

Indicatori di risultato (outcome)

Istituti	Comune	COMPLICANZE		APPROPRIATEZZA		
		% casi complicati (ric. tot.)	% di parti cesarei	% casi oltre soglia nei reparti chirurgici	ricoveri inf. 2 gg DRG medici / ricoveri totali DRG medici x 100 (deg. ord > 1 g.)	DRG medici in rep. Chirurgici / dimiss. totali rep. chir. X 100 (ric. tot.)
Riferimento (mediana)		25,18	26,74	3,41	10,74	41,33
Ospedale S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	TORINO	25,10		3,41	8,14	27,12
MAGGIORE POLICLINICO	MILANO	33,02		2,34	6,77	45,82
Ospedale POLICLINICO S. MATTEO	PAVIA	29,73	28,40	2,25	9,99	32,72
Azienda Ospedaliera di PADOVA	PADOVA	25,18	26,30	3,04	29,70	47,73
Azienda Ospedaliera di VERONA	VERONA	24,31	25,82	2,84	11,60	33,23
Azienda S. MARTINO e CLIN. UNIV. CONV.	GENOVA	29,13	23,30	3,64	10,00	44,97
Azienda Ospedaliera S. ORSOLA-MALPIGHI	BOLOGNA	38,70	26,97	1,77	13,39	38,02
Azienda Ospedaliera PISANA	PISA	20,71	24,98	5,45	12,01	35,10
Azienda Ospedaliera CAREGGI	FIRENZE	23,87	24,34	2,45	10,18	41,33
Azienda Ospedaliera di PERUGIA	PERUGIA	26,91	26,51	1,73	12,45	42,82
POLICLINICO A. GEMELLI e C.I.C.	ROMA	27,17	33,36	4,20	10,74	38,47
Azienda Universitaria POLICLINICO UMBERTO I	ROMA	11,78	43,00	7,23	41,40	40,17
Azienda POLICLINICO II ^a UNIVERSITA'	NAPOLI	14,90	N.D.	6,23	6,35	53,70
Azienda Universitaria POLICLINICO FEDERICO II	NAPOLI	17,01	35,97	5,64	4,08	58,27
Ospedale CONSORZIALE POLICLINICO	BARI	26,15	35,33	5,26	11,53	53,47

tab. 9

Tab. 10

CRITERI MINIMI PER IL DIMENSIONAMENTO

1. Indici desunti da varie normative nazionali e da indicazioni di letteratura

MODULAZIONE DEI POSTI LETTO PER DIPARTIMENTO O DISCIPLINA SUL TOTALE DEI POSTI LETTO DELL'OSPEDALE

* discipline mediche	35 – 40 %
* discipline chirurgiche	35 – 40 %
* dip. Materno infantile	10 – 15 %
* terapie intensive	3 %
* malattie infettive	6 %
* riabilitazione	2 – 10 %

DIMENSIONAMENTO FUNZIONALE MINIMO DEI POSTI LETTO

* terapia intensiva	8
* terapia subintensiva	8
* elevata assistenza	16
* media assistenza	20
* assistenza di base	32
* riabilitazione	32
* malattie infettive	40

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO IN:

- SALE OPERATORIE:

1 sala operatoria ogni 1000 interventi/anno/sala, corrispondenti ad una sala ogni 40 letti chirurgici, con degenza al 75% di tasso di occupazione e di n. 8 giorni di durata e con un indice operatorio del 70%

- SALE PARTO:

1 sala travaglio-parto ogni 600 – 700 parti all'anno

- SALE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:

1 sala diagnostica ogni 9000 esami/anno con funzionamento della stessa per 72 ore settimanali, con un tasso di utilizzo intorno all'80%.

Tab. 10
(segue)**2. Proposta di Piano Sanitario Regionale 2000 - 2002***Attività minima annua*

CARDIOCHIRURGIA	300 interventi di bypass aortocoronarico
CARDIOLOGIA	200 infarti trattati
	250 cateterismi cardiaci
	250 angioplastiche primarie e/o secondarie
	1500 impianti di pacemaker
NEUROCHIRURGIA	200 craniotomie
CHIRURGIA TRAPIANTI	75 interventi di trapianto di rene
CHIRURGIA VASCOLARE	50 interventi di endoarteriectomia carotidea
	30 interventi per aneurisma aortico sottorenali

Tab. 11

DOTAZIONE COMPLESSIVA IN POSTI LETTO NEL POLICLINICO UMBERTO I

MACROLIVELLO

	Convenzionati	Dicembre '99	Ipotesi a 1200
- Terapia intensiva	20 (1%)	25 (1,5%)	50 (4,2%)
- Terapia subintensiva	NO	NO	90 (6,8%)
- Materno Infantile	248 (12,3%)	168 (9,9%)	195 (15,5%)
- Malattie infettive	110 (5,4%)	98 (5,8%)	72 (5,8%)
- Disc. Mediche generali e specialistiche	699 (34,6%)	556 (32,8%)	415 (32,8%)
- Disc. Chirurgiche generali e specialistiche	943 (46,7%)	848 (50,0%)	440 (34,5%)
	2020	1695	1262 ** (comprese n. 22 culle)

* da considerare la riduzione determinata dalla chiusura dell'accettazione ostetrica

** di cui n. 120 da destinare all'attività libero professionale intramuraria (art. 15 D.Lgs. 229/99)

nota n.1: alla dotazione in PL per acuti si devono aggiungere n. 170 posti letto per la **riabilitazione**, di cui n. 32 per la riabilitazione geriatrica, da realizzare entro l'area del Policlinico ed i rimanenti per la riabilitazione neuromotoria, da realizzare all'esterno del Policlinico nella struttura da affittare situata in Comune di Montecompatri;

nota n.2: l'Università degli Studi La Sapienza di Roma, al fine di poter garantire il regolare svolgimento delle attività formative della I e II Facoltà Medica oltre ad avere sottoscritto il protocollo per la collocazione di n. 422 posti presso l'Azienda Ospedaliera S. Andrea, ha avanzato la richiesta di poter contare su n. 250 posti letto nell'area Latina – Terracina.

tab. 12

Rimodulazione dei posti letto per Dipartimenti assistenziali

	DIPARTIMENTO	P.L. ORD.	P.L. INT.	P.L. SUBINT.	P.L. D.H.
	Diagnostica per immagini				
	Diagnostica in laboratorio				
	Ecografia trasfusoriale				
4	Emergenza Accettazione e Accoglienza	64	16	4	
5	Medicina Interna	96		4	8
6	Chirurgia Generale	132	4	16	8
7	Per la Salute della Donna e del Neonato	114	8	16	8
8	Per la Salute della Infanzia e dell'Età Evolutiva	40	6	6	12
9	Per la Salute dell'Anziano *	32			8
10	Per la Salute Mentale	20			4
11	Malattie Cardiovascolari	52	16	24	12
12	Malattie del Sangue e della Coagulazione	48			12
13	Medicina Metabolica e Molecolare	80		4	20
14	Malattie Apparato Digerente e Fegato	64			12
15	Malattie del Sistema Nervoso	104	4	12	12
16	Malattie Organi di Senso	40			6
17	Malattie della Pelle	40			8
18	Malattie dell'Apparato Locomotore	64			4
19	Malattie Infettive e Tropicali	72			8
20	Malattie Nefrourologiche **	40			8
21	Neuropsichiatria Infantile	20			30
Totali		1122	54	86	180
Totale degenza ordinaria		1262	<i>comprese n. 22 culle</i>		
TOTALE GENERALE					1442

* 32 P.L. riabilitazione aggiuntivi

** 36 posti dialisi aggiuntivi

n.b.: tale organizzazione è sperimentale e dovrà essere rivista entro 12 mesi per valutare la sostenibilità economico-gestionale dei Dipartimenti di piccole dimensioni (inferiori o uguali a 40 P.L. ordinari) con prefigurabili accorpamenti come segue: il Dip. n. 21 integrato con il Dip. n. 8; il Dip. n. 16 integrato con il 17. Il Dip. n. 10 potrà essere riclassificato come Unità operativa non dipartimentale).

Indicatori di dotazione personale

Istituti	Comune	DOTAZIONE DI PERSONALE					INDICE SINTETICO di dotazione di personale
		Medici / PL x 10	Infermieri / PL x 10	Altro pers. san. / PL x 10	Tecnici / PL x 10	Pers. amm.vo / PL x 10	
Riferimento (mediana)		4,07	8,97	2,24	5,52	1,80	0,53
Ospedale S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	TORINO	4,53	8,30	2,17	6,49	2,49	0,53
MAGGIORE POLICLINICO	MILANO	6,90	10,00	2,32	7,99	2,08	0,93
Ospedale POLICLINICO S. MATTEO	PAVIA	4,07	9,64	1,71	6,26	1,59	0,47
Azienda Ospedaliera di PADOVA	PADOVA	3,80	9,88	2,21	3,48	1,70	0,33
Azienda Ospedaliera di VERONA	VERONA	3,31	7,69	2,24	4,19	1,80	0,20
Azienda S. MARTINO e CLIN. UNIV. CONV.	GENOVA	3,89	8,48	2,04	5,45	1,55	0,27
Azienda Ospedaliera S. ORSOLA-MALPIGHI	BOLOGNA	3,91	8,68	2,79	5,62	2,17	0,67
Azienda Ospedaliera PISANA	PISA	3,93	8,08	2,23	3,44	1,31	0,13
Azienda Ospedaliera CAREGGI	FIRENZE	4,96	11,60	2,79	5,52	1,61	0,80
Azienda Ospedaliera di PERUGIA	PERUGIA	4,80	8,97	2,86	4,90	2,51	0,73
POLICLINICO A. GEMELLI e C.I.C.	ROMA	3,84	9,68	1,85	6,31	3,72	0,60
Azienda Universitaria POLICLINICO UMBERTO I	ROMA	6,94	9,30	3,93	6,60	3,61	1,00
Azienda POLICLINICO II ^A UNIVERSITA'	NAPOLI	6,29	10,04	2,57	5,39	4,76	0,87
Azienda Universitaria POLICLINICO FEDERICO II	NAPOLI	4,59	8,01	2,56	4,45	1,56	0,40
Ospedale CONSORZIALE POLICLINICO	BARI	2,52	6,09	1,46	5,59	1,43	0,07

3.2 Individuazione dei dipartimenti assistenziali

L'assetto organizzativo degli ospedali, in base alla recente normativa nazionale e all'evoluzione culturale e scientifica, non va più centrato sulle divisioni, sezioni o servizi, ma sui dipartimenti articolati in unità operative.

Il Dipartimento assistenziale è il nuovo modello organizzativo e gestionale che tende ad integrare l'operatività delle singole unità operative, allo scopo di ottenere una più efficiente ed efficace erogazione assistenziale.

L'individuazione dei Dipartimenti assistenziali ha, infatti, come finalità primarie:

- **integrazione organizzativa:** ottimizzazione nell'uso delle risorse;
- **integrazione clinica:** omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali.

Il Dipartimento assistenziale rappresenta l'unità organizzativa di base dell'ospedale; aggrega più unità operative affini e/o complementari.

L'unità operativa rappresenta l'elemento basilare di funzionamento ed ogni unità operativa afferisce ad un unico Dipartimento.

Il Dipartimento è una struttura sovraordinata rispetto alle unità operative per gli aspetti attinenti la gestione in comune delle risorse ai fini assistenziali.

L'unità operativa conserva la propria autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro però di un'efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali.

L'Unità operativa ed il relativo Responsabile hanno, quindi, la piena autonomia clinico-assistenziale e della gestione delle risorse messe loro a disposizione dal Dipartimento, a cui corrisponde la piena responsabilità dei risultati e dell'attuazione degli indirizzi stabiliti dalla Direzione del Dipartimento e dalla Direzione Generale dell'Azienda.

Le tipologie di aggregazione dipartimentale, coesistenti all'interno di uno stesso ospedale, possono basarsi su:

1. aggregati per aree omogenee (area chirurgica – area medica – area delle funzioni diagnostiche);
2. aggregazioni per settore di intervento orientato all'intensità delle cure (es: emergenza-urgenza);
3. aggregati per organo o apparato o distretto anatomico (es. cuore, testa, osteoarticolare);
4. aggregati orientati alle fasce d'età (es. materno-infantile).

Al di là della teorizzazione dei possibili criteri di aggregazioni dipartimentali, l'individuazione e l'organizzazione dei Dipartimenti assistenziali deve essere operativa, cioè attuativa del nuovo disposto normativo nazionale e regionale, sostitutivo del D.P.R. 128/69, e funzionale ad un efficiente assetto aziendale e, seppure non coincidente con l'organizzazione dipartimentale universitaria, deve tendere a favorire le attività didattiche e di ricerca, che vanno sempre integrate con quelle assistenziali.

L'organizzazione e le risorse di una Azienda sono, per definizione e di fatto, impegnate a raggiungere i risultati attesi, attraverso la creazione del prodotto che l'Azienda fornisce; nasce da questo la forte esigenza di chiarificazione ed identificazione del prodotto dell'Azienda ospedale e delle attività necessarie alla sua produzione.

Per vari motivi, di ordine storico, culturale e normativo, anche il Policlinico Umberto I così come quasi tutti gli ospedali italiani hanno considerato come proprio "prodotto" la degenza e di conseguenza hanno improntato la loro organizzazione alla centralità del reparto e hanno valutato la loro capacità produttiva e performance in termini di posti letto e di giornate di degenza, come ampiamente illustrato nel capitolo "Riferimenti progettuali 3.2 Il superamento del posto letto ...".

Volendo superare questo approccio, è quindi necessario coerentemente farsi promotori di una diversa impostazione *per caso trattato*, identificando cioè come prodotto finale dell'ospedale "il **percorso diagnostico terapeutico**" necessario al cittadino assistito per risolvere uno stato patologico ed alla Facoltà per meglio raggiungere i propri fini istituzionali.

Insieme a questo approccio è il fatto che è irrilevante il regime assistenziale: degenza, day-hospital, ambulatorio o domicilio, in cui tali attività vengono svolte, mentre assume sempre più importanza il risultato finale di queste attività in termini di appropriatezza della cura, efficienza dell'utilizzo delle risorse e umanizzazione del rapporto con il paziente.

Va ripreso inoltre a questo punto quanto affermato nel capitolo sui Riferimenti metaprogettuali "3.1.2. La sfida delle connessioni: (...) sebbene l'operatività ospedaliera rappresenti tuttora un momento forte nel complesso delle offerte di intervento sanitario, da un lato è molto aumentata la esigenza di integrare l'intervento interno alle mura ospedaliere con le possibilità di assistenza decentrata e con le soluzioni organizzative domiciliari o di day-hospital, dall'altro la necessità di disporre di un valido filtro al forte potere di richiamo dell'ospedale per tutti quei bisogni che possono trovare valida ed economica risposta nei servizi territoriali (...)".

Ciò impone al Policlinico Umberto I una approfondita riflessione sulla pluralità di ruolo che è chiamato a svolgere di:

- *assistenza ospedaliera generale* con un rapporto funzionale attivo e aperto alle esigenze del territorio di riferimento per quei pazienti, numerosi, la cui appartenenza ad una particolare patologia specialistica non è ben evidente all'inizio dell'iter diagnostico sia che si presenti in urgenza tramite il DEA sia che si presenti per le vie ordinarie, con successivo completamento tramite rinvio al domicilio, gestione ambulatoriale in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di base o invio ai settori specialistici del Policlinico;
- *assistenza ospedaliera di alta specializzazione di rilievo nazionale* impegnata a privilegiare l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici che richiedono competenze e/o attrezzature particolari per quei pazienti che, appartenenti ad un'area territoriale vasta che supera di gran lunga il territorio di appartenenza del Policlinico, giungono in forma programmata all'interno di un iter già identificato e diagnosticato o per i quali l'iter già avviato non è stato ancora in grado di pervenire ad alcun serio inquadramento.

Tutto quanto fin qui considerato nella logica del percorso diagnostico-terapeutico unito al problema di razionalizzazione della gestione in un contesto di risorse sempre più limitate assegnate alla sanità e di mercato misto amministrato, con pluralità di soggetti produttori, spinge l'organizzazione ospedaliera a ***ricercare forme di aggregazione dipartimentale basate prioritariamente su un utilizzo integrato di risorse comuni, che tendano a ricostruire il percorso diagnostico-terapeutico, nonché a favorire un'ottimizzazione della didattica e della ricerca.***

Le integrazioni orizzontali, basate su criteri di aggregazioni che tendono a ricostruire il percorso diagnostico terapeutico specifico, rappresentano senz'altro una soluzione quanto mai avanzata ed innovativa, ed hanno l'indubbio pregio di dare continuità alle cure.

Si propone quindi un modello di organizzazione particolarmente sofisticato ed avanzato che implica:

- *una condizione logistico-strutturale unitaria*, orientata al massimo livello di autosufficienza intradipartimentale per le prestazioni cliniche, spingendo invece sulla centralizzazione aziendale per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche strumentali, eccetto per le prestazioni la cui specificità e la cui massa critica giustifichino, con un positivo rapporto costi-benefici, la presenza intradipartimentale;
- *un diffuso retroterra di cultura organizzativa basata sull'integrazione di processi* (organizzativi e assistenziali) maturata attraverso una specifica formazione e un apprendimento organizzativo sul campo;

- *la compresenza di:*
 - * *Dipartimenti assistenziali di Medicina Interna e Chirurgia generale, in grado, come prima affermato, di accogliere e impostare in maniera appropriata l'iter diagnostico terapeutico per tutti coloro che si rivolgono al Policlinico senza un predeterminato indirizzo specialistico o che risultano affetti da polipatologie; i due Dipartimenti rappresentano inoltre un rilevante supporto per affrontare adeguatamente le urgenze del DEA e un importante tramite con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di base;*
 - * *Dipartimenti assistenziali specialistici per organi ed apparato.*

Appare essere questo il modello organizzativo che meglio consente di rendere compatibili le esigenze proprie di un ospedale generale ed i vantaggi della specializzazione, in termini di qualificazione del prodotto, con gli elevati costi di gestione di una struttura comunque imponente anche a seguito del ridimensionamento complessivo imposto dalla normativa, realizzando economie di scala e di scopo.

In base a tutto ciò l'articolazione dipartimentale proposta tende a compenetrare:

- a. l'obiettivo di centralizzare e unificare i servizi diagnostici:
 - Dipartimento DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
 - Dipartimento DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
 - Dipartimento MEDICINA TRASFUSIONALE (Piano nazionale sangue e plasma 1999-2001)
- b. l'esigenza di rapporto e connessione con il proprio territorio
 - Dipartimento EMERGENZA, ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA
 - Dipartimento MEDICINA INTERNA
 - Dipartimento CHIRURGIA GENERALE
 - Dipartimento PER LA SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO
 - Dipartimento PER LA SALUTE DELLA INFANZIA E DELLA ETÀ EVOLUTIVA
 - Dipartimento PER LA SALUTE DELL'ANZIANO
 - Dipartimento PER LA SALUTE MENTALE

Inoltre, al fine di favorire questa connessione sia per le esigenze assistenziali che per lo sviluppo di attività didattiche e di ricerca si ritiene opportuno proporre l'attivazione di un Coordinamento aziendale di *medicina delle comunità*, da sviluppare successivamente nei confronti della Regione come possibile Centro di Riferimento regionale;

- c. la visibilità di percorsi diagnostico-terapeutici specialistici
 - Dipartimento MALATTIE CARDIOVASCOLARI
 - Dipartimento MALATTIE DEL SANGUE E DELLA COAGULAZIONE
 - Dipartimento MEDICINA METABOLICA E MOLECOLARE

- Dipartimento MALATTIE APPARATO DIGERENTE E FEGATO
- Dipartimento MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO
- Dipartimento MALATTIE ORGANI DI SENSO
- Dipartimento MALATTIE DELLA PELLE
- Dipartimento MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE *
- Dipartimento MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
- Dipartimento MALATTIE NEFROUROLOGICHE
- Dipartimento NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

A completamento della nuova organizzazione assistenziale proposta per l'Azienda Policlinico Umberto I si propone:

- il passaggio all'Azienda ASL RM/A dell'attività assistenziale odontoiatrica, fatta eccezione per l'attività di chirurgia maxillo-facciale, al fine di costituire nella Città di Roma un importante polo odontoiatrico integrando la Clinica Odontoiatrica con l'Ospedale Eastman;
- la successiva definizione nell'organigramma aziendale, in posizione di staff alla Direzione Generale, degli Istituti di Igiene, sulla base di precisi e puntuali piani di lavoro annuali;
- la destrutturazione ai fini assistenziali, salvo definire eventuali singoli programmi di collaborazione, dell'Istituto di Medicina Legale.

Il PSA è accompagnato da un documento (*cf. allegato A*), composto da una scheda identificativa per ciascuno dei vari Dipartimenti proposti, che illustra: Denominazione, Aree di intervento e composizione del Dipartimento, con la dotazione proposta di posti letto ed altre componenti assistenziali ritenute essenziali.

Una volta definito il numero e la composizione dei Dipartimenti, il PSA verrà completato ampliando la scheda identificativa per ciascun Dipartimento, inserendo:

1. Risorse strutturali e unità diagnostiche fisse a disposizione, Risorse e unità diagnostiche fisse condivise con altri Dipartimenti
2. Frequenza per Azienda di aggregazioni nosologiche in ricovero ordinario, in day-hospital e di altre significative attività assistenziali del Dipartimento proposto
3. Obiettivi, azioni prioritarie e progetti
4. Ipotesi di conto economico annuale.

N.B.: il completamento della Scheda Identificativa avverrà di intesa con gli attuali Dipartimenti/Istituti Universitari e con tutte le Unità operative interessate a ciascuno Dipartimento assistenziale al fine di:

- *inserire eventuali Unità operative ad oggi non inserite;*
- *recuperare tutte le eventuali carenze informative presenti sulle schede allegate al presente documento, soprattutto in ordine a Centri di riferimento e/o attività formalizzate a livello nazionale e regionale;*
- *ricomprendere qualsiasi ulteriore informazione ritenuta utile;*
- *iniziare a negoziare obiettivi, azioni prioritarie e progetti.*

La Dipartimentalizzazione deve comunque avvenire all'interno di un quadro aziendale, in grado di garantire integrazione e coordinamento aziendale ai massimi livelli, sempre alla ricerca della ottimizzazione nell'uso delle risorse e di una forte caratterizzazione aziendale unitaria delle attività assistenziali fornite, per affrontare con cauto ma motivato ottimismo la sfida con gli altri centri ospedalieri.

Il quadro aziendale va garantito con due strumenti:

- uno istituzionale: il collegio dei clinici, previsto dall'art. 10 del Protocollo d'intesa del 3 agosto 1999, formato dai Direttori dei dipartimenti assistenziali, dal Preside della Facoltà e dal Direttore Sanitario;
- uno tecnico-gestionale: l'attribuzione alla Direzione Sanitaria Aziendale di funzioni di supporto alla Direzione Generale, nonché di pianificazione e controllo, e la costituzione di una Direzione Sanitaria di Presidio, organizzata dipartimentalmente, responsabile della gestione operativa e della produzione assistenziale.

L'organizzazione dipartimentale proposta è ovviamente sperimentale, anche perché alcuni dei Dipartimenti proposti hanno una dimensione critica in termini gestionali ovvero sono subordinati a scelte regionali (ad esempio il Dip. di Psichiatria che ha un senso solo se ad esse viene correlata una porzione di territorio e si pone come parte del S.S.N. della A.U.S.L. RM A).

3.3 La crescita in appropriatezza clinica ed organizzativa ed in efficienza

Il D.Lgs. n. 229/99 e tutto il nuovo sistema di finanziamento del S.S.N. promuovono la ricerca dell'efficienza operativa attraverso l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili.

Tale responsabilità compete, oltre che agli amministratori sanitari, alla classe medica in quanto una soluzione esclusivamente gestionale/organizzativa potrebbe determinare effetti tali da influire negativamente sulla qualità delle prestazioni erogate. Tuttavia la estrema variabilità di: utilizzo delle procedure, interventi, prescrizione di esami diagnostici, tassi di ospedalizzazione, ormai ampiamente documentata, per cui, accanto alla limitata diffusione di interventi di dimostrata efficacia, si assiste allo spreco di risorse conseguente all'uso di procedure inefficaci e addirittura dannose per il paziente, richiede l'utilizzo di nuove metodologie di lavoro.

La medicina delle prove, "evidence based medicine", costituisce un nuovo modello di pratica clinica secondo il quale: *"le decisioni del medico, nell'assistenza al singolo paziente, devono risultare dalla integrazione tra l'esperienza e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili"*.

Le conseguenti azioni aziendali da intraprendere sono così schematizzabili:

- a. integrare la migliore evidenza derivabile dagli studi disponibili con la pratica clinica, definita alla luce dell'esperienza personale del singolo clinico, e la valutazione, più attenta possibile, delle preferenze del paziente e del costo-efficacia delle procedure e delle sedi di cura (domicilio, ambulatorio, ospedale, altre strutture); al riguardo una priorità è rappresentata dalla predisposizione ed attuazione di un **"Piano aziendale per la qualificazione dell'assistenza al parto e dell'assistenza perinatale"**, che conduca rapidamente a superare le problematiche emerse dalla emergenza "enteriti necrotizzanti" del luglio 1999 e a revisionare accuratamente la problematica dei parti cesarei, la cui percentuale, attualmente, supera il 40%;
- b. definire le modalità organizzative (degenza ordinaria, diurna, ambulatorio) più appropriate ed efficienti per il livello assistenziale che compete al Policlinico Umberto I e per l'erogazione delle prestazioni ritenute necessarie alla cura, procedendo in particolare alla:
 - *revisione di tutta l'attività in degenza ordinaria, che deve:*
 - garantire che la proporzione (%) del totale delle dimissioni considerate gravi sulla base del DRG attribuito sia superiore a 3 (vedi documento tecnico aziendale su Remunerazione delle prestazioni) e che si sviluppino le attività individuate come "Prestazioni incentivate" dalla Deliberazione regionale sulla remunerazione delle prestazioni di degenza;
 - avere un incremento nei ricoveri di alta specialità, sono 101 i DRGs selezionati in quanto trattabili in strutture ospedaliere complesse e descritti nel "Manuale per la compilazione

delle Schede di Dimissione Ospedaliera e di costruzione dei DRGs” di prossima diffusione presso tutte le unità operative del Policlinico;

- *verifica dell'appropriatezza e della congruità* di trattare gran parte degli altri DRGs attraverso forme alternative di assistenza (day hospital, ambulatorio), seguendo le indicazioni riportate in dettaglio sul documento tecnico aziendale relativo alla Remunerazione delle prestazioni, sviluppando in particolare un **“Piano aziendale di sviluppo della attività chirurgica in day surgery e miniinvasiva”**;
- collegare i due primi punti alla definizione aziendale dei percorsi diagnostico terapeutici, prefigurandoli partendo appunto dall’*“e.b.m.”*.

INDICE DELLE SCHEDE ALLEGATE AL

PIANO ASSISTENZIALE

Dipartimento DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	scheda	a.1
Dipartimento DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	scheda	a.2
Dipartimento MEDICINA TRASFUSIONALE	scheda	a.3
Dipartimento EMERGENZA, ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA	scheda	a.4
Dipartimento MEDICINA INTERNA	scheda	a.5
Dipartimento CHIRURGIA GENERALE	scheda	a.6
Dipartimento PER LA SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO	scheda	a.7
Dipartimento PER LA SALUTE DELLA INFANZIA E DELLA ETÀ EVOLUTIVA	scheda	a.8
Dipartimento PER LA SALUTE DELL'ANZIANO	scheda	a.9
Dipartimento PER LA SALUTE MENTALE	scheda	a.10
Dipartimento MALATTIE CARDIOVASCOLARI	scheda	a.11
Dipartimento MALATTIE DEL SANGUE E DELLA COAGULAZIONE	scheda	a.12
Dipartimento MEDICINA METABOLICA E MOLECOLARE	scheda	a.13
Dipartimento MALATTIE APPARATO DIGERENTE E FEGATO	scheda	a.14
Dipartimento MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	scheda	a.15
Dipartimento MALATTIE ORGANI DI SENSO	scheda	a.16
Dipartimento MALATTIE DELLA PELLE	scheda	a.17
Dipartimento MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE	scheda	a.18
Dipartimento MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	scheda	a.19
Dipartimento MALATTIE NEFROUROLOGICHE	scheda	a.20
Dipartimento NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	scheda	a.21

Scheda a.15**SCHEDA IDENTIFICATIVA****DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO**

- 104 p.l. ordinari
- 12 p.l. day-hospital
- 4 p.l. UTN
- 8 p.l. Terapia subintensiva postoperatoria
- 4 p.l. Terapia subintensiva neurologica

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Nell'attuale configurazione del Dip. di Scienze Neurologiche viene inserita l'attività di Chirurgia maxillo-facciale

Centro di riferimento regionale epilessia (L.R. 36/90)