

Per alcune fasi è possibile prevedere la definizione di specifici progetti di sperimentazione gestionale che prevedano l'intervento di operatori privati in *partnership* con la struttura.

Il programma complessivo prevede pertanto un importo totale nel quinquennio pari a circa 593 miliardi (IVA esclusa).

Il metodo impiegato ha, quindi, previsto la scomposizione dell'area del Policlinico in una serie di "comparti di intervento" articolati per tipologia di destinazione d'uso e secondo lotti realizzabili -per singolo appalto ovvero per aggregazioni- secondo il percorso logico di successione delle fasi di intervento.

La classificazione dei comparti ha previsto una suddivisione dell'area complessiva in tre distinti comparti:

- comparto sud;
- comparto nord;
- comparto est.

Ciascun comparto contiene fasi di intervento di degenza, di tecnologie e di servizi. In tal modo, da una parte l'Azienda potrà decidere da quali fasi partire, dall'altra per ciascun comparto potrà comunque realizzare una porzione equilibrata di dotazioni strutturali nelle diverse destinazioni d'uso.

Per sinteticità dell'analisi, e congruentemente con il livello di approfondimento del piano, ciascun comparto è stato pensato come un'area integrata di intervento che comprendesse lavori di costruzione, demolizione, ristrutturazione, sia relativamente alle opere edilizie ed impiantistiche, sia per quanto riguarda le sistemazioni a terra e i percorsi.

Il grafico logico di successione delle fasi dà conto di una successione di differenti percorsi di intervento, connotati da consequenzialità operativa per il raggiungimento di ciascun obiettivo, ma -al tempo stesso- consente al decisore di operare scelte fra diverse alternative di percorso: secondo la reale disponibilità degli spazi su cui operare, secondo le urgenze e dei finanziamenti o delle risorse che si rendono disponibili nel tempo, secondo le opportunità e dei vincoli la cui sintesi decisionale è necessariamente demandata alla direzione aziendale.

Per sviluppare una proposta di programma temporale degli interventi è stato necessario connotare di ipotesi temporali una serie di *percorsi logici di successione delle fasi*, che tenessero conto della necessità di trasferire funzioni esistenti nei contenitori attuali, rendere le aree disponibili, realizzare gli interventi e renderli disponibili alle nuove funzionalità.

L'estrema contrazione del tempo disponibile per la realizzazione del piano di riorganizzazione strutturale, ha reso necessario ipotizzare la contemporaneità di cantieri nei diversi comparti.

Il modello proposto prevede l'impiego del primo anno per la progettazione degli interventi, le approvazioni e gli appalti.

A cavallo tra il primo e il secondo anno sono previsti una serie di spostamenti provvisori di funzioni. Questo consentirà la messa a disposizione delle prime aree di intervento e, al tempo stesso l'attivazione di alcuni contenitori per la degenza, la didattica, la diagnosi e cura e i servizi, che sono di possibile individuazione come contenitori "polmone" per l'attuazione del programma.

Lungo l'intero corso di sviluppo del programma è prevista l'articolazione di una serie di interventi coordinati tendenti, da una parte alla realizzazione di impianti generali e infrastrutturazioni di rete, dall'altra alla realizzazione delle sistemazioni esterne, del verde pubblico e del sistema di segnaletica.

L'elaborazione finale dà conto dell'articolazione temporale del piano finanziario conseguente alla proposta di definizione del tempogramma degli investimenti.

All'interno del piano finanziario competerà all'Azienda individuare le priorità, i modi di attuazione e le procedure, i soggetti coinvolti.

ALLEGATO G

(Sub allegato 7)



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



Il Direttore Generale

Al Magnifico Rettore

Con riferimento al contratto approvato dalla M.V. e dal Presidente della Giunta Regionale in data 19-11-2001, chiedo che mi venga riconosciuta la corresponsione, per il primo anno trascorso dalla nomina dell'1-3-2001, della quota aggiuntiva relativa alla realizzazione degli obiettivi fissati annualmente.

Per quanto riguarda detti obiettivi, faccio riferimento al documento programmatico per la gestione dell'Azienda Policlinico Umberto I° presentato alla M.V. ed al Presidente della Giunta Regionale, prima della mia nomina a Direttore Generale, di cui allego copia.

Si allega, inoltre, per le opportune valutazioni e decisioni della M.V., una sintetica relazione sulle iniziative e sugli atti amministrativi da me effettuati e/o intrapresi per la realizzazione di quanto indicato nel suddetto documento programmatico, con i risultati ottenuti.

Con i più cordiali saluti,

Tommaso Longhi

Roma, 12 aprile 2002

Prot. 0012293

Relazione del Direttore Generale dell'Azienda Policlinico Umberto I° sul primo anno di attività (1-3-2001, 1-3-2002)

La presente relazione fa riferimento agli obiettivi contenuti nel documento programmatico per la gestione dell'Azienda Policlinico Umberto I°, presentato al Magnifico Rettore ed al Presidente della Giunta Regionale prima della nomina a Direttore Generale, ed allegato in copia.

Per ognuno dei citati obiettivi, di seguito riportati, vengono descritti le azioni intraprese ed i risultati conseguiti.

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

Per perseguire questo obiettivo sono state individuate e realizzate azioni idonee nei seguenti settori:

a) interventi sull'organico e/o sulla qualità del personale medico e non medico.

La dispersione dei servizi legata alla polverizzazione delle attività delle Unità Operative Complesse (UOC) ha paradossalmente determinato, a fronte di un esubero notevole del personale medico e non medico, una relativa e specifica carenza di figure professionali in settori strategici ed in particolare in quelli di alta complessità: trapianti d'organo, neurochirurgia, Dipartimento di Emergenza, cardiologia e cardiocirurgia, etc.

La carenza di personale infermieristico in particolare rendeva impossibile l'apertura di reparti strategici quali la terapia intensiva dei trapianti d'organo (n. 8 posti letto), l'osservazione e breve degenza e l'ortopedia (circa 25 posti letto), la cardiologia (24 posti letto), nonché l'attività delle camere operatorie di neurochirurgia, cardiocirurgia, ortopedia, oculistica, etc. Al riguardo, sono stati presi i seguenti provvedimenti, peraltro concordati con la Regione Lazio:

- Passaggio a tempo indeterminato di 236 unità di infermiere professionale e 23 unità di vigilatrice di infanzia (oltre a 62 ausiliari);
- Inserimento di circa 70 unità infermieristiche provenienti da altre Aziende;
- Aumento del personale infermieristico fornito da cooperative di servizio;
- Avviso pubblico per l'assunzione di altre 90 unità infermieristiche.

La insufficienza di personale medico interessava alcuni settori specifici che costituivano tuttavia un collo di bottiglia per le attività assistenziali in settori strategici. Questo ha comportato l'assunzione da parte dell'Azienda, con la presa d'atto della Regione, di figure mediche nei settori dell'ortopedia, dell'anestesia e rianimazione, della radiologia e della medicina d'urgenza. Queste figure professionali sono state acquisite con contratti a tempo determinato in attesa dell'espletamento del concorso pubblico.

b) interventi strutturali

Vedi obiettivo 3

c) interventi organizzativi

L'acquisizione di personale a contratto in settori attualmente carenti ha consentito la **riorganizzazione del settore dialisi** con la concentrazione dei posti dialisi in due sole strutture e l'apertura del servizio dialitico anche nel turno pomeridiano.

La realizzazione di nuovi accordi con i responsabili dei **servizi di microbiologia** ha permesso l'attivazione di un **servizio di reperibilità sulle 24 ore** del personale medico e non medico.

Sono stati avviati **processi di centralizzazione funzionale** delle attività nel settore della preparazione degli antiblastici ed è iniziato un processo di gestione comune dei blocchi operatori, a partire dalle sale operatorie dell'Istituto di Chirurgia d'Urgenza e del 4° Dipartimento di Chirurgia Generale.

E' in fase progettuale la realizzazione di un **dipartimento funzionale oncologico**, avviando un profondo ripensamento dell'assistenza oncologica e prevedendo percorsi assistenziali volti ad accompagnare il paziente oncologico dal momento dell'accertamento diagnostico, al momento terapeutico, alla fase di follow up.

E' iniziato un processo di **riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione** con la realizzazione di un'unità di terapia sub-intensiva, l'attivazione di una sala operatoria ortopedica, la costituzione di un reparto di osservazione e breve degenza.

Dal punto di vista funzionale è in fase di attivazione il **servizio di preospedalizzazione** per la gestione separata dei pazienti di lieve e modesta gravità clinica in modo da ridurre sensibilmente i disagi legati a lunghi tempi di attesa.

Si sta inoltre organizzando sul piano funzionale un servizio di gestione dei pazienti politraumatizzati in attesa della costituzione di un vero e proprio **Trauma Center**.

Per quanto riguarda i volumi e la composizione della casistica trattata, è stato fatto uno sforzo notevole per la riorganizzazione dei flussi informativi, con la ricostituzione della rete di referenti dipartimentali per la gestione delle schede di dimissione ospedaliera e la creazione di un gruppo permanente di lavoro sui dati generati dalle attività di pronto soccorso.

E' in via di attivazione un **sistema di rilevazione delle prestazioni** prodotte per gli utenti interni che parte da una profonda rivisitazione e ridefinizione della documentazione clinica e della cartella clinica in particolare, seguendo le seguenti linee concettuali: 1) omogeneizzazione e armonizzazione delle cartelle cliniche e delle cartelle infermieristiche presenti all'interno del Policlinico; presenza di un'unica cartella clinica che segue il paziente nei diversi spostamenti all'interno del Policlinico; 3) dotazione di ciascuna cartella clinica aperta per un ricovero di adesivi a bande magnetiche da utilizzare per la richiesta di esami strumentali e di laboratorio e di consulenza specialistiche (questi adesivi contengono i dati sul soggetto ricoverato e sull'unità operativa di ricovero) e vengono associati dal servizio che produce le prestazioni al codice della prestazione effettuata. Questo flusso consentirà di valutare e valorizzare le prestazioni eseguite per pazienti ricoverati.

Al fine di migliorare i volumi e la complessità della casistica trattata è stato attuato un **sistema di negoziazione budgetaria** con tutti i Dipartimenti e le Unità Operative per l'individuazione di obiettivi concordati di miglioramento della produttività (incluso in questo contesto anche il miglioramento dei flussi esistenti e l'eventuale attivazione di flussi funzionali alle esigenze gestionali ed organizzative) e la definizione di indicatori per il monitoraggio e la valutazione del grado di conseguimento di tali obiettivi.

Risultati conseguiti

Le priorità espresse, che hanno fatto concentrare le azioni sulle attività complesse e sulle alte specialità, hanno già conseguito evidenti risultati nei settori interessati. Basta confrontare i dati provenienti dagli uffici di programmazione e di controllo di gestione dell'Azienda riguardanti alcune alte specialità che comparano il primo bimestre del 2002 al primo bimestre del 2001, prima cioè della nomina dello

scrivente a Direttore Generale. Anche le attività ambulatoriali, per le quali si dispone dei dati del 2001 con i dati del 2000, mostrano un evidente trend di crescita (vedi tabella n.1).

Tabella 1: Incrementi di attività ottenuti nel primo bimestre del 2002 all'intero anno solare.

DEGENZE ED INTERVENTI ALTA SPECIALITA'		
	ATTIVITA' 1° BIM 2001	ATTIVITA' 1° BIM 2002
Trapianti di rene e fegato	9	12 (+33%)
Ematologia (inclusi trapianti midollo)	133	151 (+13%)
Interventi Cardiochirurgia	95	108 (+13%)
Neurochirurgia e maxillo-facciale	252	274 (+9%)
DH maxillo-facciale	58	90 (+55%)
Cardiologia (ordinari)	169	281 (+66%)
Cardiologia (UTIC)	107	114 (+7%)
Interventi Emodinamica	153	166 (+8%)
TOTALE ALTA SPECIALITA'		
AMBULATORIO		
Prestazioni ambulatoriali x esterni	282.430	316.321 (+12%)

Fonti: Direzione Ufficio di Programmazione e Direzione Controllo di Gestione

I risultati ottenuti nei settori di alta specialità interessati da immediati provvedimenti di riorganizzazione sono solo una parte della complessiva programmazione già iniziata in tutti i dipartimenti e le unità Operative Complesse e che porterà entro la fine del mese di aprile, nell'ambito del budget annuale, a concordare con essi l'obiettivo dell'aumento nell'anno tra il 7 ed il 10% di tutte le attività di ricovero ordinario per ridurre, come già detto le liste di attesa e la mobilità passiva della Regione Lazio.

2. 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.

Per quanto riguarda la parte finanziaria questa direzione si è responsabilizzata del piano di risanamento richiesto dalla Regione e presentato al Governo per il ripiano dei debiti pregressi del Policlinico e per la gestione del piano di rientro previsto entro

la fine del 2005. Sulla base di tale piano il Governo ha stanziato nella legge finanziaria per il 2002 oltre ai 900 miliardi per l'Azienda Universitaria in liquidazione (1994-1999) circa 700 miliardi di lire: 400 miliardi a copertura dei disavanzi maturati negli anni 2000 e 2001; 300 miliardi per i bilanci degli anni 2002-2004.

Il piano di risanamento è un piano finanziario che individua tutti gli elementi fondamentali su cui intervenire per il rilancio del Policlinico Umberto I°:

- i. Il primo programma individuato dal piano di risanamento è senz'altro il **decentramento dei posti letto** che dovrà ridurre gli stessi, entro tre anni, da 1700 a 1200, riducendo così in modo sostanziale il gigantismo che è uno dei fattori dell'inefficienza complessiva del sistema.

Detta riduzione, peraltro, consentirà con le aree di risulta rese disponibili la riorganizzazione strutturale citata nel primo punto;

- ii. E' evidente che il **miglioramento della qualità, complessità e volumi delle prestazioni assistenziali** di cui all'obiettivo 1 comporta necessariamente un aumento della produttività in funzione dei ricavi: soltanto la proiezione statistica dei settori individuati nella tabella n.1 a tutto l'anno 2002 comporterebbe un aumento stimato dei ricavi di oltre 15 miliardi (vedi tabella 2). Non è possibile, invece, al momento attuale calcolare l'aumento dei ricavi conseguente alla programmazione budgetaria di cui si è accennato e che deve essere conclusa prima dell'inserimento delle previsioni di maggiore produttività per l'anno in corso nell'assestamento del bilancio di previsione 2002. L'obiettivo dell'Azienda è, comunque, quello di raggiungere almeno lo stesso aumento dei ricavi per i restanti settori;

Tabella 2: incremento dei ricavi su base bimestrale ed annuale attribuibili al settore dell'alta specialità e delle attività ambulatoriale per esterni (in milioni di lire)

	maggior ricavo 1° BIM	maggior ricavo annuo (proiezione)
Trapianti di rene e fegato	280	1.500
Ematologia (inclusi trapianti midollo)	405	2.230
Interventi Cardiochirurgia	325	1.780
Neurochirurgia e maxillo-facciale	220	1.210
DH maxillo-facciale	59	325
Cardiologia (ordinari)	934	2.500
Cardiologia (UTIC)	60	330
Interventi Emodinamica		
TOTALE ALTA SPECIALITA'	2.283	9.875
Prestazioni ambulatoriali x esterni	982	5.401
	3.265	15.276

La valorizzazione economica dell'aumento di attività realizzato nel primo bimestre del 2002 comporta un incremento dei ricavi, dovuto alle alte specialità e alle attività ambulatoriali, del 12%, pari a oltre 3 miliardi di lire. La proiezione di questi risultati all'intero anno solare comporterebbe un aumento dei ricavi attribuibili a questo settore assistenziali di oltre 15 miliardi.

iii. Ovviamente, l'aumento delle attività non è sufficiente a raggiungere l'equilibrio finanziario senza significativi **interventi sui costi** per ridurre l'impatto eccessivo sul conto economico. Al riguardo gli interventi prioritari in corso sono finalizzati a:

- 1) **Razionalizzare in maniera rilevante l'acquisto di beni e servizi.** Si sta agendo attraverso i seguenti meccanismi: rinegoziazione dei contratti in essere (soltanto nel settore assicurativo è stata ottenuta per il 2002 la riduzione di 600 milioni di premio); revisione dei prezzi; ottimizzazione dei consumi (i meccanismi di controllo, appena iniziati hanno già comportato nel primo bimestre del 2002 una riduzione di consumi sul solo capitolo relativo alla spesa farmaceutica di circa 800 milioni di lire, che su base annua dovrebbe attestarsi sui 5 miliardi); politica di outsourcing con rimodulazione dei capitolati di appalto per servizi essenziali come il catering (su cui dovrebbe essere ottenuta una riduzione dei costi di circa il 15%), pulizie, sterilizzazione etc. Le gare relative stanno per essere bandite.
- 2) **Ridurre il costo del personale.** Questo, infatti, è, nell'analisi delle cause di improduttività nella relazione programmatica il primo vero, grande fattore di improduttività del Policlinico: infatti, l'esubero del personale medico e non medico in particolare amministrativo, con 150 primariati totalmente improduttivi, costituiscono un problema che la maggiore produttività può solo parzialmente risolvere. L'intervento sul costo del personale, anche se detto costo è legato a strutturazioni di personale medico e amministrativo totalmente non giustificate sul piano delle norme e delle convenzioni in essere, è pur tuttavia materia di grande complessità, prima politica e quindi amministrativa che può essere reso possibile solo con l'approvazione del protocollo di intesa e di atti conseguenti da concordare con le organizzazioni sindacali.

Le iniziative messe in atto dall'Azienda per aumentare i ricavi e ridurre i costi hanno di fatto comportato un miglioramento del conto economico che, presumibilmente, si attesterà su base annua attorno ai 30-35 miliardi di lire, cioè intorno al 15% del deficit. Queste azioni, la cui portata è stata valutata esclusivamente sui settori di attività di interesse strategico per l'Azienda e coerenti con gli obiettivi di programmazione regionale, riguardano, per il momento, esclusivamente il potenziamento delle risorse umane e strumentali a disposizione dei gruppi professionali e l'avvio di attività di controllo di natura superficiale. La seconda fase, in corso di realizzazione, inciderà sui processi organizzativi strutturali e sull'ampliamento delle attività di controllo, con la presunzione di rafforzare la tendenza alla crescita a tutte le attività del policlinico con la contestuale riduzione della spesa complessiva per beni e servizi del 5-10%.

L'insieme dell'aumento dei ricavi e della possibile riduzione dei costi non potrà comunque risanare, progressivamente, più del 15% all'anno del deficit tendenziale su cui va detto, però, che incidono in maniera rilevante elementi sistemici, non specifici dell'ambiente universitario, che investono anche le aziende ospedaliere, in gran parte legati ad una sottostima delle prestazioni erogate, dal punto di vista tariffario. Basta pensare, al riguardo, come, a fronte di un aumento della remunerazione del personale docente di oltre 55 miliardi, per la così detta indennità di posizione e di 17 miliardi di indennità di esclusività (il 10% dei costi complessivi), nessuna variazione è intervenuta nelle tariffe regionali e nazionali.

3. **OBIETTIVO 3:** La riqualificazione strutturale del Policlinico pur essendo puramente strumentale al raggiungimento delle finalità precedentemente esposte, assume la rilevanza di obiettivo prioritario, perché il degrado strutturale ha costituito storicamente un fondamentale ostacolo all'efficienza del complesso e al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Oltre all'attivazione dei reparti già citati nell'obiettivo 1, il programma di intervento ha coinvolto anche aspetti di natura strutturale riguardanti la conclusione dei lavori e l'attivazione del pronto soccorso oculistico e della neurochirurgia, il riaffidamento dei lavori per il completamento del DEA pediatrico.

E' stata terminata la ristrutturazione della terza camera operatoria del blocco chirurgico di cardiocirurgia dedicata alle attività trapiantologiche, in modo da riattivare gli interventi di trapianto di cuore.

E' stata avviata la fase di progettazione preliminare per la ristrutturazione complessiva dell'Istituto di Dermatologia e dell'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia, individuando come interventi prioritari la messa a norma delle sale operatorie e del nido.

E' in fase avanzata di progettazione la ristrutturazione dell'area cuore dell'Azienda Policlinico Umberto I° e del centro trasfusionale.

Sono stati realizzati interventi di messa a norma e di miglioramento delle condizioni alberghiere in diversi reparti di degenza dell'area medica (ad es., V medica) e chirurgica (ad es., Dipartimento Valdoni).

Le condizioni di profonda decadenza strutturale che riguardano gran parte del Policlinico non possono essere affrontate con interventi strutturali scollegati e mirati a ripristinare la funzionalità di edifici non più coerenti con la moderna attività assistenziale. A questo proposito è stata presentata un'idea progettuale per la riorganizzazione strutturale del Policlinico Umberto I° che prevede la realizzazione di una piastra tecnologica comune per tutte le attività di degenza e ambulatoriali che dovrebbe contenere tutti i servizi trasversali (camere operatorie, laboratori analisi, radiologie, terapie intensive, diagnostica per immagini, dipartimenti di emergenza, etc.). Questa piastra dovrebbe rappresentare il primo blocco per la realizzazione di un ospedale moderno localizzato nel settore centrale del policlinico, con le attività di degenza, per un numero complessivo di circa 500-600 posti letto, che dovrebbero essere concentrate al di sopra della piastra secondo una logica di stratificazioni a progressiva riduzione dell'intensità assistenziale.

Per la realizzazione di questa idea progettuale è disponibile un finanziamento di 200 miliardi (art. 71 della legge 448 del 98).

Il Provveditore alle Opere pubbliche (ing. Balducci) ha condiviso il progetto ed ha concordato sulla necessità di concentrare tutte le risorse canalizzabili per interventi strutturali sugli edifici del policlinico in questa direzione, garantendo gli interventi di

manutenzione straordinaria finalizzati esclusivamente alla messa a norma degli edifici.

Questo progetto è stato presentato nelle sue linee generali ai responsabili del Ministero della Salute e della Regione che lo hanno favorevolmente accolto.

4. **OBIETTIVO 4: Il Policlinico non può più disattendere la realizzazione di una concreta e completa AZIENDALIZZAZIONE, da raggiungere, stante la situazione attuale, nell'arco di un biennio.**

Gli attuali assetti organizzativi aziendali scontano l'asimmetria di potere e di capacità di intervento dei singoli Dipartimenti Universitari rispetto all'amministrazione centrale dell'Azienda.

L'Azienda stessa, all'atto della mia nomina era considerata una mera espressione virtuale priva di poteri decisionali, con funzioni notarili di recepimento di decisioni prese dal Consiglio di Facoltà (nomine dei responsabili) e dai 320 direttori di Unità Operative Complesse che direttamente richiedevano e ottenevano dai servizi amministrativi e tecnici tutto ciò di cui avevano bisogno senza alcun controllo di merito e senza nessuna responsabilizzazione sui risultati.

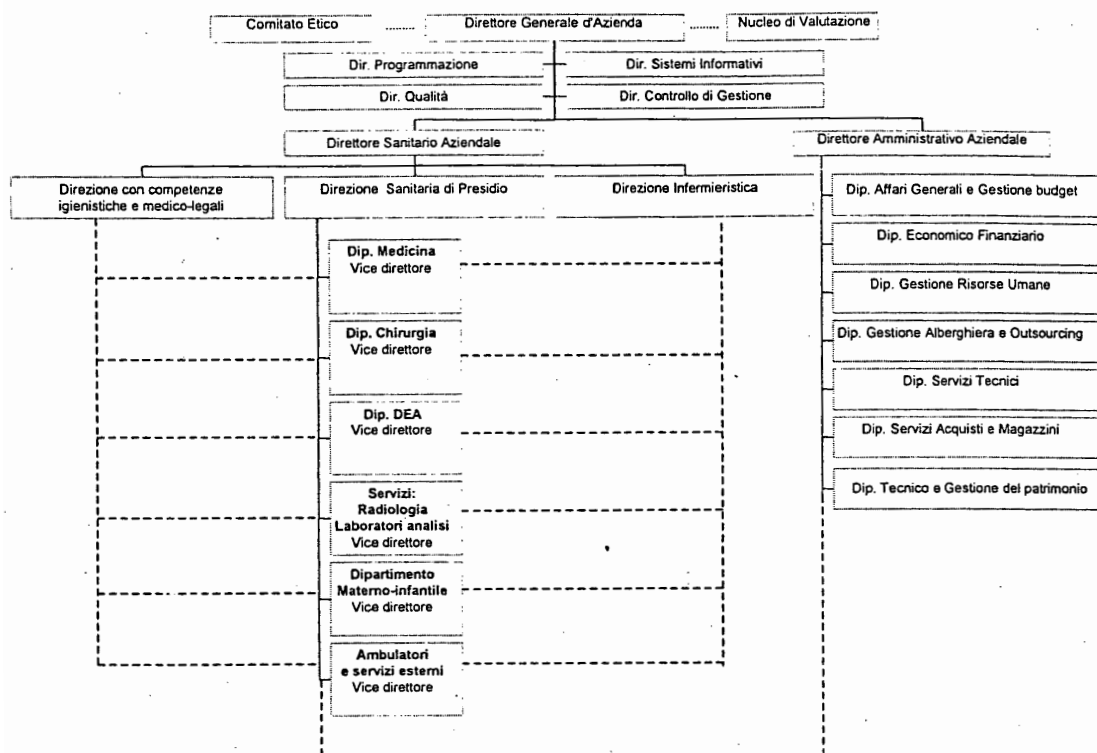
Il primo fondamentale intervento è stata l'**attivazione del Collegio di Direzione** previsto dalla normativa cui partecipano tutti i Direttori di Dipartimento e di Istituto, e con il quale è stata prontamente attivata la politica di programmazione per budget, totalmente innovativa per il Policlinico.

Per la sostanziale costituzione dell'Azienda, però, è necessario proseguire l'iter iniziato dal protocollo di intesa, cui dovrà conseguire l'accordo tra Regione ed Università per la **definizione delle Unità Operative Complesse da inserire nel successivo Atto Aziendale** che conterrà le norme e i regolamenti per il completamento dell'organizzazione aziendale.

Anticipando quest'ultimo si è però proceduto alla **ridefinizione dell'assetto di vertice dell'Azienda con l'organigramma delle direzioni amministrative e sanitaria** descritto nel grafico 1. Per la realizzazione di questo organigramma sono state altresì acquisite le figure fondamentali del Direttore Amministrativo, del Direttore del Dipartimento Affari Generali, del Direttore del Servizio di Programmazione e del tutto recentemente del Direttore del Dipartimento Risorse Umane, che dovrà superare con una gestione unitaria la perenne antitesi tra personale universitario e personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Sono altresì iniziate le programmazioni relative all'organizzazione dei **Dipartimenti ad Attività Integrata**, al completamento del servizio di **Controllo di Gestione**, al **Piano Strategico per l'Informatizzazione** progressiva delle attività amministrative e clinico-scientifiche.

Grafico 1: Organigramma della Direzione Aziendale



OBIETTIVO 5: La riorganizzazione funzionale delle attività clinico-assistenziali, in armonico rapporto con la didattica e la ricerca, costituisce il più specifico obiettivo iscritto nella responsabilità della Direzione Aziendale.

L'inscindibilità delle attività di didattica, ricerca ed assistenza è condizione imprescindibile per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina. Queste funzioni trovano sostanza nel processo di rifondazione delle attività assistenziali che devono riportare l'Azienda Policlinico Umberto I° a svolgere quel ruolo di centro di eccellenza che le competenze professionali presenti al suo interno possono garantirgli.

Per realizzare ciò sono stati anticipati, con delibera rettorale a firma congiunta Rettore, Direttore Generale, i contenuti del Protocollo di Intesa con l'attribuzione di responsabilità assistenziali ai Direttori di Dipartimento Universitario, veri snodi di raccordo tra assistenza, ricerca e didattica.

Questa attribuzione di responsabilità identifica un'organizzazione matriciale, che prevede una gerarchia amministrativa che fa capo al Rettore per ciò che concerne la didattica e la ricerca ed una seconda gerarchia, sempre di tipo amministrativo, che dipende dal Direttore Generale per le attività assistenziali.

L'inscindibilità del trinomio diventa quindi concetto operativo e trova nel Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata lo strumento per al sua realizzazione. Avendo individuato il nucleo portante dell'armonizzazione delle tre funzioni, l'Azienda ha iniziato ad investire su progetti ad ampio respiro, promuovendo la realizzazione di convenzioni e di accordi internazionali con strutture di eccellenza nel campo

dell'assistenza e della ricerca (Gustave Roussi, Jefferson University, Mt Sinai Hospital di New York).

Per quanto riguarda le azioni prioritarie oggetto di intervento da parte dell'Azienda sono stati realizzati i seguenti interventi:

- i. **Riorganizzazione e rifunionalizzazione del Dipartimento di Emergenza** già elencati nell'obiettivo 1;
- ii. **Avvio del Centro Unico di Prenotazione** con l'iniziale centralizzazione delle prenotazioni per i dipartimenti già collegati in rete e in grado di fornire tempestivamente le agende dei pazienti (oculistica, ortopedia, ...). A questo primo set di dipartimenti verranno, a scadenza mensile, aggregati tutti gli altri istituti/dipartimenti. L'attivazione del CUP sarà accompagnata dall'attivazione di un Call Center per consentire la prenotazione telefonica e la costituzione di un centro informazioni e smistamento pazienti centralizzato per aiutare i cittadini a d orientarsi all'interno del perimetro aziendale. La riduzione delle casse e la centralizzazione delle attività di prelievo in due, tre punti per tutto il Policlinico dovrebbero consentire una migliore offerta di sevizi per il pubblico e una risposta adeguata alle aspettative dei cittadini;
- iii. **Le attività di preospedalizzazione sono state potenziate** a partire dal Dipartimento di Emergenza e dalle attività chirurgiche di elezione in modo da evitare tempi lunghi di attesa ai soggetti con patologie di lieve o modesta entità che accedono al nostro DEA e di ridurre le durate di degenza preoperatorie;
- iv. **La centralizzazione dei servizi chirurgici** con l'affidamento della responsabilità di gestione del personale di sala operatoria alla Direzione Sanitaria è una delle priorità di intervento di questa amministrazione. I primi interventi fatti in questa direzione hanno dimostrato un netto miglioramento di efficienza nell'utilizzo delle camere operatorie ed una riduzione consistente dei tempi di turnover dei pazienti chirurgici. E' in fase avanzata di realizzazione di un servizio centralizzato di sterilizzazione dei materiali di sala operatorio con l'obiettivo di standardizzare le procedure di sterilizzazione, fornire kit omogenei alle sale operatorie, liberare personale infermieristica per le attività assistenziali dirette, ridurre i costi di manutenzione delle attrezzature per la sterilizzazione;
- v. **L'avvio di un'attività privata di equipe** nei settori gravati da lunghi tempi di attesa e liste di attesa voluminose (radioterapia, radiologia, medicina nucleare) in modo da aumentare l'utilizzo delle attrezzature e, conseguentemente, i volumi di attività;
- vi. **L'attivazione di meccanismi di verifica e promozione dell'utilizzo di linee guida nei settori critici** (oncologia, area dell'emergenza) e per prestazioni di consolidata efficacia (attivazione del servizio di angioplastica primaria, controllo nell'utilizzo delle radiografie del torace, ...).

ALL. 1

Documento programmatico per la gestione dell'Azienda Policlinico Umberto.

Linee d'indirizzo strategico.

La gestione dell'Azienda Policlinico Umberto I dell'Università degli Studi La Sapienza, nell'ambito delle attività clinico-assistenziali coerenti con le esigenze delle inscindibili attività di ricerca e didattica della I^a Facoltà di Medicina della stessa Università, è attualmente al centro di complesse strategie derivanti da numerose normative in materia che debbono essere integrate sul piano giuridico istituzionale ed amministrativo, e quindi armonicamente attuate con il concorso dell'Azienda stessa.

E' indubbio infatti che la formulazione di un piano strategico dell'Azienda per l'Azienda, non possa prescindere dall'attuazione di generali indirizzi discendenti in particolare dal D.Lgs 229/99, dal D.Lgs 517/99, dalla legge 448/98, di competenza dell'Università degli Studi di Roma e della Regione Lazio che, al riguardo, stanno elaborando uno specifico protocollo di intesa.

Solo da detto protocollo, infatti, potrà derivare il quadro di riferimento entro cui articolare la programmazione di competenza dell'Azienda stessa.

E' comunque indiscusso che l'Azienda Policlinico Umberto I, in quanto sede di una facoltà medica, debba prioritariamente favorire l'integrazione tra la ricerca scientifica, la formazione e l'assistenza specie nell'ambito dell'alta specializzazione, offrendo servizi efficaci, efficienti e di elevata qualità per la sanità regionale, contrastando la migrazione passiva degli assistiti verso altre regioni e/o verso l'estero, ancora troppo elevata e incompatibile con i programmi di eccellenza che la Regione intende realizzare con i propri centri di riferimento, siano essi policlinici, istituti di ricerca od ospedali regionali.

Non può essere sottaciuto al riguardo, per quanto specificamente attiene al Policlinico Umberto I, che i ricoverati provenienti da altre regioni negli ultimi 20 anni si siano ridotti drasticamente da oltre il 25% al solo 10% del totale; inoltre, i volumi delle attività di ricovero ed ambulatoriali non hanno avuto negli ultimi anni sostanziali incrementi, e questo nonostante una riconosciuta eccellenza dei gruppi clinici e scientifici ed il gradimento dei pazienti utenti, tutto relativo però al solo personale medico e non medico piuttosto che alla qualità complessiva dei servizi offerti dall'azienda.

Troppo lungo sarebbe analizzare le cause di questo fenomeno, molte delle quali per altro ben note, ma certamente tra le principali possiamo annoverare il degrado strutturale, l'obsolescenza tecnologica e le gravi carenze organizzative-gestionali.

Per quanto riguarda le prime occorre immediatamente rilevare che con la legge 448/98, art. 71 (piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani) è stato avviato un programma eccezionale di finanziamenti che potrà consentire la completa riqualificazione del complesso edilizio e tecnologico del Policlinico, restituendo alla città un'istituzione monumentale ma anche funzionale alle più qualificate attività scientifiche, didattiche ed assistenziali.

Il ruolo dell'Azienda per la realizzazione di questo ambizioso programma sarà determinante sia nella fase progettuale che nella fase realizzativa; l'indirizzo, infatti, di integrare nel complesso esistente una nuova struttura tecnologica in cui fare confluire con contiguità e continuità tutte le attività assistenziali tecnologicamente avanzate, conservando e migliorando l'utilizzazione per la ricerca e la formazione della cinta monumentale, in linea con le migliori esperienze internazionali in tal senso, richiede evidentemente uno sforzo altrettanto eccezionale per garantire la completa operatività durante la complessa fase di realizzazione, che non dovrà incidere, appunto, sulle normali attività.

Strumento indispensabile per dette realizzazioni è il potenziamento qualitativo dei servizi tecnici per renderli adeguati ai progetti in corso, ma anche per sopperire ad evidenti carenze dell'attuale operatività.

Il piano per la riqualificazione strutturale e tecnologica non può tuttavia prescindere da una programmazione strategica delle attività assistenziali che sia da una parte inserita armonicamente nella programmazione sanitaria ed ospedaliera della regione Lazio e dall'altra sia in grado, partendo dalla valutazione delle capacità interne dell'Azienda, di mettersi in relazione con la domanda esistente nel territorio di riferimento non solo regionale ma, per le alte specialità, anche sovra regionale. A tal fine, in un quadro di "competizione" con le altre strutture di riferimento nazionale, l'Azienda dovrà possedere anche una capacità progettuale che consenta di sviluppare e/o inserire attività innovative, tipicamente universitarie, in settori in cui il progresso tecnologico e scientifico sta mutando rapidamente con prevedibili ricadute positive sulla salute della popolazione (tipici esempi sono le neuroscienze, le patologie oncologiche, le patologie cardiovascolari).

Un particolare compito innovativo di cui un'Azienda che gestisce un policlinico Universitario deve farsi carico, al pari dei grandi complessi internazionali che tali indirizzi hanno già attuato, è quello di garantire il trasferimento delle acquisizioni scientifiche nel settore delle biotecnologie, in particolare nella genomica e postgenomica, alle applicazioni pratiche attraverso tutte le fasi di sperimentazione clinica, per attivare quel circolo virtuoso di innovazione scientifica, brevettazione, produzione e commercializzazione di nuovi prodotti sia farmaceutici che tecnologici che

costituisce l'unico processo con cui la sanità pubblica può migliorare l'efficacia delle cure contrastando la storia naturale delle malattie.

L'elaborazione di un piano strategico che enunci questi obiettivi prioritari, deve poi investire il disegno della struttura organizzativa più adatta a conseguire i risultati attesi. Come è tipico di ogni policlinico universitario, mentre il disegno degli organi amministrativi e gestionali è proprio ed esclusivo della direzione aziendale, essendo prevalentemente mirato alla realizzazione dei sistemi diretti alla economicità ed alla efficienza delle attività di supporto alle prevalenti attività clinico-assistenziali, il disegno invece della struttura organizzativa sanitaria non può non nascere dalla stretta interrelazione fra la direzione aziendale ed i gruppi professionali, i Docenti, che agiscono all'interno dell'azienda.

Ovviamente, occorre prendere le mosse in tale settore dall'organizzazione dipartimentale prevista dall'attuale legislazione, armonizzandola con la organizzazione dipartimentale universitaria, con il necessario adattamento alle specifiche situazioni esistenti nel Policlinico Umberto I.

Dalla struttura organizzativa generale, anche attraverso la definizione dei carichi di lavoro, occorrerà pervenire alla definizione della pianta organica relativa ad una dotazione di posti letto che dovrà essere alla base della stessa progettazione definitiva relativa alla ristrutturazione del complesso.

E' evidente che pianta organica e dotazione di posti letto per la normativa attuale costituiscono un dinamico e flessibile strumento per la realizzazione di attività che possono cambiare nel tempo e non vanno quindi più intese come vincolanti la programmazione complessiva e delle singole unità operative, più strettamente connesse con l'evoluzione demografica, tecnologica e con il mutare delle aspettative di salute dei cittadini.

L'insieme della pianificazione enunciata in termini puramente generali, ma che andrà ovviamente sistematizzata, può essere anche riduttivamente considerata nel termine di "aziendalizzazione" del Policlinico, e cioè con l'intento di legare la missione e gli obiettivi dell'istituto con le risorse umane, tecnologiche e strutturali, nonché finanziarie, disponibili per la loro realizzazione.

Dalla progettazione generale che, partendo dalla attuale organizzazione tutta da conservare e potenziare, tenda ad innovare e migliorare, come già detto, le attività di supporto alla clinica, occorre poi mettere mano alla realizzazione dei sistemi procedurali, amministrativi, organizzativi ed informatici che attuino quel superiore livello di efficienza indispensabile in un centro di eccellenza. Alla base di tutto, infatti, non può non esserci una visione moderna della medicina incentrata sulle tecnologie dell'informazione come strumento di

comunicazione da e verso l'esterno e come elemento fondamentale di acquisizione di conoscenze in un contesto di formazione continua del personale sanitario.

Per i settori amministrativi il controllo di gestione, il processo di attribuzione del budget, la definizione dei centri di costo e di responsabilità coincidenti con i dipartimenti, le valutazioni di risultato devono costituire gli elementi trainanti dell'intera attività amministrativa incentrata non sulla direzione ma sul servizio alle unità operative ed alla soddisfazione dell'utente, anch'essa da valutare in maniera sistematica all'interno del controllo di qualità da promuovere e da consolidare.

Se queste costituiscono gli indirizzi generali su cui costruire un programma con relativo piano delle azioni (con la prioritizzazione degli interventi, la tempistica degli stessi, le risorse finanziarie e umane necessarie) non possono però passare in seconda linea una serie di provvedimenti utili nell'immediato alla razionalizzazione dell'esistente, cui peraltro sono evidentemente tese tutte le azioni relative all'aziendalizzazione. Si intende fare riferimento a questioni di più immediata definizione riguardanti i servizi trasversali di cui si avvalgono tutte o più unità operative come i complessi operatori, i laboratori di analisi e i servizi di diagnostica per immagini, la cui utilizzazione ottimale non può attendere le nuove strutture da realizzare.

Prioritario, nell'immediato, è l'aggiornamento, ormai non più differibile, delle tecnologie mediche ed informatiche, in gran parte responsabili della qualità delle cure.

Al primo posto, comunque, nelle azioni dell'Azienda per il processo di potenziamento e di innovazione descritto, dovrà essere la politica della gestione delle risorse umane, da coinvolgere pienamente nell'attività di programmazione e di gestione. I Docenti, con la Facoltà di Medicina, e i non docenti tutti, con le numerose categorie rappresentate, devono essere resi partecipi del programma sì da sentirsi responsabili e protagonisti della sua realizzazione per il cambiamento. Sarebbe troppo lunga e comunque sempre carente l'enunciazione di tutte le problematiche che investono le singole categorie, ma i contratti nazionali devono essere tutti attuati con l'attenzione dovuta alle peculiarità del Policlinico, cui bisogna dare risposte adeguate e personalizzate (basti pensare all'attuazione della normativa riguardante la realizzazione delle attività libero professionale intramoenia).

Particolarmente rilevante è la questione del personale non medico ed in specie infermieristico, la cui qualità e quantità deve essere potenziata, e attraverso la formazione di cui si è già detto, e attraverso programmi di reclutamento e specializzazione, per renderlo idoneo alle nuove esigenze.