

risorse strumentali ed umane. Certamente una particolare attenzione andrà riservata al completamento del cablaggio di tutte le strutture in funzione, ed alla dotazione delle attrezzature informatiche necessarie per il completo ammodernamento dell'Azienda, sia sotto il profilo sanitario che quello di supporto amministrativo e di gestione.

4. Dipartimenti ad attività integrata (DAI)

4.1. Il dibattito in atto da tempo nella Facoltà, (il primo documento di costituzione dei DAI risale ad oltre tre anni fa, nella delibera di Facoltà del 16 febbraio 2000 a commento della proposta di Piano Strategico Aziendale presentata dalla Direzione Aziendale il 31 gennaio 2000) ha fatto maturare una ipotesi da attuare nel breve-medio periodo, fondata su riagggregazioni delle strutture dipartimentali universitarie che tengano conto di quattro criteri principali: a) la valenza scientifico-culturale; b) l'omogeneità o la complementarietà assistenziale; c) il variare del quadro nosologico in relazione alle modificazioni demografiche (attenzione maggiore alla terza età, alle malattie "genetico-degenerative", alla riabilitazione, etc.); d) le attuali compatibilità organizzative-edilizie e la possibilità di intervenire con risultati ottenibili entro 5 anni (ma in larga misura già entro 2 anni). Si riporta di seguito la tabella a) Dipartimenti ad attività integrata proposto dalla Facoltà di medicina.

Tabella A - Dipartimenti ad Attività Integrata

N.	DAI	Settori di competenza	Dip Univ primari	Dip Univ concorrenti
01	DEA-emergenza e accettazione	<i>Emergenza Accettazione Traumatologia Neurotraumatologia Chirurgia maxillofacciale Terapia intensiva Stroke Unit [centro antirabbico; centro anti-veleni]</i>	CUPS Chirurgia Valdoni Chirurgia Stefanini Ortopedia Medicina interna Medicina sperimentale e pat Scienze Neurologiche Anestesiologia	<i>Limitatamente all'emergenza ed all'accettazione: Scienze chirurgiche Chirurgia Durante Oftalmologia Otorinolaringoiatria Ostetricia e ginecologia Sc. Radiologiche Scienze Neurologiche Dip Sanità Pubblica Malattie del Cuore "Reale" Mal Cardiovascolari respirat. Biotecnologie/ematologia</i>
02	Medicina interna e specialità mediche	<i>Medicina interna Terapia medica Gastroenterologia Reumatologia Endocrinologia Diabetologia Nutrizione clinica Andrologia</i>	Medicina interna Medicina clinica Medicina sperimentale e pat Scienze cliniche Fisiopatologia medica Terapia medica	
03	Chirurgia generale e specialità chirurgiche	<i>Chirurgia generale Chirurgia toracica Chirurgia vascolare Trapianti d'organo (addominali; polmone)</i>	Chirurgia Valdoni Chirurgia Stefanini Scienze Chirurgiche (ex III) Chirurgia Durante	
04	Ginecologia ostetricia	<i>Ginecologia Ostetricia Patologia neonatale Progetto prevenzione [*]</i>	Scienze ginecologiche	Puericultura

		<i>Oncologia (oncologia medica) [*] Monitoraggio farmaci-tossicologia</i>		
19	Diagnostica per immagini e radioterapia	<i>Radiologia [*] Neuroradiologia Radioterapia Medicina nucleare</i>	Scienze radiologiche	Neuroscienze Dip. chirurgici Dip. medici etc.
20 (1)	Organizzazione sanitaria e sanità pubblica	<i>Organizzazione sanitaria Controllo strutture sanitarie Medicina legale</i>	Sanità pubblica Medicina sperimentale e patol Medicina legale	

[*] Compartecipano al progetto di prevenzione "Progetto donna".

(1) inserito dalla Facoltà in una successiva deliberazione non recepita dall'Azienda.

Detta ipotesi è stata recepita provvisoriamente (ad eccezione del punto 20) in un provvedimento deliberativo del Commissario Straordinario, nelle more di una successiva e concertata valutazione di ulteriori elementi di carattere tecnico-sanitario e logistici. Infatti, in ordine alla necessità di meglio identificare alcuni dipartimenti per l'integrazione di competenze diverse (mediche specialistiche, chirurgiche, diagnostiche, di ricerca avanzata, etc.) nonché di considerare alcune eredità storiche strutturali che non rendono possibile al momento una sufficiente aggregazione logistica, sarà opportuno implementare l'attuale assetto dipartimentale. Si fa riferimento in particolare ad ipotesi di dipartimenti di:

- organizzazione sanitaria e di sanità pubblica;
- riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (che potrà essere costituito solo dopo la istituzione e la costituzione di unità complesse di riabilitazione e di lungodegenza medica);
- assistenza;
- scienze oftalmologiche;
- dipartimento farmaceutico

Con particolare riferimento al dipartimento farmaceutico, possibilmente inter aziendale, si precisa che la riorganizzazione - già in atto - di tutto il delicato settore facente capo alla Farmacia, è finalizzata ad una più corretta gestione della notevole spesa annuale prevista nonché della distribuzione e ritiro dei farmaci e presidi sanitari, effettuando i necessari riscontri su tempi e modalità di consumo. Una corretta gestione del magazzino sarà anche in grado di assicurare i migliori e più economici criteri di approvvigionamento con l'effettuazione di gare pluriaziendali e con la più attenta valutazione del Prontuario Farmaceutico Ospedaliero e degli eventuali aggiornamenti.

Dal punto di vista organizzativo-gestionale del nuovo modello dipartimentale, i posti letto saranno assegnati dall'Azienda in dotazione al singolo DAI globalmente (indivisi), mentre ad una buona parte delle singole Unità Operative verranno assegnate soglie minime di attività (alle quali corrisponde un numero minimo di posti-letto), con la restante potenzialità assistenziale modulata da criteri di progettualità scientifico-assistenziale, di efficienza/efficacia, di contenimento delle liste d'attesa, etc.; il regolamento dei DAI renderà espliciti questi criteri, nonché l'organizzazione Dipartimentale ed i rapporti con i Dipartimenti Universitari.

5.2. L'assenza, peraltro, nel sistema rimasto in vigore per 15 anni — di una metodologia basata sulla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle UOC ha cristallizzato l'organizzazione non consentendo le necessarie rimodulazioni. Non sembra infatti corretto non prevedere una periodica revisione delle UOC e delle UOS, con possibilità di passaggio delle UO da complesse a semplici o da semplici a complesse, in modo da privilegiare nell'ambito dello stesso numero complessivo nuove esigenze di progettualità scientifica o assistenziale o valutazioni organizzative-funzionali e dei risultati (qualità/quantità prestazioni, dati economici, etc.). Viene qui ipotizzato che ad un anno dall'approvazione delle UOC/UOS, nella quale sono definite solo 164 UOC per il solo Policlinico, si provveda a sostituirne 10 scegliendo tra le UOS quelle che abbiano dimostrato maggiore validità scientifico-assistenziale-economica in relazione al pari numero di unità che siano risultate invece meno valide. Ogni triennio, poi si procederà, ad una analisi delle 20 UOC che il nucleo di valutazione dell'Azienda ritenga maggiormente problematiche sotto il profilo finanziario e che con decisione congiunta dell'Azienda e della Facoltà possono essere riprogrammate a UOS, con passaggio di pari numero di Unità Operative a UOC da UOS o con neo-istituzione di UOC, fermo restando il numero complessivo di 164 UOC.

Questo meccanismo può essere attuato, entro limiti numerici predeterminati, oltre che in generale anche nell'ambito di ogni DAI. Ciò sicuramente potrà sostanzialmente contribuire al raggiungimento degli obiettivi di risultato predeterminati ed al rispetto dei *budget* assegnati ai Dipartimenti e ripartiti tra le U.O. complesse e semplici ad essi afferenti.

Essenziale in questo processo sarà la stesura di un idoneo regolamento di attività e collegamenti di tutti i Dipartimenti, con sinergia della Direzione Sanitaria e strutture di governo della Facoltà, per la promozione dei conseguenti atti di gestione della Direzione Aziendale.

Va, inoltre, ipotizzata concretamente la possibilità che tra le U.O.C. siano considerati anche alcuni dei numerosi Centri di riferimento regionali o nazionali, che espletano la propria attività anche senza assegnazione di letti di degenza, ma con riconosciuta efficacia ed eccellenza assistenziale che li colloca sicuramente in una posizione di rilievo nelle strutture Aziendali.

A tal fine l'atto aziendale individuerà modalità strumenti e tempi per la revisione delle unità operative e della loro complessità in relazione ai risultati di gestione e alle rinnovate esigenze dell'utenza fermo restando il numero complessivo delle unità operative complesse quantificate nel presente documento.

5.3. La Tabella B di seguito riportata elenca il numero di Unità Operative Complesse presso il Policlinico Umberto I nonché i dipartimenti di afferenza. Nella stessa

Azione formativa	Destinatari	Numero soggetti
Formazione manageriale	Direttori DAI e Direttori Dipartimenti/Istituti Universitari	35
Formazione manageriale	Dirigenti Unità Operative Complesse/Semplici (compresi i docenti di strutture decentrate) e Responsabili Amministrativi	250
Rilevazione e fatturazione attività	Responsabile di centri di costo	200
Evidence Based Medicine ed economia sanitaria	Responsabili di UO	200
Valutazione qualità e <i>customer satisfaction</i>	Responsabile qualità dei DAI	25

Va, inoltre, programmata anche con appositi incontri con le OO.SS., la formazione specifica del personale che potrà essere utilizzato in unità diverse da quelle di appartenenza, utilizzando a tali fini anche la collaborazione della Facoltà con cui organizzare gli appositi corsi ritenuti necessari.

5.5. Non è senza significato che tra gli obiettivi della Direzione aziendale venga posto in pieno accordo con la Facoltà anche quello della “scientificità” dei percorsi diagnostico-terapeutici: l’obiettivo è quello di rendere il Policlinico e la sua professionalità clinica protagonista della appropriatezza, fondata sulla *medicina basata sulle prove*, su linee guida per patologia o condizione personale (comprese le fragilità), che da un lato migliorino la qualità dell’offerta e della sua efficacia, dall’altro incontrino la soddisfazione dei pazienti e utilizzino in modo appropriato le risorse e che facciano “cultura medica” nel territorio, come si conviene per una struttura che ha al suo interno elevatissime professionalità. Per la pratica realizzazione della formazione, valutandone anche i contenuti misti, è certamente necessario ed auspicabile un concreto accordo in generale con l’Università ed in particolare con la Facoltà, **come avanti indicato**.

6. La qualità scientifico-assistenziale del Policlinico Umberto I

Una recente indagine di un grande quotidiano nazionale ha messo in evidenza la qualità scientifico-assistenziale dei grandi ospedali in 6 settori specialistici, ritenendo che l’eccellenza sia misurabile attraverso il duplice parametro della qualità/volume assistenziale e la qualità della produzione scientifica: poiché si tratta di parametri che sono oggetto della finalità di un Policlinico universitario, l’indagine è significativa per mettere in evidenza la qualità intrinseca di una istituzione. Nella valutazione complessiva il Policlinico Umberto I è l’unico tra gli ospedali entrati in graduatoria ad essere presente in tutte le specialità oggetto dell’indagine, comprese quelle nelle quali le condizioni logistiche sono estremamente precarie. La sanità laziale è ben rappresentata anche dal Policlinico Gemelli, presente in 4 specialità.

Istituzioni di grande rinomanza nazionale sono presenti in 5 specialità (San Raffaele di Milano) o in 3 specialità (Policlinico di Padova, Azienda ospedaliera universitaria di Pisa, Napoli Policlinico dell’Università Federico II), come indica la seguente tabella riassuntiva (CorSera 27 luglio 2003):

sperimentazione cliniche controllate, finalizzate a raggiungere evidenze scientifiche su procedimenti diagnostici o itinerari terapeutici, prevedendo la necessaria integrazione con l'attività assistenziale senza penalizzazioni di sorta, ma con un incremento dei livelli di qualità.

Particolare attenzione andrà riservata allo studio delle cellule staminali per il loro utilizzo nella cardiocirurgia, settore nel quale è già stata individuata, con ragionevole speranza, la possibilità di interventi positivi.

7. L'equilibrio finanziario

I criteri per pervenire ad un equilibrio finanziario, rientrando tra quelli normalmente utilizzati in studi simili, non possono, ovviamente, essere troppo diversi da quelli evidenziati nel precedente piano.

Infatti, anche se non si dispone ancora di tutti i dati certi relativi al consuntivo 2003, quelli elaborati per la stesura del Bilancio Preventivo indicano un disavanzo superiore a quello previsto. I risultati dell'azione programmata con il presente documento dovranno pertanto tener conto di tale situazione, come punto di partenza per il prossimo triennio.

Gli obiettivi di azione sono i seguenti:

- a) La programmazione sanitaria relativa agli anni 2004 – 2006 per quel che riguarda i ricoveri ordinari, è stata calcolata ipotizzando una riduzione della degenza media e un aumento del peso medio, mantenendo costante il tasso di occupazione al 92%.
L'attività di ricovero in regime diurno è stata programmata sulla base dei seguenti presupposti:
 - I posti letto di day hospital sono posti letto equivalenti;
 - L'attività di ricovero in regime diurno può essere svolta solo se vi è una specifica dotazione di posti letto di day hospital;
 - I ricoveri in regime diurno (sia medici che chirurgici) devono rispondere a specifici requisiti stabiliti dalla regione altrimenti vengono riconosciuti e retribuiti come prestazioni ambulatoriali;
 - Lo standard di attività, comunemente ritenuto accettabile, prevede, per ciascun posto letto di day hospital 2 accessi al giorno per 250 giorni l'anno;
 - Lo standard di attività massimo che la regione riconosce e retribuisce per i ricoveri in day hospital prevede, per ciascun posto letto di day hospital, 1,7 accessi al giorno per 365 giorni l'anno;
 - Nell'anno 2003, nel Policlinico, per ciascuno dei 273 posti letto di day hospital sono stati effettuati 1,4 accessi per 250 giorni nell'anno;
 - Nell'anno 2004 la programmazione prevede un incremento degli accessi pari a 1,6 accessi, per ciascuno dei 230 per 250 giorni l'anno;
 - Nell'anno 2005 la programmazione prevede un incremento degli accessi pari a 1,9 accessi, per ciascuno dei 190 per 250 giorni l'anno;
 - Nell'anno 2006 la programmazione prevede un incremento degli accessi pari a 1,7 accessi, per ciascuno dei 143 per 365 giorni l'anno.

- c) contenimento dei costi complessivi per acquisto di beni e servizi con i seguenti principali interventi:
- informatizzazione della farmacia (già in fase di elaborazione) e delle scorte di tutte le strutture, sia per i farmaci che per i presidi
 - riduzione del rilevante numero di Centri di costo di laboratorio che, con provvedimento deliberativo già in corso, vengono ridotti a partire dal gennaio 2004, dagli attuali 74 a 23;
 - riduzione delle camere operatorie attualmente attive, dalle attuali 49 a circa 30. Non è ancora stato definito il numero esatto in quanto la Direzione Sanitaria sta valutando i percorsi di sicurezza per gli utenti. La riduzione, con contemporaneo incremento delle ore di attività, ed adeguamento di tutte le norme di sicurezza, dovrebbe garantire il migliore utilizzo del personale addetto e la conseguente riduzione dei tempi di degenza
 - modifica delle attuali procedure di pre-ospedalizzazione per ogni Dipartimento con adeguamenti agli standard nazionali e riduzione dei tempi di degenza. Questa importante fase di attività può essere posta in essere immediatamente dopo l'emanazione del regolamento di attività dei DAI e presumibilmente dal gennaio 2004.
 - Acquisizione diretta di servizi essenziali, attualmente appaltati a ditte esterne, con migliore utilizzo del personale in servizio, anche conseguente la eliminazione dei posti letto senza contestuale migrazione di tutto il personale addetto.
- d) acquisizione di risorse esterne attraverso attività convenzionali con enti pubblici(es. INAIL).

Di seguito, sulla base di quanto su esposto, viene rappresentato in tabella 1 il conto economico previsionale per gli anni 2002 – 2006 e in tabella 2 lo stesso conto economico con l'adozione dei ventilati provvedimenti riguardanti una diversa gestione del personale.

(n.b. le cifre sono espresse in milioni di €)

8. La verifica di qualità, appropriatezza, efficienza

8.1. Linee guida diagnostico-terapeutiche

Il coinvolgimento di professionisti di livello certamente elevato, come sono i docenti universitari ed i medici ospedalieri del Policlinico Umberto I, nonché il personale di supporto delle varie qualifiche, deve avvenire anche nella elaborazione di norme condivise di comportamento in situazioni cliniche standardizzate: l'elaborazione di linee-guida rappresenta un atto di grande qualità professionale, rimesso dall'Azienda a gruppi omogenei di professionisti, che non possono tuttavia sottrarsi all'obbligo (per l'azienda, ma anche per la comunità scientifico-professionale) di indicare le norme comportamentali che rispondano alle regole della "medicina basata sulle prove", alla migliore utilizzazione delle risorse, alla riduzione dei tempi trattamento, al rispetto delle esigenze e della persona dei malati.

8.2. I sistemi di verifica

A latere del già esistente Nucleo di Valutazione, in fase di rimodulazione perché da reimpostare sotto alcuni profili funzionali accessori, vanno sicuramente previsti altri sistemi di verifica che, sulla base di parametri predeterminati ed il più possibile obiettivi, possano accertare il raggiungimento dei risultati in ragione di qualità e quantità di prestazioni, nella logica del "Total Quality Management" e della Gestione integrata della Qualità. Il metodo della certificazione esterna è perseguibile solo in funzione di delimitati aspetti operativi e con rispetto delle primarie esigenze di economia non derogabili se non per obiettive necessità. Comunque i punti fondamentali su cui si dovranno attuare, a partire dal 2004 con la responsabile partecipazione degli addetti, le verifiche periodiche sono:

1. raggiungimento degli obiettivi prefissati e concordati
2. rispetto della economia di gestione dei singoli servizi;
3. qualità dei servizi a disposizione dell'utenza;
4. continua partecipazione degli operatori responsabili alla promozione ed al miglioramento dei servizi;
5. accertamento della rispondenza dei consumi all'erogazione dei servizi (sanitari e amministrativi).

9. Pianta organica e provvedimenti per il personale, direzione sanitaria, umanizzazione

Punto di arrivo determinante della riorganizzazione dell'azienda, dopo l'istituzione dei DAI e delle conseguenti Unità Organiche (semplici e complesse) è la deliberazione della dotazione organica. Tale fondamentale strumento organizzativo, da deliberare dopo l'approvazione del presente piano e con il necessario confronto con i rappresentanti del personale, dovrà essere stilato

tutti i problemi di sicurezza per i pazienti, che potrebbero rendere necessaria una rapida evacuazione di locali. Certamente la tipologia dei fabbricati non agevola le moderne soluzioni altrove adottate, ma l'esigenza di giungere alla massima sicurezza possibile, attivando anche le prove pratiche che consentano a tutti gli operatori di conoscere i propri compiti nelle emergenze, potrà essere la spinta necessaria per ricercare altre soluzioni più idonee.

9.2. Formazione del personale

La già ampia attività di formazione ed aggiornamento del personale, deve essere programmata con la massima attenzione alle esigenze dei diversi Dipartimenti ed Unità operative, con lo scopo di consentire la migliore utilizzazione del personale ed il costante aggiornamento ai risultati della ricerca ed aggiornamento scientifico alle esigenze dell'assistenza erogata dall'azienda in tutti i settori. La gestione degli appositi fondi iscritti in bilancio dovrà essere fatta, con la partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori, in modo da garantire la graduale partecipazione di tutti.

Particolare attenzione dovrà essere riportata nella formazione per l'utilizzo delle nuove procedure informatiche, in modo da garantirne il completo utilizzo dal momento stesso della loro installazione.

9.3. Strutture amministrative, tecnologiche e di direzione sanitaria

La rivisitazione dell'attuale organizzazione non può prescindere da un intervento nelle unità operative di supporto all'attività sanitaria. E', infatti, prevista, ed in corso di attuazione, una modifica sostanziale all'impianto amministrativo e direzionale, attualmente ipotizzato in numero di 7 macro-aree, che saranno ridotte a 2 o 3 considerando le principali aree di attività: Personale, affari generali, ragioneria e contabilità; Patrimonio ed ufficio tecnico, Provveditorato ed Economato, oltre alle strutture in staff alla Direzione Generale.

Con apposito provvedimento deliberativo, in corso di adozione, sarà stabilita anche la nuova struttura della Direzione Aziendale che dovrà sovrintendere nel suo complesso alla piena attuazione del piano ed alle proposte per i necessari correttivi in corso d'opera.

9.4. Efficienza dei processi

Verranno identificati modalità e parametri di verifica, interni ed esterni: i meccanismi di verifica di una logica di competizione terranno presente i parametri di efficienza propri di strutture anche private/esterne (ad es. tempo delle diagnosi istopatologiche) laddove in caso di verifica negativa si renderà necessaria una riorganizzazione ed in caso di ulteriore negativa sarà inevitabile l'esternalizzazione di servizi non critici.

Allegato 1

Le OO.SS. di cui al tavolo ex art. 6 del Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 2 agosto 2001 (BUR 30.11.2002 n. 27) condividono i contenuti del "Programma di riorganizzazione ed attività futura del Policlinico Umberto I con le seguenti osservazioni allegate:

- A) Il punto 7b di pagina 21 la frase dal rigo 9 (Sarà) al rigo 11 (dipendente), dovrebbe meglio esplicitare il concetto di riduzione dell'outsourcing e quindi potrebbe essere così formulata: **Il ricorso a consulenze, contratti a tempo determinato, trasferimenti da altri enti sarà limitato alle sole figure professionali non recuperabili con personale dipendente.**
- B) In base alle considerazioni già formulate nella nota del 9 gennaio, e che non si ritiene di dovere ancora una volta ripetere, dal punto 9 di pag. 23 va eliminata la frase da Certamente a contrattuali. Vanno inoltre eliminate le frasi da Nel caso a salvaguardia e da Un cenno a ricerca. Nella parte finale del punto 9 va aggiunto il seguente paragrafo: L'azienda, nell'ambito della predisposizione della pianta organica e comunque in ogni fase del processo di riorganizzazione aziendale, farà riferimento alla normativa contrattuale vigente per il personale del S.S.N. e per il personale universitario. Relativamente a quest'ultimo le norme di riferimento sono individuate nell'articolo 51 del CCNL 98-01 I^o biennio e nell'articolo 21 II^o biennio che confermano il sistema equiparativo vigente basato sulle corrispondenze previste dal D.I.M. 9.11.1982, fino alla sottoscrizione definitiva del CCNL Università 2002-2005.
- C) Alla pagina 16 all'ultimo capoverso dopo "2002." va aggiunta la seguente frase: L'ipotesi articolerà il sistema con Unità Organiche Semplici e Complesse sia Universitarie che Ospedaliere.
- D) Nella tabella B) di pagina 16 al punto 8. Salute Mentale va sostituito il numero 3 con il numero 4 per l'inserimento di una Unità Organica Complessa di Psicoterapia.
- E) Per la stesura definitiva del regolamento di attività dei DAI, dovrà effettuarsi un confronto con le OO.SS. mediche.
- F) Si dovrà curare con la massima attenzione la prevista riduzione di collaborazioni a mezzo contratto a tempo determinato e di consulenze, sostituibili con personale interno in possesso della necessaria qualificazione professionale.
- G) Dovrà essere effettuata una verifica dell'attuazione del Piano nello stesso tavolo di confronto, ex art. 6, tra sei mesi dalla data di approvazione.

ALLEGATO G

(Sub allegato 1)



Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Azienda Policlinico Umberto I



Il Direttore Generale

Roma, 12.7.2001

PROT. 0014649

Dott.ssa E. Melaragno
Direttore Dipartimento
Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio

Gentile Dottoressa,

trasmetto alla S.V. la relazione richiesta dal Sig. Presidente della Giunta Regionale in data 8 luglio u.s..

Alla relazione, anche seguendo le indicazioni ricevute dalla S.V. nell'incontro del 27 giugno scorso, allego la seguente documentazione sulle attività del Policlinico:

1. Sintesi della produttività dell'anno 2000 e ricavi relativi, con la struttura organizzativa attuale (Dipartimenti, Istituti ed Unità Operative con relativi posti letto e personale);
2. Confronto attività di ricovero dal 1° semestre 1999 al 1° semestre 2000, con analisi della casistica;
3. Specifica delle Unità Operative con produzione inferiore a L. 150.000.000;
- 4/A Personale in servizio presso i Dipartimenti al 31.05.01;
- 4/B Personale in servizio nei servizi centrali al 31.05.01;
- 4/C Personale universitario in servizio al 31.05.01;
- 4/D Costi a carico dell'Azienda del personale universitario relativi agli anni 2000-2001;
- 4/E Costi complessivi del personale universitario anno 2000;
- 4/F Numeri e Costi annuali del personale Aziendale;
- 5) Analisi delle attività ambulatoriali;
- 6) Bozza del bilancio consuntivo dell'anno 2000;
- 7) Bilancio di Previsione definitivo E. F. 2001;
- 8) Piano Strategico Aziendale.

Non è stato invece possibile, dato il breve tempo a disposizione, acquisire i dati sulle liste di attesa riguardanti le 17 prestazioni critiche indicate dalla Regione Lazio, che saranno disponibili entro pochi giorni.

Distinti saluti.

Tommaso Longhi

ALLEGATO G

(Sub allegato 2)

**RELAZIONE AL SIGNOR PRESIDENTE DELLA
GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
(Richiesta del giorno 8 luglio 2001 S.P. 3128)**

1. Profilo organizzativo, gestionale e assistenziale dell'Azienda Policlinico Umberto I°.

Contesto

L'Azienda Policlinico Umberto I° rappresenta uno dei complessi più articolati e potenzialmente di più elevata complessità e qualità assistenziale dell'intera nazione.

Le competenze professionali presenti all'interno di questa struttura sono in grado, se sostenute sul piano organizzativo e adeguatamente dotate in termini strutturali e tecnologici, di assistere pazienti complessi, affetti da polipatologie clinicamente gravi o da patologie rare, adottando soluzioni diagnostiche e terapeutiche di avanguardia.

Nonostante l'esistenza di queste potenzialità sia indubbia, la progressiva decadenza delle condizioni di contesto (dissesto strutturale, obsolescenza tecnologica e scollamento organizzativo) in cui opera il personale sanitario ha generato una situazione di deterioramento delle attività assistenziali, a cui si associa un peggioramento dell'immagine e del prestigio di questo nosocomio.

I dati relativi alle prestazioni degli ultimi 4 anni evidenziano, infatti, un progressivo declino del numero di prestazioni (degenze ordinarie, degenze diurne) che è passato da circa 83.000 dimissioni nel 1997 (65.000 ordinarie e 28.000 diurne) a circa 77.000 nel 2000 (48.500 ordinarie e 28.500 diurne). Questa riduzione di attività non è stata compensata da un aumento della complessità della casistica che è rimasta sostanzialmente costante nel tempo.

Se si paragona l'attività del Policlinico Umberto I° a quella di strutture simili per complessità assistenziale e funzione istituzionale (includendo quindi anche le attività di ricerca e di didattica) il quadro che emerge non è confortante. Utilizzando alcuni indicatori di attività si osserva che il Policlinico ha una degenza media del 20% più elevata di quella rilevabile in strutture analoghe, un tasso di occupazione del 78%, un indice di produttività del personale medico (Dimissioni/medici) del 40% inferiore a quello medio rilevato in ospedali con caratteristiche sovrapponibili (mentre la produttività del personale infermieristico è leggermente più elevata di quella di riferimento, 43,6 rispetto a 41,8). Il rapporto dei medici sul numero di posti letto è di 6,94 (circa del 50% più elevato del riferimento), quello degli infermieri, di altro personale sanitario e tecnico sui posti letto è nella media, mentre il rapporto personale amministrativo/posti letto è il doppio di quello di riferimento. Il peso medio dei casi dimezzati dal policlinico Umberto I° è del 10% inferiore di quello dell'Ospedale Maggiore di Milano, con una percentuale di casi complicati dell'11% rispetto al valore medio del 25% rilevato in strutture similari. La percentuale di casi oltre il valore soglia è del 7% rispetto al 3% di riferimento, mentre la percentuale di casi con durata di degenza inferiore a 2 giorni è del 41% (riferimento 11%).

Una visione d'insieme a livello dei ricavi, delle attività, del personale e dei posti letto suddivisi per di Dipartimento/Istituto sono riportati in allegato 1.

Le attività sono suddivise in:

- **Ricavi diretti**, che comprende tutto quanto produce entrate "reali", riconducibili direttamente all'Unità Operativa erogatrice. Sono pertanto incluse:
 - **Attività di ricovero ordinario e day hospital**, che forniscono in "Attività" il numero di dimessi e i Ricavi in L. Milioni;
 - **Attività ambulatoriali per esterni** (su ricetta SSR o a pagamento immediato), con il numero di prestazioni in "Attività" e i Ricavi in L. Milioni;
 - **Fattur (Attività a fatturazione differita)**: prestazioni erogate su richiesta di enti terzi, cessioni di sangue etc.; ricavo in L. Milioni;

- o **Altri ricavi** (remunerazione extratariffaria da parte del SSR, prestazioni "non SIAS" delle quali è stato richiesto il rimborso alla Regione, altre causali); ricavo in L. Milioni.

(N.B. Non sono quantificati i ricavi dell'attività di **Pronto Soccorso**, valutabili complessivamente circa L. 50 Miliardi; ciò in quanto non abbiamo ancora ricevuto dall'ASP le valutazioni finali sui casi accettati. Inoltre, non essendo formalmente costituito il DEA come centro di costo, sarebbe difficile attribuire le quote-ricavo alle U.O. che oggi concorrono all'attività.)

Va notato che sono riportate tutte le attività svolte e documentate, valorizzate a tariffa nominale e prescindendo dalla formale riconoscibilità da parte della Regione; p.es. i ricoveri ordinari sono valorizzati L. 309.736 milioni anche se il rimborso riconosciuto sarà, probabilmente, inferiore.

Le attività fatturate sono relative alle sole prestazioni sanitarie e non includono ricavi per altre causali (sperimentazioni cliniche, altri finanziamenti); inoltre, i valori riportati sono relativi a quanto fatturato dalla Ragioneria fino al mese di maggio 2001 su attività svolte nel 2000. La fatturazione proseguirà fino a copertura dell'accertamento inserito in bilancio.

- **Valore Attività Interna**, rilevata dalle dichiarazioni pervenute dai responsabili delle U.O.; la valorizzazione è stata calcolata secondo il tariffario regionale per le prestazioni codificate, secondo il tariffario "sangue" per le prestazioni del Centro Trasfusionale, secondo un tariffario interno (tuttora in costruzione) negli altri casi. In particolare, è in corso l'elaborazione di un'ipotesi di tariffario per le prestazioni di Anatomia Patologica e per quelle di Radiologia.

Relativamente all'attività interna va tenuto presente che non tutte le U.O. hanno rinviato la dichiarazione richiesta; ciò potrebbe significare che non vengono svolte attività per pazienti ricoverati o che tali dati non sono disponibili.

E' allegata una lista sintetica dei soli casi nei quali permangono prestazioni non codificate, che riporta la quantità di prestazioni che è stato possibile valorizzare ed il loro valore, e la quantità di prestazioni dichiarate ma non ancora codificate. Si può constatare che, sulla base delle dichiarazioni pervenute, restano da valorizzare complessivamente 16.828 prestazioni su un totale di oltre 2,5 milioni. La quantità totale di prestazioni interne dichiarate è di circa 5 milioni.

Nella colonna "**Valore totale attività**" sono stati sommati i valori dei Ricavi Diretti e quelli dell'Attività Interna. Pur non avendo significato dal punto di vista del bilancio aziendale, in quanto la remunerazione delle attività interne è inclusa nei DRG, la cosa permette di avere una visione più precisa dell'importanza delle U.O. e della loro contribuzione ai ricavi aziendali. A titolo esemplificativo è sufficiente analizzare la situazione del Centro Trasfusionale, che produce ricavi diretti per L. 1.898 milioni ma svolge un volume complessivo di attività valutato L. 15.739 milioni.

Nella sezione "**Personale e Posti Letto**" sono riportati i valori sintetici dei Dirigenti Sanitari (medici e non medici) e delle altre figure professionali presenti presso le U.O. e presso i Dipartimenti/Istituti al mese di maggio 2001, dei posti letto ordinari e day hospital attivi al novembre 2000. Va tenuto presente che l'attribuzione delle altre figure professionali soffre

di sensibili imprecisioni a livello della singola U.O., mentre è più attendibile il valore complessivo relativo al Dipartimento/Istituto.

Il report è fornito in due versioni: la prima ordinata per codice centro-di-costò, la seconda ordinata, all'interno del Dipartimento/Istituto, per valore Ricavi Diretti decrescente. Nei prossimi giorni sarà fornita una terza versione con aggregazione delle attività delle U.O. non primariati (servizi aggregati) nell'U.O. capostipite.

I dati relativi ai posti letto (circa 1900 nel 2000) consentono di rilevare una carenza di posti letto di terapia intensiva (25 pl), l'assenza di posti letto di terapia sub-intensiva e un eccesso di posti letto nelle discipline mediche (556) e chirurgiche (848 pl). La distribuzione analitica dei posti letto, suddivisi in posti letto ordinari e diurni, è riportata in allegato (allegato 1). La carenza di posti letto di rianimazione è un'altra strozzatura presente nel Policlinico che riduce fortemente l'operatività di questa struttura.

I dati relativi al personale che lavora nel Policlinico (allegato 1) denunciano una dimensione sproporzionata rispetto al volume ed alla composizione delle prestazioni erogate. Infatti, risultano attualmente in forza al Policlinico 6690 persone, suddivise nel seguente modo: 1600 medici (di cui circa 1400 universitari), 370 laureati non medici, 33 dirigenti, 2131 infermieri professionali (di cui circa 1350 di provenienza universitaria), 711 ausiliari, 775 amministrativi e 1069 con altri profili professionali (ad es., tecnici diplomati). Il personale rappresenta un costo fisso elevato, non compensato dai ricavi derivanti dalle attività prodotte e pertanto insostenibile, stante le condizioni attuali, per l'Azienda. Bisogna affrontare coraggiosamente questa problematica che grava su tutto il sistema prevedendo dei rimedi in grado di riassorbire nel tempo l'esubero del personale, soprattutto nell'ambito del settore medico e amministrativo, con il blocco del turn over, i prepensionamenti, il trasferimento presso altre strutture. Se l'Università avrà necessità di un così alto numero di docenti (sono attualmente strutturati 115 professori ordinari, 30 professori straordinari, 293 professori associati, 827 ricercatori) i costi di questo personale dal punto di vista assistenziale non dovranno gravare sulla Regione, a meno che non siano congrui con le necessità dell'Azienda. A questo personale deve essere aggiunta la forza lavoro rappresentata dagli specializzandi (623 specializzandi immatricolati per l'anno accademico 2000-2001) che dovrà essere utilizzata in modo razionale ed efficiente in coerenza con le finalità didattiche e formative della loro attività assistenziale.

Infine, è vitale sottolineare l'esistenza di un progressivo scollamento fra costi e ricavi che ha portato nell'ultimo anno di attività (2000) ad un disavanzo stimato di circa 130 miliardi. Se analizziamo i dati relativi agli ultimi 4 anni osserviamo che a fronte di 633 miliardi di ricavi e a 710 miliardi di costi nel 1997, l'Azienda Policlinico ha prodotto per 500 miliardi di ricavi e ha speso per 700 miliardi nel 2000. Inoltre, l'area dell'emergenza si è caratterizzata per una riduzione di ricavi di circa il 30% nell'ultimo anno di attività causata dal mancato accoglimento di circa 4000 casi. La distribuzione delle attività e dei ricavi è riportata in modo analitico nelle tabelle contenute nell'allegato 1 e nell'allegato 2. Da quest'ultimo allegato si ricava che su un totale di 330 servizi primariati e 55 servizi aggregati, esistono all'incirca 140 unità operative che producono ricavi per un valore inferiore ai 150 milioni annui.

Aree di criticità

La descrizione contenuta nella prima parte di questa relazione ha messo in evidenza il divario esistente fra l'entità delle risorse disponibili (umane, strutturali e tecnologiche) e la capacità di queste risorse di sostenersi economicamente. Una delle principali ragioni di questo divario è certamente imputabile alla progressiva parcellizzazione e "miniaturizzazione" dei servizi assistenziali, funzionali alla costituzione di entità autonome ed indipendenti (generazione di tanti piccoli ospedali all'interno del Policlinico, ciascuno dotato di tutti o quasi i servizi di supporto). Questo processo di frammentazione è stato reso possibile grazie all'assenza di una struttura organizzativa, amministrativa, sanitaria e gestionale, in grado di contrastare responsabilmente e autorevolmente tale processo e di governare contestualmente le attività assistenziali.

In estrema sintesi, le aree di criticità riguardano:

- La polverizzazione dei servizi (laboratorio analisi, dialisi, radiologia, sale operatorie);
- La mancanza di un tessuto connettivo di collegamento e di governo delle attività assistenziali (sofferenza del Dipartimento di Emergenza e Accettazione). La direzione aziendale e la struttura amministrativa sono profondamente carenti sul piano numerico e soprattutto sul piano delle competenze. Un'Azienda ospedaliera a padiglioni con circa 1900 posti letto e circa 7000 dipendenti è attualmente gestita, dal punto di vista sanitario, da un direttore sanitario di presidio e da tre vice-direttori sanitari. La struttura amministrativa è attualmente organizzata in tre dipartimenti che accorpano funzioni non omogenee e non funzionali alla realizzazione di un reale processo di aziendalizzazione;
- La mancata consapevolezza delle diverse responsabilità (le strutture, gli impianti, il personale infermieristico non "appartengono" ai dipartimenti/istituti/servizi) esistenti all'interno dell'Azienda. Questo comporta continui interventi (non coordinati, non valutati e, frequentemente non adeguati sul piano assistenziale) sulle strutture e sulle attrezzature realizzati con finanziamenti recuperati dai singoli professionisti e gestiti in totale autonomia;
- Lo squilibrio fra figure professionali (medici/infermieri, personale sanitario/personale amministrativo) e fra figure mediche (chirurghi, anestesisti, ortopedici, radiologi). Questo disequilibrio genera colli di bottiglia che mettono in sofferenza interi settori dell'Azienda. Parte della riduzione di attività in settori strategici (trapianti, cardiocirurgia, neurochirurgia, ...) è causata dalla indisponibilità di anestesisti, ortopedici, radiologi, infermieri professionali.
- La contemporanea presenza di personale ospedaliero e universitario con responsabilità, trattamenti economici e funzioni disomogenee;
- La divaricazione fra afferenza istituzionale (il DG viene nominato dal Rettore) ed ente finanziatore (regione);
- L'assenza di sistemi informativi ed informatici di supporto alle attività di programmazione, gestione, valutazione, controllo e monitoraggio dei settori sanitari ed amministrativi;

- L'esistenza di un forte degrado delle strutture edilizie e di un diffuso livello di obsolescenza delle apparecchiature e delle tecnologie sanitarie.

2. Obiettivi strategici

Solo da una completa e corretta valutazione della situazione operativa attuale potrà discendere, con un consistente ordine di priorità, la programmazione aziendale per il prossimo triennio. E' pur tuttavia possibile fin d'ora assumere quali possano essere gli obiettivi prioritari che la direzione aziendale dovrà perseguire, nell'ambito del citato protocollo d'intesa Università La Sapienza-Regione Lazio, obiettivi conseguenti a quanto accennato in premessa.

- **OBIETTIVO 1: l'Azienda Policlinico Umberto I dovrà necessariamente potenziare dal punto di vista quali-quantitativo le attività clinico-assistenziali.**

Durante i cinque anni della passata amministrazione regionale, infatti, il Policlinico è passato dai 60000 ricoveri effettuati nel 1994 ai 48000 ricoveri circa effettuati nel 2000.

Tutto ciò mentre la Regione è gravata, come già detto, da decine di migliaia di casi di migrazione passiva, anche di alta complessità.

Dovrebbe pertanto essere indicato per il prossimo triennio l'obiettivo dei 65.000 ricoveri ordinari, nel cui ambito però deve essere particolarmente enfatizzato l'aumento della complessità della casistica, e la qualità delle prestazioni erogate, anche con l'obiettivo di frenare e successivamente invertire la suddetta migrazione sanitaria.

In realtà, per il previsto trasferimento di 400 posti letto del Policlinico al nuovo ospedale S. Andrea, l'obiettivo che si pone è il mantenimento degli attuali volumi di attività, attraverso la riduzione della degenza media e l'aumento dell'indice di rotazione dei posti letto.

Contestualmente dovranno essere potenziate le attività ambulatoriali (che sono tuttavia, in termini di volumi, di gran lunga al primo posto tra tutti gli ospedali della regione), di day hospital e di day surgery, coerentemente con gli indirizzi di politica sanitaria espressi dalla recente delibera regionale sulle tariffe dell'attività ospedaliera.

- **OBIETTIVO 2: il Policlinico, perseguendo il primo obiettivo, oltre ai preminenti interessi di sanità pubblica, dovrà riuscire a raggiungere nell'ambito di un triennio il pareggio di bilancio.**

Non può, infatti, essere considerato irreversibile il trend che negli ultimi esercizi finanziari ha portato a più che raddoppiare il disavanzo annuale che da dati non ufficiali è ormai attestato ad oltre 160 miliardi per complessivi oltre 700 miliardi di squilibrio finanziario.

Per realizzare tale obiettivo, non sono certo sufficienti tutte le possibili misure di riduzione dei costi, senza quell'aumento e riqualificazione sostanziali della produttività indicati nell'obiettivo 1.