentramento del Policlinico, che dipendono dagli attori sopra citati, sono stati predisposti gli strumenti di controllo di convergenza di piano verso il risanamento finanziario, secondo i mutati assetti di carattere organizzativo che, via via, si andranno ad affermare.

Quali ulteriori informazioni metodologiche specifichiamo che:

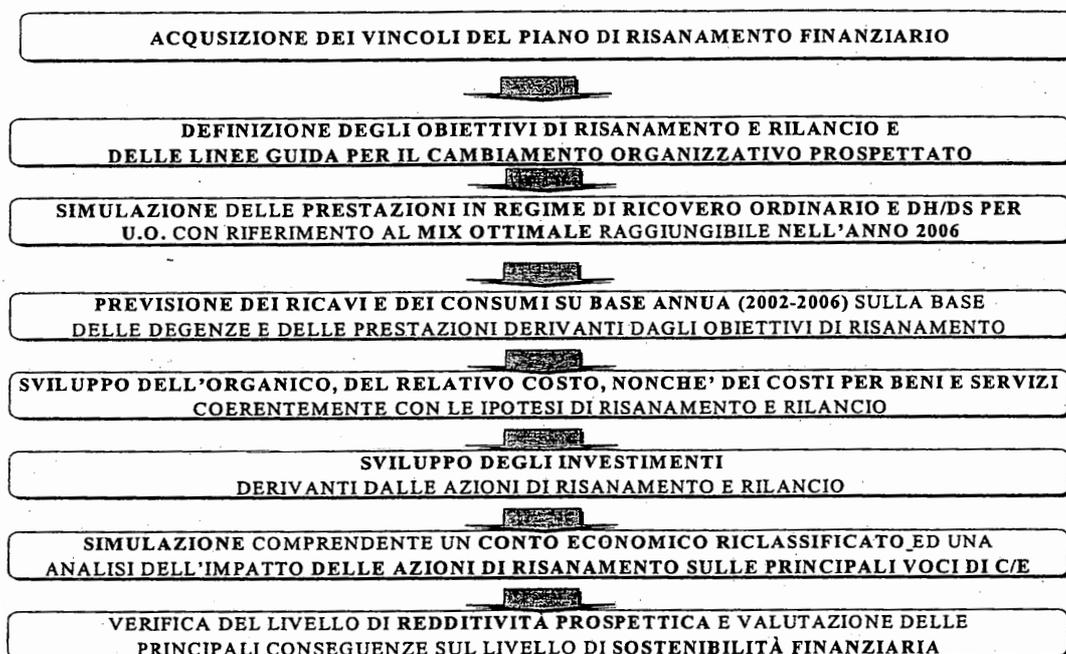
- i bilanci di partenza relativi al 2000 e al 2001, sono quelli predisposti dagli uffici della Azienda per gli anni di riferimento<sup>2</sup>;
- il conto economico preconsuntivo per l'anno 2002 è stato elaborato con il supporto del budget di produzione sanitaria che la Direzione Aziendale ha concordato singolarmente con i singoli Dipartimenti Universitari;
- i successivi anni di piano 2003, 2004, 2005 e 2006, sviluppano tutte le ipotesi di razionalizzazione programmata sulle singole aree di intervento e, in sintesi, fissano i seguenti obiettivi:
  - a) **incremento dei ricavi nel periodo 2002-2006** per un ammontare pari a circa 53 milioni di Euro;
  - b) **decremento dei costi complessivi del personale** per un ammontare netto di 26 milioni di Euro (circa il 12 % dei costi del personale di partenza);
  - c) **decremento dei costi complessivi per acquisti di beni e servizi** per 44 milioni di Euro, obiettivo che si determina per effetto di due azioni combinate: razionalizzazione degli acquisti, negoziazione con l'Università dei costi impropri sostenuti dalla Azienda (circa il 25% delle somme di partenza);
- il raggiungimento degli obiettivi di piano, infine, è subordinato alla possibilità di immettere nel Policlinico sufficienti risorse finanziarie per il rinnovo delle attrezzature sanitarie e dei sistemi gestionali che rappresentano un condizione sbloccante per i programmati incrementi di produttività sanitaria ed amministrativa della struttura. I fabbisogni di investimenti sono specificamente indicati e non hanno riflessi sui conti economici previsionali per il fatto che si assume che tutti gli investimenti saranno effettuati a fronte di specifici finanziamenti in "conto investimenti" con relativa sterilizzazione degli ammortamenti.

In ultimo, qui di seguito, vengono presentate in sintesi le fasi metodologiche sottostanti il modello di simulazione economica e finanziaria.

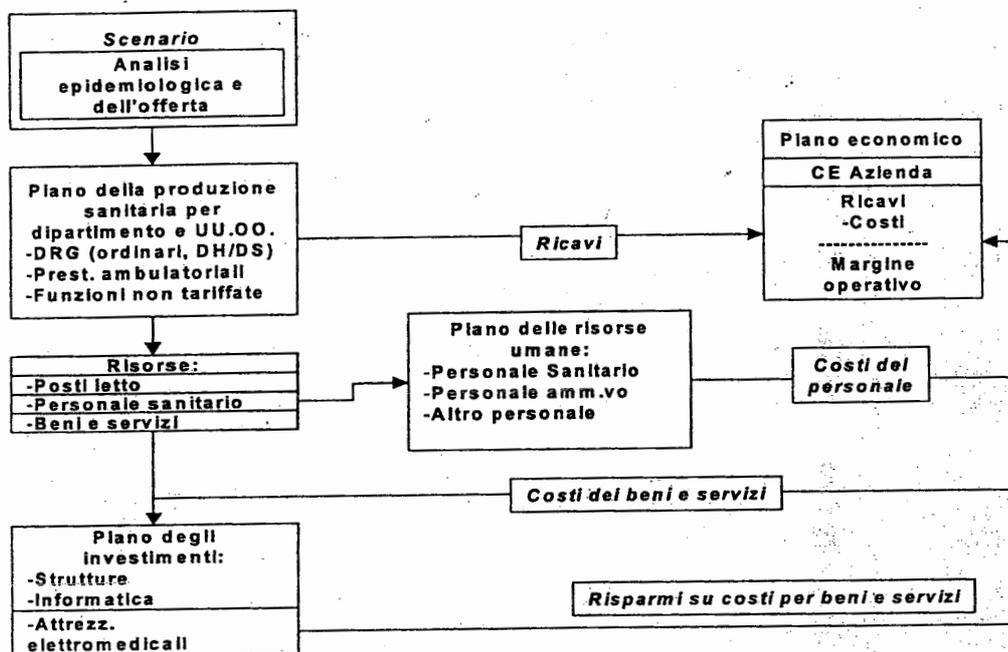
<sup>2</sup> Si fa presente che nel piano di risanamento, per assenza di adeguate stime di preconsuntivo per l'anno 2001, si era assunta l'identità economica del 2001 con il 2000. Il piano di rilancio, invece, include il conto economico consuntivo predisposto per l'anno 2001.

### 2.1.2. Il processo di Pianificazione

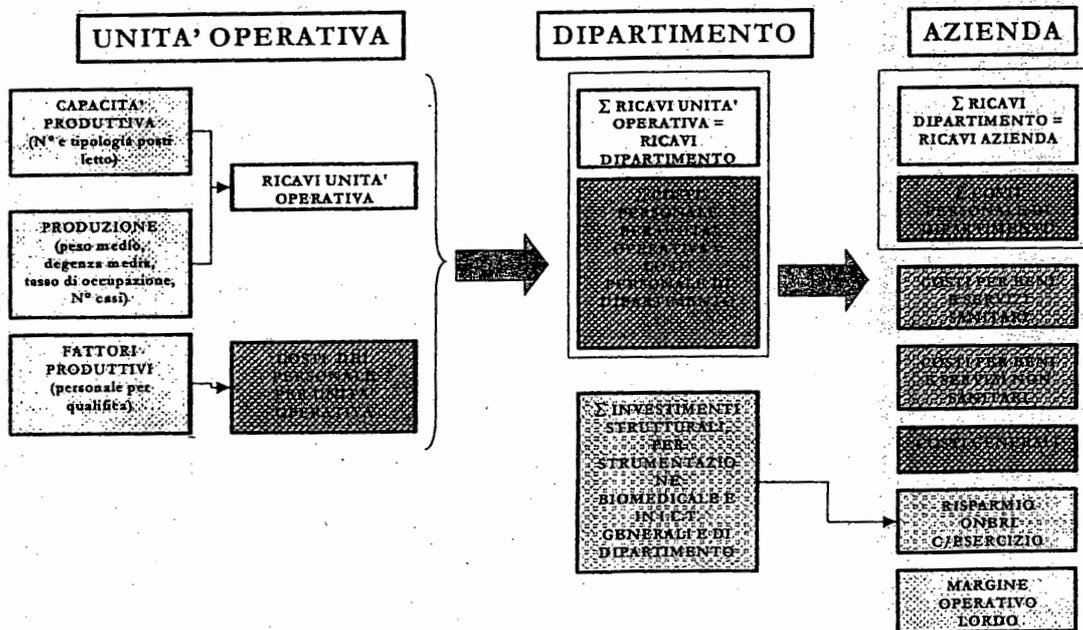
Il seguente schema illustra le fasi del processo di pianificazione adottato:



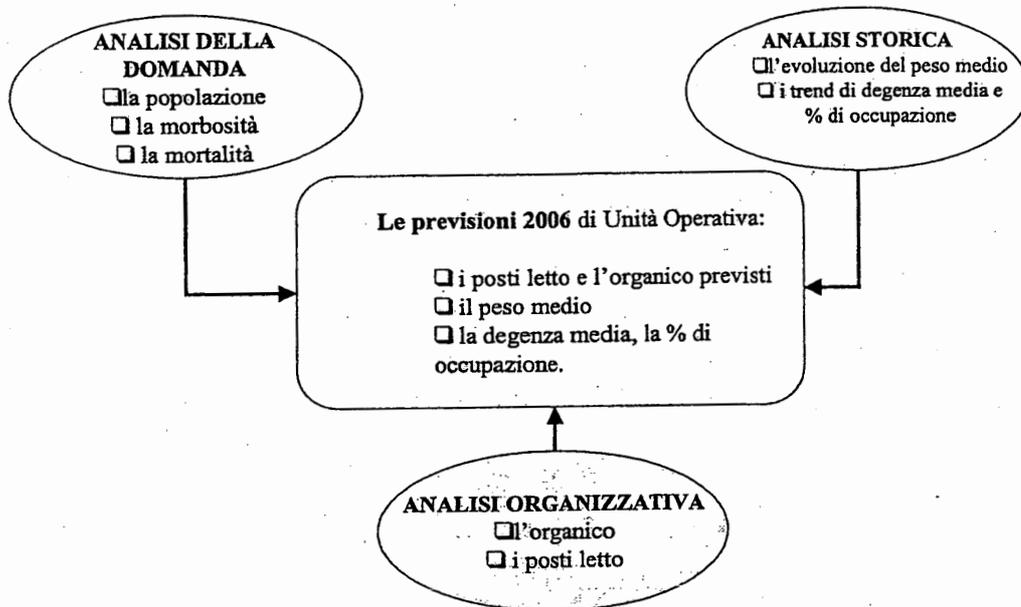
2.1.3. Architettura del Modello di Simulazione



2.1.4. Articolazione della Pianificazione rispetto all'Organizzazione



**2.1.5. Il metodo di Valutazione della Produzione Sanitaria**



**2.1.6. La determinazione dei volumi e del valore della produzione**

L'algoritmo di calcolo generale utilizzato per determinare il valore della produzione è il seguente:



### **2.1.7. le fonti informative**

Le fonti utilizzate per l'elaborazione del piano sono state:

- dati elaborati dalla Direzione amministrativa (dati di bilancio e dettagli del personale e del relativo costo);
- dati di benchmark regionale o di altre aziende sanitarie (ad esempio, il peso medio, l'incidenza dei costi per beni sanitari sui ricavi, ecc.);
- dati, relativi agli indicatori di produzione sanitaria, forniti dalla Direzione sanitaria dell'Azienda.

Le informazioni relative a fonti esterne sono state utilizzate solo laddove non fossero disponibili informazioni aziendali.

Di seguito, è illustrata in dettaglio la natura e le caratteristiche del benchmark regionale utilizzato.

### **2.1.8. Il Benchmark Regionale**

Il benchmark pubblico utilizzato è stato selezionato sulla base del posizionamento obiettivo dell'Azienda Policlinico Umberto I, in funzione della domanda di assistenza (valutazioni di carattere epidemiologico) e dell'offerta sanitaria (valutazioni relative ai possibili competitor).

Si tratta in particolare di un campione costruito su dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale che fa riferimento a cinque Aziende Ospedaliere della città di Roma, (AO San Giovanni Addolorata, AO San Camillo, ed il Policlinico Gemelli, Università di Tor Vergata, oltre al Policlinico Umberto I) assimilabili all'Azienda Policlinico in termini di volumi produttivi erogati, bacini di utenza serviti e livello di complessità trattato.

Occorre, comunque, considerare che esso, come la maggior parte dei benchmark, rappresenta esclusivamente un riferimento, non un'esatta replica delle caratteristiche specifiche di ciascuna specialità.

### **2.1.9. Le principali assunzioni**

In considerazione delle caratteristiche strutturali ed istituzionali dell'Azienda, lo sviluppo del piano si è basato sulle seguenti assunzioni:

#### **Ipotesi relative allo scenario di sviluppo**

Attualmente, rispetto alle indicazioni emerse in seno al piano di risanamento del 2001, persistono alcuni elementi di indeterminatezza concernenti:

- le caratteristiche e i tempi del processo di attivazione da parte delle strutture riceventi (N° posti letto per tipologia, composizione del mix di personale da trasferire rispetto alle varie qualifiche, ecc.);
- conseguentemente, caratteristiche e tempi del processo di disattivazione di posti letto e personale da trasferire attualmente collocati presso l'Azienda.

Pertanto, vengono ipotizzati due scenari di riferimento per la formulazione del piano di rilancio:

- a) scenario base: la struttura produttiva, in termini di posti letto equivalenti e personale assistenziale, non varia nell'arco temporale prospettico considerato.
- b) scenario con trasferimenti di posti letto verso altre strutture, al quale si correlano anche trasferimenti di personale assistenziale, oltre a conseguenti riduzioni più o meno proporzionali sul fronte dei consumi, dei servizi e dei costi di struttura

Nell'ambito dello scenario base sono state evidenziate le aree di intervento ed i risultati scaturenti dal piano di rilancio, riferito all'attuale configurazione produttiva.

Con lo scenario b), invece, si evidenziano le principali ulteriori conseguenze derivanti dagli obiettivi del Protocollo d'Intesa Regione Lazio-Università "La Sapienza" dell'8/8/2001, nonché gli ulteriori interventi che necessariamente dovranno accompagnare il processo di disattivazione di posti letto e trasferimento del personale.

#### **Orizzonte temporale della Pianificazione**

Lo sviluppo del Piano di Produzione è stato realizzato rispetto ad un orizzonte temporale di 5 anni (2002 – 2006), considerando l'esercizio in corso come parzialmente prospettico, in quanto:

- i dati di produzione più recenti disponibili alla data sono riferiti al 1° semestre 2002, per le degenze ordinarie.
- I dati utili più prossimi, relativi alle degenze diurne, sono riferiti al 2001, in quanto le informazioni relative al 2002 riguardano un numero di accessi riferiti a casi ancora aperti ed in corso di evoluzione.
- Le informazioni relative alla consistenza media e costo dell'organico sono disponibili con riferimento al 2001 (unità equivalenti), mentre una situazione puntuale è disponibile con riferimento al 1° semestre 2002.
- Nel corso dell'esercizio 2002 sono stati registrati incrementi contrattuali incidenti sul costo aziendale del personale universitario di riferimento (anno 2001).

#### **Posizionamento degli obiettivi della Pianificazione**

Il posizionamento degli obiettivi è stato effettuato con riferimento all'ultimo esercizio di pianificazione (2006). La tecnica consiste nell'individuare tutte le ipotesi ed assunzioni, obiettivi di produzione ed assetto operativo, fabbisogno di risorse umane, risorse materiali e servizi raggiungibili al termine dell'orizzonte previsionale stabilito.

Negli anni intermedi si è ipotizzata una interpolazione delle variabili secondo una curva di crescita progressiva che tiene conto della fattibilità nel tempo delle azioni di risanamento e rilancio.

#### **Tariffe attive delle prestazioni ed i servizi**

Si assume prudenzialmente che le tariffe unitarie non vengano adeguate nell'arco temporale prospettico del piano.

Si prevede, invece, la maggiorazione dell'8% delle prestazioni tariffate, prevista dal protocollo di intesa tra Università e Regione per remunerare i maggiori costi connessi all'attività didattica e di ricerca svolta dal personale universitario.

Tale ipotesi ricalca la situazione registrata nel bilancio 2001

#### **Consistenza dell'organico**

Nell'ambito dell'organico si intendono ricomprese tutte le categorie di personale attualmente gestite dai Dipartimenti sanitari e dall'Amministrazione centrale, ivi comprese quelle che prestano