ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXVII**
n. **16**

RELAZIONE

SULL'ATTIVITÀ SVOLTA DALL'AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I E DALL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI ROMA

*(Articolo 2-*bis*, del decreto-legge 1º ottobre 1999, n. 341, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 dicembre 1999, n. 453)*

Presentata dal Ministro della salute

(SIRCHIA)

Trasmessa alla Presidenza il 31 dicembre 2004

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

INDICE

POLICLINICO UMBERTO I

Proposta per un piano di risanamento delle attività assistenziali ..... » 15

Risultati operativi ed economico-finanziari comparati tra le due ipotesi ..... » 53

Proposta di piano di rilancio aziendale ..... » 67

Programma di riorganizzazione e attività futura ..... » 185

Relazione del signor Presidente della Giunta regionale del Lazio ..... » 203

PAGINA BIANCA

DP

REGIONE LAZIO
Dipartimento "Sociale"
Direzione Regionale – Programmazione sanitaria e tutela della salute
Area Giuridico Normativa e Organizzazione del Servizio Sanitario

Prot. 130175 /..D4/4A/00 –B/00

MINISTERO SALUTE 29 NOV. 2004 GABINETTO

Roma, li 11 NOV. 2004

MINISTERO DELLA SALUTE 02 DIC. 2004 DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Al Ministero della salute
p.le dell'Industria, 20
00144 - ROMA

02/11/2

2 DIC. 2004
5. 31367

Oggetto: Integrazione alle relazioni del Policlinico Umberto I e dell'Azienda Ospedaliera S. Andrea.

Si fa seguito alla pregressa corrispondenza ed al fine di soddisfare le esigenze legate al dispositivo di cui all'art. 2 bis del decreto legge 1 ottobre 1999 n. 341, convertito con legge 3 dicembre 1999 n. 453, si precisa quanto segue:

ATTIVITA' SVOLTA

oltre ai dati trasmessi dalle due aziende in oggetto e già inviate, in allegato, a codesto Ministero con precedente nota del 9 febbraio 2004 prot. n. 16050 (all. A), allo scopo di completare la documentazione si indicano di seguito i dati SIO e SIAS degli anni 2000, 2001, 2002 e 2003, elaborati dall'Agenzia di Sanità Pubblica regionale, concernenti le dimissioni ospedaliere ed il volume di prestazioni specialistiche, nonché il valore del finanziamento regionale a fronte delle prestazioni medesime.

Visto del funzionario responsabile

27/10/2004

POLICLINICO UMBERTO I

importi in euro

Anno	ordinari regione		ordinari fuori regione		DH regione		DH fuori regione		TOTALE RICOVERI	
	dim	produzione	dim	produzione	dim	produzione	dim	produzione	DIM	PROD (a)
2000	41.145	136.767.064	5293	22.446.231	72.048	23.057.392	7.400	2.447.799	125.886	184.718.487
2001	38.988	132.364.672	5160	22.719.217	26.083	23.095.611	2762	2.389.301	72.993	180.568.801
2002	40.055	145.212.789	5100	22.792.689	26.662	27.431.468	3082	2.953.830	74.899	198.390.776
2003	41.525	157.926.631			33.832	33.775.064			75.357	191.701.695

N.B.: il dato 2001 del D.H. rileva il numero degli accessi
N.B.: il dato 2003 non è ancora definitivo; la produzione ospedaliera comprende sia i residenti che i non residenti

Anno	P.S.	Specialistica		Funzioni/ Extratariffa					PRODUZIONE RICONOSCIUTA (F) (a+b+c+d+e)
	PRODUZIONE (b)	prestazioni	PRODUZIONE NETTO TICKET E NETTO FRANCHIGIA (c)	Emergenza	Farmaci Fascia H	Extratariffa	TOTALE FUNZIONI /EXTRA TARIFFA (d)	INDENNITA' ESCLUSIVITA' (e)	
2000	17.037.087	1.521.015	14.296.583		13.089.600	1.448.662	14.538.262		230.590.418
2001	14.383.996	1.506.482	17.172.554	9.028.440	12.394.966	4.563.749	25.987.155		238.112.507
2002	16.272.537	1.640.191	21.417.105	11.804.021	21.989.405	6.202.649	39.996.075	8.895.709	284.972.202
2003	16.272.537	1.761.533	21.405.144	11.468.969	21.989.405	6.202.649	39.661.023	8.895.709	277.936.108

La colonna F rappresenta gli importi riconosciuti dalla Regione Lazio quale finanziamento spettante al Policlinico Umberto I per gli anni 2000-2003

27/10/2004

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma Tel. 06 / 51681

SANT'ANDREA

importi in euro

Anno	ordinari regione		ordinari fuori regione		DH regione		DH fuori regione		TOTALE RICOVERI	
	dim	produzione	dim	produzione	dim	produzione	dim	produzione	DIM	PROD (a)
2000										
2001										
2002	719	1.657.392	51	114.267	2.239	1.904.811	203	157.435	3.212	3.833.905
2003	7.358	23.708.973			4.182	3.689.626			11.540	27.398.599

N.B.: il dato 2003 non è ancora definitivo; la produzione ospedaliera comprende sia i residenti che i non residenti

Anno	Specialistica		PRODUZIONE RICONOSCIUTA (c) a+b	Avviamento (d)	REMUNERAZIONE RICONOSCIUTA (E) c+d
	prestazioni	PRODUZIONE NETTO TICKET E NETTO FRANCHIGIA (b)			
2000				10.489.240	10.489.240
2001	97.297	995.418	995.418	11.973.292	12.968.710
2002	352.051	3.610.355	7.444.260	7.174.461	14.618.721
2003	501.451	5.301.613	32.700.212		32.700.212

La colonna E rappresenta il finanziamento riconosciuto dalla regione Lazio all'AOPU Sant'Andrea, comprensivo, per gli anni 2000, 2001, 2002, anche dell'avviamento per inizio attività

27/10/2004

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma Tel. 06 / 51681

OBIETTIVI RAGGIUNTI E INDIRIZZI PROGRAMMATICI PER IL BIENNIO SUCCESSIVO

Con riferimento all'Azienda Policlinico Umberto I è opportuno richiamare sinteticamente le tappe del processo di riorganizzazione avviato a seguito dell'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001. In detta sede, infatti, il Presidente della Regione Lazio al fine di risanare le esorbitanti e gravi diseconomie del Policlinico Umberto I, ha concordato un finanziamento aggiuntivo da parte del Governo centrale specificatamente mirato al Policlinico

In data 24 agosto 2001, presso la Regione, alla presenza dei rappresentanti legali della Regione e dell'Università viene concordato, al fine di decongestionare il Policlinico, un piano di decentramento dei 1700 posti letto del Policlinico ripartiti come segue:

400 di degenza ordinaria - 50 DH al Sant'Andrea
220 di degenza ordinaria – 30 DH all'Azienda USL di Latina
100 all'Ospedale di Bracciano
1000 di degenza ordinaria150 DH – 50 riabilitazione al Policlinico Umberto I°

Successivamente, il 28 settembre 2001, viene presentato un piano di risanamento al Governo da parte della Regione che prevede tra gli obiettivi:

- il decentramento dei posti letto, così come sopra indicato;
- miglioramento della qualità delle prestazioni anche in termini di complessità assistenziale e aumento dei volumi;
- riduzione della degenza media;
- razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi attraverso la rinegoziazione dei contratti in essere , la revisione dei prezzi, la rimodulazione dei capitolati di appalto e l'ottimizzazione dei consumi;
- la razionalizzazione del costo del personale nonché la riqualificazione e riconversione dello stesso, avvio della mobilità intersettoriale ed intercompartimentale del personale in esubero;
- riduzione delle strutture complesse e riconversione di quota parte delle stesse in strutture semplici (da 276 primariati, di cui 54 senza incarico, a 190). (Allegato B).

Nel piano viene evidenziato che l'Azienda Policlinico, per raggiungere nel triennio l'equilibrio finanziario, necessita di interventi economici straordinari da parte del Governo. Venivano pertanto richiesti 143 mld di Lire per l'anno 2002, 90 mld di Lire per il 2003, 37 mld di Lire per il 2004 e 15 mld di Lire per il 2005.

La Giunta Regionale, con propria deliberazione n.529 del 26 aprile 2002 ha approvato lo schema del Protocollo d'Intesa tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio, concernente la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Ateneo.

Nell'agosto del 2002 il Presidente ed il Rettore sottoscrivono il Protocollo d'intesa tra l'Università di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio.

Il protocollo fissa:
- la disciplina generale dei rapporti con l'Università
- Le modalità di organizzazione ed il funzionamento delle aziende

- Le norme di finanziamento
- Istituisce un tavolo con le organizzazioni sindacali
- Parametri per l'individuazione, qualitativa e quantitativa delle attività assistenziali, "necessarie e non vicariabili" alle funzioni istituzionali della facoltà medica e conseguentemente, del numero dei posti letto occupati
- Parametri per l'identificazione, la definizione e il dimensionamento delle strutture assistenziali complesse, semplici e dei raggruppamenti disciplinari.
- Norme in materia di personale non docente e docente

Il Protocollo rinvia la riorganizzazione del Policlinico Umberto I alla predisposizione di un piano di rilancio successivamente elaborato dal Direttore Generale. Detto piano risulta coerente con il Piano di risanamento finanziario inviato al Governo e ne acquisisce gli obiettivi programmatici. (All. C) Fissa la riprogettazione della struttura organizzativa assistenziale con una riduzione delle unità operative complesse.Prevede il potenziamento e la riqualificazione delle attività assistenziali, un aumento del valore della produzione, l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, di altre prestazioni non tariffate e delle attività di pronto soccorso e del DEA, un decremento dei costi complessivi del personale e degli acquisiti di beni e servizi, investimenti per l'ammodernamento dell'apparato tecnologico mutando la destinazione di risorse già assegnate

Nel Novembre 2002 si avvia il processo il trasferimento dei primi 150 posti letto dal Policlinico Umberto I all'Ospedale Sant'Andrea, a seguito di un avviso di mobilità concordato con le organizzazioni sindacali. La giunta Regionale approva una prima pianta organica dell'Azienda e il cronoprogramma per il completamento del decentramento.

Per completezza di informazione la Giunta regionale con deliberazione di n. 929 del 26 settembre 2003 nel prendere atto delle attività assistenziali dell'Azienda ha individuato alcune strutture che nel tempo identificheranno nel Sant'Andrea un Centro di riferimento per le peculiari attività assistenziali:

1. Centro di medicina del sonno pediatrico e per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS), collocato nell'ambito della attività dell'U.O.C. di Pediatria;
2. Centro di procreazione umana medicalmente assistita (PMA), collocato nell'ambito delle attività dell'U.O.C. di Ginecologia;
3. Centro Cefalee, collocato nell'ambito delle attività dell'U.O.C. di Medicina Interna 3 (All. D);

Nell'ottobre del 2003 si conclude il processo di decentramento dall'Azienda Policlinico Umberto I all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea .

A seguito di defaticanti e lunghe trattative il 20 gennaio 2004 al tavolo dell'art. 6 vengono concordati i contenuti del "Programma di riorganizzazione ed attività futura" del Policlinico Umberto I (All. F già trasmesso con nota del 21.01.04 prot. 6975) che segnano la definitiva programmazione degli obiettivi operativi volti sostanzialmente ad una riqualificazione assistenziale e alla contestuale maggiore produttività del policlinico. Punti focali di tale piano di rilancio sono fra tutti:

- potenziamento e riorganizzazione del DEA
- attivazione di specifiche unità operative di riabilitazione
- ridefinizione del rapporto ospedale –territorio
- valorizzazione delle aree di alta specializzazione
- ristrutturazione edilizia e ammodernamento strumentazioni tecnologiche
- programmazione di una specifica attività di formazione manageriale dei direttori di dipartimento, dei dirigenti di unità operative e dei responsabili di attività

Deve considerarsi, altresì, che, il piano di ristrutturazione dell'Azienda Policlinico Umberto I ha ridotto da 194 a 164 la previsione di Unità Operative Complesse all'interno dello stesso nosocomio, includendo ed assorbendo in detta riduzione le 30 U.O.C. contemplate dalla procedura di mobilità verso il Polo Pontino, di cui all' Accordo del 2003

A completamento del quadro si evidenziano di seguito le tappe del processo di decentramento verso il Polo Pontino.

Nel 2003 il Presidente della Regione ed il Rettore dell'Università sottoscrivono un accordo per il decentramento dei 250 posti letto al **Polo Pontino**. Si avviano le trattative per stabilire le modalità del trasferimento dei posti letto dal Policlinico Umberto I.

Il progetto "Polo Pontino" è iniziato sin dal 24 agosto 2001, data in cui presso la Regione, alla presenza dei rappresentanti legali della Regione e dell'Università, viene concordato, al fine di decongestionare il Policlinico, un piano di decentramento dei 1700 posti letto del Policlinico di cui **220 di degenza ordinaria – 30 DH all'Azienda USL di Latina** recepito poi nel citato Protocollo d'Intesa sottoscritto nel 2002.

In data 27 marzo 2003, in sede di tavolo di trattativa Regione – Università – Organizzazioni Sindacali, è stato presentato il piano di decentramento per dipartimento, ivi compreso il trasferimento dei posti letto dal Policlinico Umberto I al cosiddetto Polo Pontino.

L'Esecutivo regionale, con proprio provvedimento n.720 del 25 luglio 2003, ha preso atto dell'Accordo tra Università e Regione concernente la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università presso il Polo Pontino, precedentemente sottoscritto in data 16 maggio 2003 (All. E).

Il predetto accordo ha previsto il decentramento nell'Azienda USL di Latina di 220 posti letto per acuti e 30 posti letto di Day Hospital dell'Azienda Policlinico Umberto I da attuare mediante la chiusura dei posti letto già accreditati presso l'Azienda Policlinico Umberto I e la riconversione e l'utilizzazione in potenziale assistenziale per il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia di altrettanti posti letto tra quelli accreditati nelle strutture pubbliche e private del territorio dell'Azienda USL di Latina.

Al fine di rendere fattibile il decentramento e anche per garantire agli studenti il raggiungimento del livello minimo di crediti formativi professionalizzanti a semestre iniziato, la Giunta regionale con proprio provvedimento del 19 marzo 2004, n. 194, ha approvato lo "Schema di accordo integrativo" per la modifica del punto 10 dell'accordo del 16 maggio 2003, prevedendo la mobilità volontaria dei docenti universitari, ricercatori ed equiparati nonché del personale ospedaliero strutturato presso l'Azienda Policlinico, nei limiti dei posti e delle posizioni funzionali previste dalle parti, detto accordo è stato sottoscritto in data 13 maggio 2004

L'attivazione delle U.O.C. presso le strutture del Polo Pontino avverrà progressivamente in relazione alle specifiche esigenze didattiche ed al corrispondente avvio del processo di riduzione delle U.O.C. all'interno del Policlinico Umberto I, previsto dal "Programma di riorganizzazione ed attività futura" dell'Azienda medesima, sottoscritto dalle OO.SS., dall'Assessore alla Sanità e dal Direttore Generale del Policlinico in data 20 gennaio 2004 (All. F).

A seguito di specifici accordi attuativi intervenuti tra l'Azienda USL Latina e l'Università con particolare riferimento alle modalità, tempi localizzazione e organizzazione delle attività cliniche, presso le strutture sanitarie accreditate e presso le strutture aziendali, così come previsti nell'accordo del 16 maggio 2003, la Giunta regionale con propria deliberazione del 19 marzo

2004, n. 195 ai fini dell'attuazione del decentramento in argomento, ha autorizzato l trasformazione dei posti letto delle case di cura private individuate.

A completamento delle relazioni si trasmettono in copia, ad integrazione delle relazioni gi inviate alla scrivente Amministrazione e trasmesse a codesto Ministero:

- la relazione del Policlinico Umberto I pervenuta in data 8 aprile 2004 e corredata da nov allegati; (All G - All. 1-9)
- la relazione del Sant'Andrea pervenuta in data 10 maggio 2004. (All H - All. 1-8)

L'ASSESSORE ALLA SANITA'
(Marco Verzaschi

ALLEGATO A

REGIONE LAZIO

Dipartimento "Sociale"
Direzione Regionale – Programmazione sanitaria e tutela della salute
Area Giuridico Normativa e Organizzazione del Serv. Sanitario

Prot. 16050 *D4/4A/02*

Roma, li 19 FEB. 2004

Ministero della Salute
Direzione Generale della
Programmazione
P.la dell'Industria, 20
00144 - ROMA

Oggetto: Trasmissione relazioni:
- Azienda Policlinico Umberto I
- Azienda Osp. Sant'Andrea

Si fa seguito alla nota n. 6975 del 21.01.04 e, ad integrazione, si trasmette copia della relazione contenente gli elementi relativi alla costituzione dell'Azienda Policlinico Umberto I, corredata dei relativi provvedimenti, per consentire l'ulteriore iter del procedimento di approvazione del piano di ristrutturazione e rilancio della struttura.

Si invia, altresì, copia della relazione predisposta dall'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, concernente lo sviluppo delle attività da novembre 2000 a dicembre 2002.

IL DIRETTORE REGIONALE
(Elda MELARAGNO)

MTL/ 03/02/2004

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma Tel. 06 / 51681

ALLEGATO B

Il Presidente
della Giunta Regionale del Lazio
Prot. n. 63987

28 SET. 2001

On.le Giulio Tremonti
Ministro dell'Economia e delle Finanze
Via XX Settembre
ROMA

Signor Ministro,

con l'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato Regioni l'8 agosto 2001, a seguito di una specifica esigenza rappresentata dallo scrivente, circa gli oneri connessi alla grave situazione del Policlinico Umberto I, il Governo si è impegnato a "definire compatibilmente con le condizioni di finanza pubblica, e previa presentazione di un piano di risanamento, da parte della Regione interessata, uno specifico stanziamento pluriennale, il cui onere dovrà essere coperto con risorse finanziarie aggiuntive".

Si è pertanto proceduto a raggiungere una intesa con l'Università di Roma La Sapienza (Accordo del 24 Agosto) al fine di concordare le linee per il rilancio e il riequilibrio finanziario del Policlinico.

Sono state condivise in particolare alcune linee che rappresentano il presupposto del piano di risanamento orientate principalmente verso una politica di decentramento, peraltro già avviata con la istituzione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea finalizzata alla seconda facoltà di medicina.

E' stata inoltre concordato un ridimensionamento dei posti letto presso il Policlinico Umberto I attraverso il decentramento in altre strutture ospedaliere di Aziende USL non insistenti nella città di Roma.

Si trasmette, pertanto, il Piano di risanamento, di cui si è data ampia informazione alle forze sindacali, che individua quale obiettivo principale il raggiungimento dell'equilibrio economico - finanziario attraverso un attento processo di razionalizzazione organizzativa e funzionale volto alla riqualificazione e valorizzazione delle attività assistenziali di un Policlinico Universitario in coerenza con le attività di ricerca e formazione che ne costituiscono presupposto imprescindibile.

E' da segnalare inoltre che Regione ed Università sono impegnate da tempo nella stesura del Protocollo d'intesa, al fine di individuare strategie, modalità, strumenti e termini per la realizzazione degli obiettivi del Piano di risanamento in conformità ai contenuti dell'Accordo dell'8 agosto u. s..

Si sottopone quindi alla particolare attenzione della S.V. la richiesta di un finanziamento aggiuntivo, ai sensi dell'accordo sopra richiamato di 143 mld. per l'anno 2002, di 90 mld. per il 2003, di 37 mld. per il 2004 e 15 mld. per il 2005.

A tali importi occorre aggiungere 199 mld. per l'anno 2000 e 198 mld. per l'anno 2001 a copertura dei disavanzi relativi alle annualità precedenti la stipula del protocollo d'intesa di cui all'art. 10 del DPCM 24/5/2001.

In relazione al monitoraggio dell'attuazione del piano risanamento da realizzarsi tra Regione, Università e Governo, potranno valutarsi gli eventuali oneri aggiuntivi a carico degli esercizi successivi al 2002.

Cordiali saluti.

Francesco Storace

PAGINA BIANCA

POLICLINICO UMBERTO I

PROPOSTA PER UN PIANO DI RISANAMENTO DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

28 settembre 2001

PAGINA BIANCA

PROPOSTA PER UN PIANO DI RISANAMENTO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI DELL'AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I

(Accordo tra Governo e Regione dell'8 agosto2001)

PREMESSA

Il presente piano discende da quanto previsto nell'accordo dell'8 agosto u.s. tra Governo e Regioni in materia sanitaria, che all'art.13, su richiesta del Presidente della Regione Lazio e parere conforme della Conferenza Stato–Regioni, per gli oneri connessi ai policlinici a gestione diretta, si impegna a definire uno specifico stanziamento pluriennale.

Contestualmente il Governo riconferma la piena riconduzione delle attività assistenziali del Policlinico alla programmazione regionale, per cui il Presidente della Giunta Regionale del Lazio e l'Assessore regionale alla salvaguardia della salute hanno incaricato questa Direzione Generale di elaborare una proposta di piano di risanamento che viene di seguito illustrata.

La proposta stessa prende le mosse da un complesso processo di valutazione delle attività dell'Azienda, dopo la sua istituzione a seguito del D. L.gsv. 517/99 e della relativa programmazione già presentata alla Regione Lazio in documenti riguardanti il piano strategico pluriennale, il piano degli investimenti ed il piano economico finanziario; tali documenti hanno costituito la fonte conoscitiva per l'elaborazione della presente proposta e dell'allegato documento programmatico, che prendono le mosse, invece, dagli specifici indirizzi dettati dalla Regione Lazio, che vengono di seguito riassunti.

OBIETTIVI DEL PIANO DI RISANAMENTO E RELATIVE AZIONI PROGRAMMATICHE

L'obiettivo generale perseguito dalla proposta è quello di ricondurre all'equilibrio finanziario l'Azienda Policlinico Umberto I° entro il limite temporale del triennio 2002-2004.
In detto lasso di tempo la Regione ha indicato come obiettivo prioritario il trasferimento di 800 dei 1700 posti letto di degenza ordinaria, attualmente operativi nel Policlinico, secondo la seguente ripartizione:
- 450 posti letto all'Ospedale S. Andrea.
- 100 posti letto all'Ospedale di Bracciano (questi posti dovranno essere attivati con il personale docente afferente alla II Facoltà dell'Università la Sapienza).
- 250 posti letto all'Azienda Sanitaria Locale di Latina (con il personale docente della I Facoltà dell'Università La Sapienza).

L'altro indirizzo generale della pianificazione recepito da questa Direzione Generale è stato quello di individuare parametricamente per i posti letto trasferiti una dotazione organica di personale delle varie categorie e posizioni funzionali adeguata al loro corretto funzionamento, in modo tale da non esportare e distribuire nelle sedi periferiche importanti fattori di improduttività attualmente presenti nel Policlinico: in particolare per quanto attiene al S. Andrea si è preso atto della puntuale programmazione già effettuata dall'Azienda stessa.

Detti indirizzi regionali sono evidentemente tesi ad eliminare, con il gigantismo del Policlinico, un fondamentale ostacolo all'efficienza complessiva del sistema specie in termini di gestione amministrativa, di organizzazione e di umanizzazione della struttura.

Con il documento programmatico viene presentato anche un piano di investimenti per gli aspetti tecnologici e strutturali la cui realizzazione, è fortemente connessa ai tempi di attuazione al programma dei trasferimenti di servizi ad altre strutture ospedaliere ed all'individuazione di aree polmone dove far ruotare temporaneamente i servizi di assistenza che resteranno al Policlinico. Il piano di ristrutturazione è complementare e necessario al piano di risanamento stesso e darà ulteriori effetti positivi al momento del suo completamento.

La proposta che viene di seguito presentata assume che non vi sia nessun adeguamento tariffario durante il periodo preso in considerazione; questa ipotesi rappresenta un'assunzione conservativa che rende maggiormente credibili le proposte di intervento formulate nel presente piano di risanamento.

Interventi di revisione tariffaria, recentemente ipotizzate dal Ministro della Sanità, che ha riconosciuto l'inadeguatezza degli attuali livelli tariffari in rapporto ai costi di produzione sostenuti sia dalle strutture pubbliche sia da quelle private, rappresenterebbero un ulteriore elemento positivo nel percorso di risanamento presentato.

ESAME DEL PIANO

a) IPOTESI DI BASE

ASSUNZIONI PER L'ELABORAZIONE

Si è ritenuto di sviluppare un'ipotesi di base del "piano di risanamento" che esplicitasse gli effetti sulla gestione del Policlinico derivanti direttamente dagli indirizzi generali citati e cioè dal Piano di decentramento dei posti letto, **senza distribuzione dei fattori di inefficienza legati al personale**, ed eliminando la quota relativa dei costi di gestione, in modo direttamente proporzionale alla riduzione dei posti letto.

Le altre assunzioni per l'elaborazione di questa ipotesi di base sono le seguenti:

- **La produttività** (complessità e volumi dell'attività assistenziale) rimane costante (proporzionalmente al diminuire dei posti letto) nell'arco del periodo di tempo considerato;
- **Gli esuberi** di personale restano a carico del Policlinico. Detti esuberi sono stati determinati attribuendo un parametro personale/posto-letto di 3,46 all'Ospedale S. Andrea, così come è programmato dall'Azienda, di 2,2/pl all'Azienda Sanitaira Locale di Latina e di 1,8/pl all'ospedale di Bracciano, in considerazione del fatto che negli ultimi due ospedali si trasferiranno prevalentemente reparti clinici, ovvero senza i servizi diagnostici e terapeutici comuni (laboratori, camere operatorie, ecc...) nonché i servizi non sanitari.
- **Gli acquisti** di beni e servizi trascinano un'inefficienza progressiva per effetto dei contratti pluriennali stipulati dalla precedente amministrazione e difficilmente rimodulabili.
- **La tempistica** relativa al piano di decentramento, previ colloqui con i direttori generali delle Aziende interessate, è stata così ipotizzata:
  - Entro il 31.12.02, si prevede l'assegnazione di 225 pl ordinari e relativo personale all'Azienda S. Andrea e di 100 pl ordinari all'Azienda Sanitaria Locale di Latina.
  - Entro il 1° trimestre 2003, il completamento del trasferimento dei posti letto e del relativo personale alle stesse Aziende (rispettivamente 450 e 250 posti letto).
  - Entro il 1° trimestre 2004, la cessione degli ultimi 100 pl ordinari e relativo personale all'ospedale di Bracciano.

Questi tempi non sono definiti soltanto in funzione delle disponibilità organizzative e strutturali delle aziende di riferimento, ma dipendono anche dalla assoluta esigenza di garantire la funzionalità del Policlinico durante le complesse fasi del trasferimento. Periodo, peraltro, durante il quale, come successivamente si vedrà, per l'attuazione del piano di risanamento occorre, contemporaneamente ai trasferimenti stessi, migliorare la produttività del Policlinico. Deve essere chiaro, a questo proposito, che le modalità di trasferimento attualmente previste, cioè su base volontaria e individuale e non di interi servizi predefiniti, penalizzerà in modo evidente l'intera operazione. I trasferimenti in questione pertanto sono previsti nell'arco temporale di 2 anni e mezzo (autunno 2001 – primavera 2004)

RISULTATI OPERATIVI ED ECONOMICO FINANZIARI

Il risultato complessivo di questa ipotesi evidenzia una perdita a fine periodo di circa 150 mld che, pur inferiore ai circa 200 mld stimati in partenza, sono in realtà proporzionalmente superiori, passando dal 41% al 48% del volume d'affari.

Il che conferma che **il puro decentramento dei posti letto, senza interventi strutturali su politiche sanitarie e su fattori organizzativi e produttivi, non farebbe altro che aggravare le condizioni gestionali e la posizione di mercato dell'Azienda** (gli unici non rilevanti miglioramenti economico-finanziari sono dovuti al recepimento nel piano di quanto previsto nell'articolo 17 del citato atto di Governo relativo alle risorse previste per gli oneri relativi all'esclusività di rapporto per la componente universitaria delle aziende miste dei policlinici; inoltre, il turn over del personale per pensionamenti, viene rimpiazzato solo in modo parziale e mirato).

Per quanto riguarda il personale, l'ipotesi di base porta ad una dotazione di personale per i 900 pl risultanti di circa 4000 unità, determinando l'aumento del parametro personale /posti letto dal valore iniziale di 3,84 a quello finale di 4,44.

Il che, indicando il corretto parametro in 3,53, porta a definire l'esubero del personale in circa 800 unità (l'indice personale/posti letto di 3,46 del S. Andrea nasce da una elaborazione della pianta organica ed è quindi stato derivato con metodologia induttiva dalla programmazione dell'attività assistenziale di un Policlinico universitario. L'indice di 3,53 attribuito al Policlinico Umberto I° è parametrico e si colloca a metà fra l'attuale valore di 3,9 ed quello riferito dalla Regione per l'Azienda S. Camillo, di circa 3. Il permanere di tale differenza è di certo legata alla maggiore complessità dettata dalla integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza, ma anche, per il personale medico, la differenza esistente nel monte ore dedicato settimanalmente all'assistenza – 28 ore – rispetto agli ospedalieri – 38 ore).

Nelle tabelle è riportata la composizione del personale, suddiviso in personale universitario, personale di derivazione regionale e altro.

L'esubero risultante è stato definito in circa 90 dirigenti di unità complesse, in circa 300 dirigenti medici di unità semplici ed in circa 400 unità tecnico-amministrative (con prevalenza di impiegati dell'area amministrativa).

Il costo per l'azienda di questo esubero, calcolato con le indennità aggiuntive (ex articolo 31), che l'azienda affronta per le attività assistenziali del Policlinico, ammonta a oltre 45 miliardi.

Detti maggiori costi, così calcolati, trovano riscontro nella valutazione dei 150 servizi maggiormente improduttivi, il cui personale medico e non medico, da solo, assorbe circa 40 miliardi di costi del personale, con meno di 5 miliardi di ricavi. Detto esubero, specie per quanto riguarda i medici, non può essere messo assolutamente in rapporto con la "specificità universitaria" del Policlinico perché i medici universitari operanti in esso sono del 50% più numerosi della media dei maggiori policlinici universitari italiani.

Questi risultati, determinati dal decentramento della struttura alla fine del periodo considerato dal piano, costituiscono la base sulla quale si sono fondate le assunzioni di risanamento economico-finanziario contenute nella seguente proposta di risanamento.

In conclusione, il risultato di esercizio del 2004, mostra un disavanzo di 150 miliardi per le attività di 900 posti letto, cioè il 48% del totale dei ricavi, laddove il Policlinico, attualmente, con 1700 posti letto operativi, ha circa 200 miliardi di deficit, pari al 41% dei ricavi.

Lo si ripete, questa è la logica e diretta conseguenza dell'aver ipotizzato il mantenimento nella struttura di tutti i fattori di improduttività.

Ipotesi base

Assunzioni

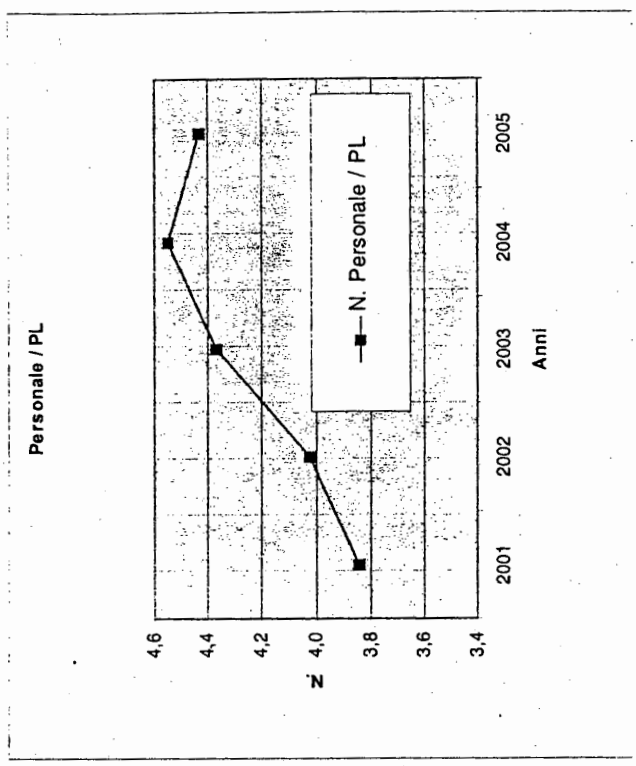
- Vengono trasferiti nel periodo 800 PL
- La produttività rimane costante nell'arco del periodo
- Gli esuberi di personale restano a carico del Policlinico
- Gli acquisti di beni e servizi si trascinano un'inefficienza progressiva per effetto dei contratti pluriennali

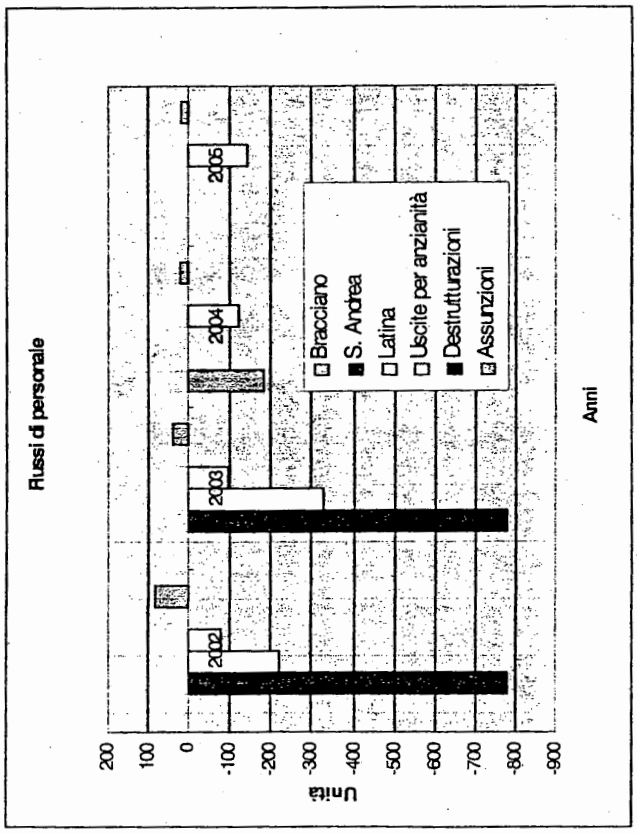
Policlinico Umberto I

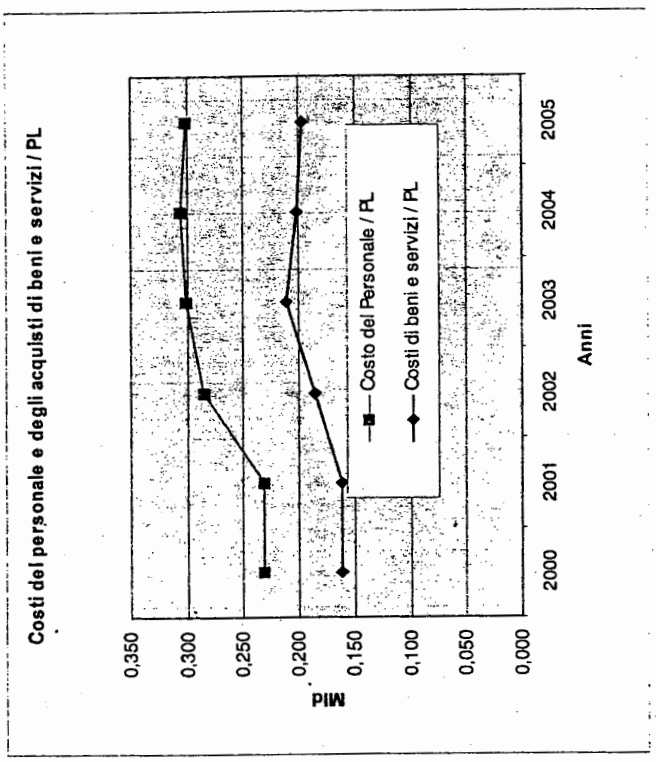
IPOTESI BASE

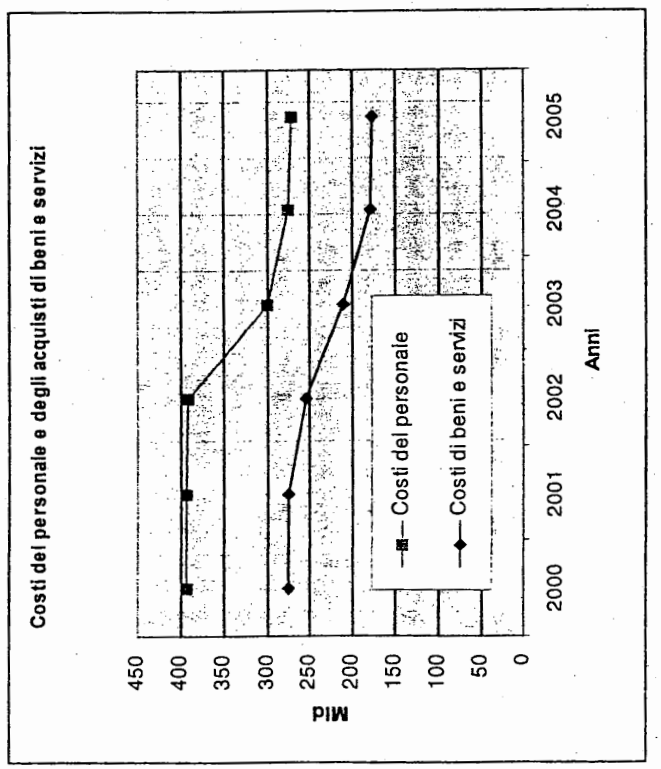
Piano economico finanziario 2000-2005
(Importi in Miliardi di Lire)

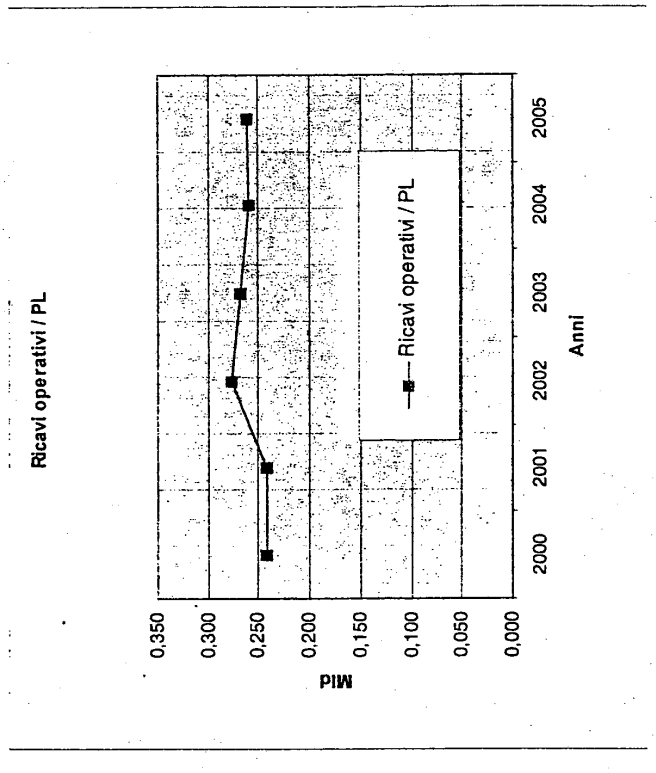
	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%
Ricavi :												
- Contributi Regionali a dest.indistinta	410,88	84,7%	411,48	84,8%	380,10	81,4%	268,48	76,2%	233,02	74,2%	234,44	74,3%
- Altri contributi	52,64	10,9%	52,39	10,8%	52,39	11,2%	52,39	14,9%	52,39	16,7%	52,39	16,6%
- Contributi Statali (Ind. Esclusività Rapporto)		0,0%		0,0%	16,00	3,4%	14,00	4,0%	12,00	3,8%	12,00	3,8%
- Proventi da servizi	20,74	4,3%	20,62	4,3%	18,02	3,9%	17,02	4,8%	16,02	5,1%	16,02	5,1%
- Altri ricavi	0,62	0,1%	0,50	0,1%	0,50	0,1%	0,50	0,1%	0,50	0,2%	0,50	0,2%
Totale ricavi	**484,88**	100,0%	**484,99**	100,0%	**467,01**	99,9%	**352,38**	99,9%	**313,93**	99,8%	**315,35**	99,8%
Costi:												
- Personale Univesitario	221,63	45,7%	221,55	45,7%	218,88	46,9%	165,61	47,0%	151,41	48,2%	148,87	47,2%
- Personale Aziendale	111,41	23,0%	111,37	23,0%	113,08	24,2%	88,50	25,1%	82,07	26,1%	80,52	25,5%
- Altro personale	61,29	12,6%	61,27	12,6%	60,89	13,0%	46,05	13,1%	41,78	13,3%	40,99	13,0%
Sub totale costi personale	**394,33**	81,3%	**394,19**	81,3%	**392,84**	84,1%	**300,16**	85,2%	**275,26**	87,7%	**270,39**	85,7%
- Acquisti di beni sanitari fissi	25,35	5,2%	25,35	5,2%	25,35	5,4%	25,35	7,2%	25,35	8,1%	25,35	8,0%
- Acquisti di beni sanitari variabili	132,20	27,3%	132,20	27,3%	119,62	25,6%	92,61	26,3%	74,32	23,7%	70,46	22,3%
- Acquisti di beni non sanitari	15,43	3,2%	15,43	3,2%	13,96	3,0%	10,81	3,1%	8,68	2,8%	8,22	2,6%
- Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni	101,01	20,8%	101,01	20,8%	95,96	20,5%	81,72	23,2%	72,14	23,0%	72,50	23,0%
Sub totale acquisti di beni e servizi	**273,99**	**56,5%**	**273,99**	**56,5%**	**254,89**	**54,6%**	**210,49**	**59,7%**	**180,49**	**57,5%**	**176,54**	**56,0%**
- Godimento di beni di terzi	3,77	0,8%	3,77	0,8%	3,41	0,7%	2,64	0,8%	2,12	0,7%	2,01	0,6%
- Acquisti di servizi sanitari	3,45	0,7%	3,45	0,7%	3,12	0,7%	2,41	0,7%	1,94	0,6%	1,84	0,6%
- Ammortamenti	3,10	0,6%	3,10	0,6%	2,81	0,6%	2,17	0,6%	1,74	0,6%	1,65	0,5%
- Spese G&A e di direzione	5,60	1,2%	5,60	1,2%	5,06	1,1%	3,92	1,1%	3,15	1,0%	2,98	0,9%
- Oneri/(Proventi) finanziari	0,12	0,0%	0,12	0,0%	0,11	0,0%	0,09	0,0%	0,07	0,0%	0,07	0,0%
Totale costi	**684,36**	2,79	**684,22**	2,79	**662,25**	2,81	**521,89**	2,93	**464,77**	2,93	**455,48**	2,86
Risultato di esercizio	**(199,48)**	-41,1%	**(199,23)**	-41,1%	**(195,25)**	-41,8%	**(169,50)**	-48,1%	**(150,84)**	-48,0%	**(140,13)**	-44,4%

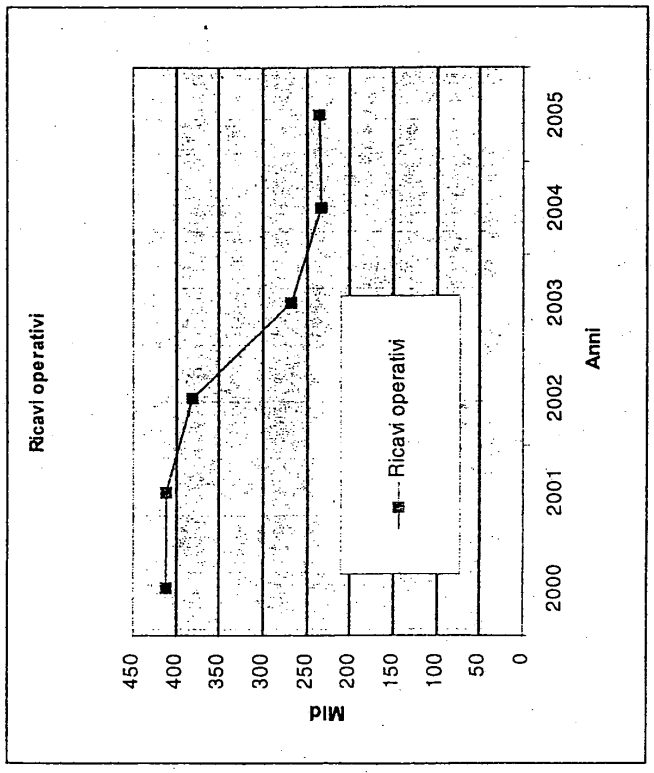

Personale / PL
N.
4,6
4,4
4,2
4,0
3,8
3,6
3,4
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
N. Personale / PL

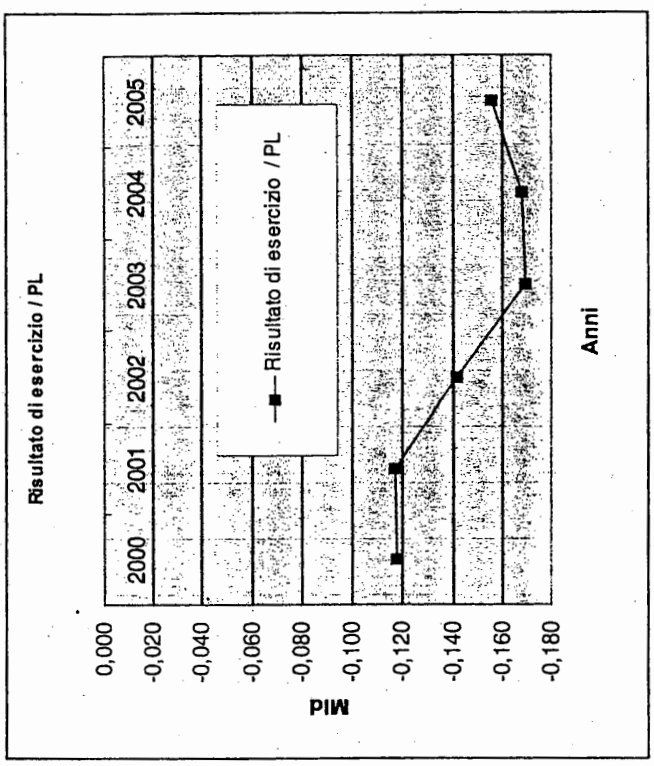

Flussi di personale
Unità
200
100
0
-100
-200
-300
-400
-500
-600
-700
-800
-900
2002
2003
2004
2005
Anni
Bracciano
S. Andrea
Latina
Uscite per anzianità
Destrutturazioni
Assunzioni

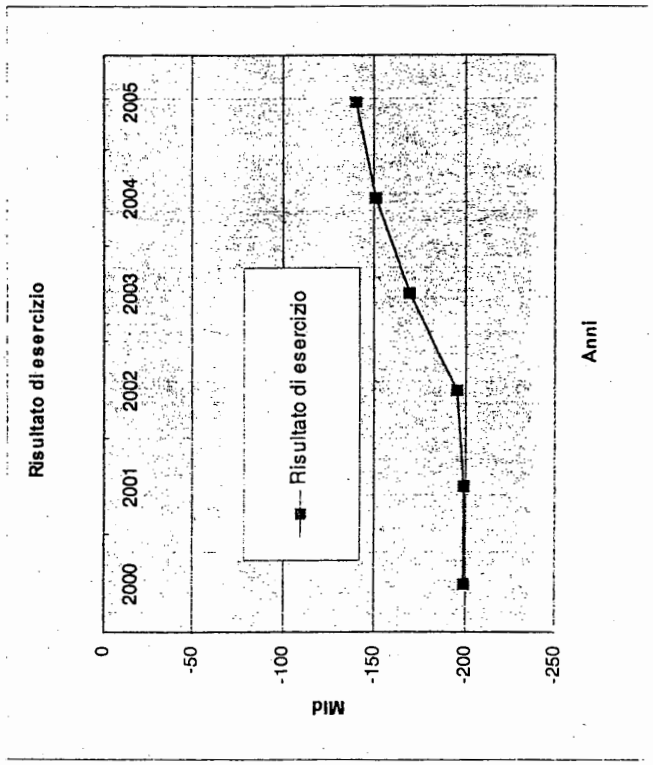

Costi del personale e degli acquisti di beni e servizi / PL
Mld
0,350
0,300
0,250
0,200
0,150
0,100
0,050
0,000
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Costo del Personale / PL
Costi di beni e servizi / PL

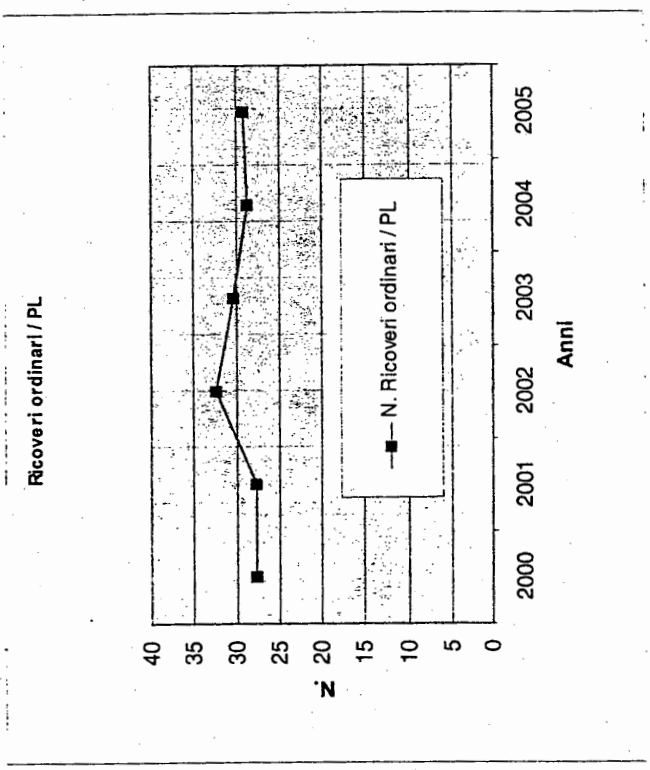

Costi del personale e degli acquisti di beni e servizi
Mld
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Costi del personale
Costi di beni e servizi

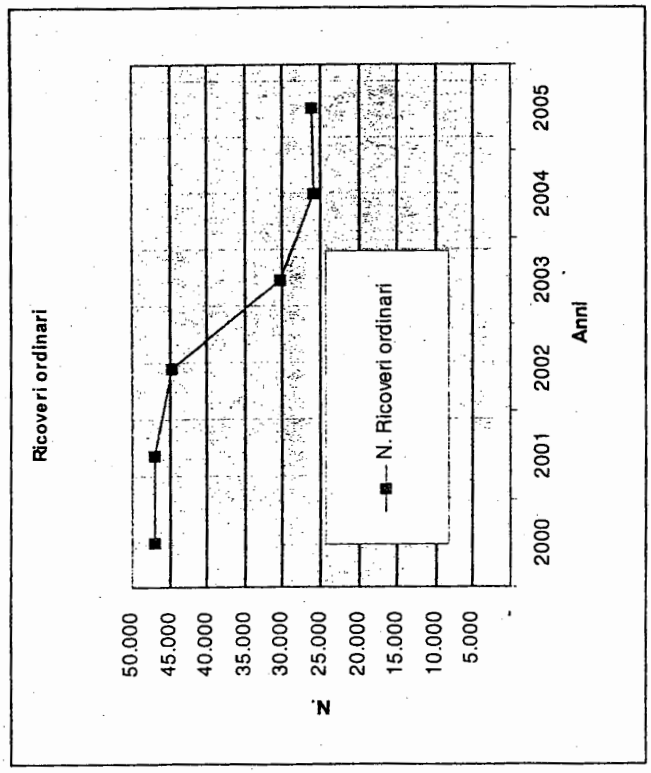

Ricavi operativi / PL
Ricavi operativi / PL
Anni
Mld
0,350
0,300
0,250
0,200
0,150
0,100
0,050
0,000
2000
2001
2002
2003
2004
2005


Ricavi operativi
Ricavi operativi
Anni
Mld
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
2000
2001
2002
2003
2004
2005


Risultato di esercizio / PL
Risultato di esercizio / PL
2000
2001
2002
2003
2004
2005
0,000
-0,020
-0,040
-0,060
-0,080
-0,100
-0,120
-0,140
-0,160
-0,180
Mld
Anni

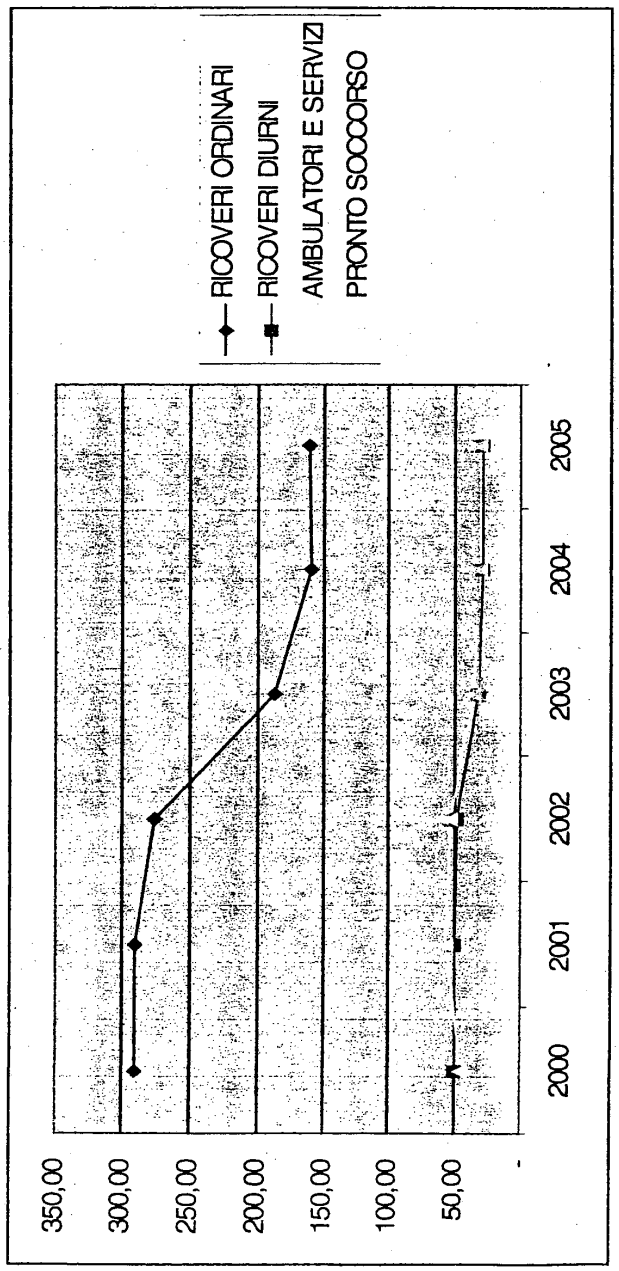

Risultato di esercizio
Risultato di esercizio
2000
2001
2002
2003
2004
2005
0
-50
-100
-150
-200
-250
Mld
Anni


Ricoveri ordinari / PL
N. Ricoveri ordinari / PL
N.
Anni
0
5
10
15
20
25
30
35
40
2000
2001
2002
2003
2004
2005


Ricoveri ordinari
N. Ricoveri ordinari
N.
Anni
5.000
10.000
15.000
20.000
25.000
30.000
35.000
40.000
45.000
50.000
2000
2001
2002
2003
2004
2005

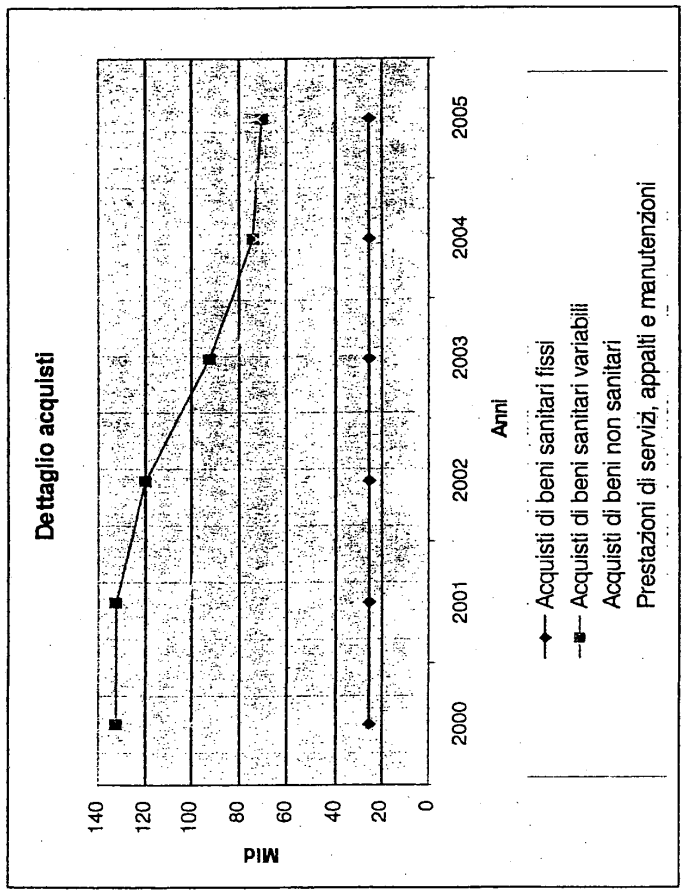
Dettaglio ricavi

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ricoveri ordinari	290,62	290,62	275,66	187,43	159,47	160,99
Ricoveri diurni	49,92	49,92	47,62	33,06	28,44	28,44
Ambulatori e servizi	44,58	55,79	53,12	35,89	30,36	30,36
Pronto soccorso	32,30	32,30	32,30	32,30	32,30	32,30
CONTRIBUTI A DEST.INDISTINTA	410,88	411,48	380,10	268,48	233,02	234,44
RICAVI TOTALI	**484,88**	**484,99**	**467,01**	**352,38**	**313,93**	**315,35**



Dettaglio acquisti

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acquisti di beni sanitari fissi	**25,35**	**25,35**	**25,35**	**25,35**	**25,35**	**25,35**
Acquisti di beni sanitari variabili	**132,20**	**132,20**	**119,62**	**92,61**	**74,32**	**70,46**
1. Medicinali e galenici	35,33	35,33	31,97	24,75	19,86	18,83
2. Prodotti di laboratorio per analisi	16,29	16,29	14,74	11,41	9,16	8,68
3. Presidi sanitari e chirurgici	49,04	49,04	44,38	34,35	27,57	26,14
4. Materiale sanitario di consumo	9,30	9,30	8,41	6,51	5,23	4,95
5. Altri beni sanitari	22,25	22,25	20,13	15,58	12,51	11,86
Acquisti di beni non sanitari	**15,43**	**15,43**	**13,96**	**10,81**	**8,68**	**8,22**
1. Generi alimentari	7,25	7,25	6,56	5,08	4,07	3,86
2. Cancelleria	1,37	1,37	1,24	0,96	0,77	0,73
3. Materiale di pulizia	1,57	1,57	1,42	1,10	0,88	0,84
4. Altri materiali non sanitari	5,25	5,25	4,75	3,68	2,95	2,80
Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni	**101,01**	**101,01**	**95,96**	**81,72**	**72,14**	**72,50**
1. Consulenze e servizi vari	7,71	7,71	7,32	6,24	5,51	5,53
2. Utenze	11,99	11,99	11,39	9,70	8,56	8,61
3. Servizi di pulizia locali	12,81	12,81	12,17	10,37	9,15	9,20
4. Servizio di gestione termica	14,06	14,06	13,36	11,37	10,04	10,09
5. Servizio di noleggio di lavanderia e biancheria	11,35	11,35	10,78	9,18	8,11	8,15
6. Altri appalti	21,60	21,60	20,52	17,48	15,43	15,51
7. Manutenzioni e riparazioni terreni e fabbricati	9,89	9,89	9,39	8,00	7,06	7,10
8. Manutenzioni e riparazioni impianti e macchinari	3,66	3,66	3,47	2,96	2,61	2,62
9. Manutenzioni e riparazioni attrezzature sanitarie	7,02	7,02	6,67	5,68	5,02	5,04
10. Altre manutenzioni (mezzi di trasp., attrezz., mobili)	0,92	0,92	0,88	0,75	0,66	0,66
TOTALE ACQUISTI BENI E SERVIZI	**273,99**	**273,99**	**254,89**	**210,49**	**180,49**	**176,54**


Dettaglio acquisti
Mld
140
120
100
80
60
40
20
0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Acquisti di beni sanitari fissi
Acquisti di beni sanitari variabili
Acquisti di beni non sanitari
Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni

Dettaglio personale - 1

				Flussi 2002						Flussi 2003					
				I Trim	II Trim		III Trim		IV Trim		I Trim		II Trim	III Trim	IV Trim	
Numero di unità	07/2001	Pens.	2001		Pens.	Ass.	S.A.	Lat.		Saldo 2002	S.A.	Lat.	Pens.		Ass.	Saldo 2003
Personale Universitario:																
- Dirig. II livello (*)	307	-12	295		-12	0	-18	-10		255	-18	-15	-5		0	217
- Dirig. I livello (**)	1.213	-5	1.208		-5	0	-160	-40		1.002	-160	-60	-5		0	777
- Altro personale sanitario	2.138	-38	2.100		-9	0	-251	-71		1.769	-251	-106	-14		0	1.398
- Dirigenti non sanitari	128	0	128		0	0	-15	-4		109	-15	-6	0		0	87
- Altro personale non san.	598	-37	561		-5	0	-70	-20		466	-70	-30	-16		0	350
Totale universitari	**4.384**	**-92**	**4.292**		**-31**	**0**	**-515**	**-145**		**3.601**	**-515**	**-217**	**-40**		**0**	**2.829**
Personale aziendale:	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0
- Dirig. II livello	12	0	12		0	0	-1	-0		10	-1	-1	0		0	8
- Dirig. I livello	78	-1	77		-1	30	-9	-3		94	-9	-4	-3		2	80
- Altro personale sanitario	953	-27	926		-15	40	-113	-31		807	-113	-47	-23		20	644
- Dirigenti non sanitari	5	-2	3		-1	2	-1	-0		3	-1	-0	-2		2	2
- Altro personale non san.	470	-15	455		-16	10	-56	-15		378	-56	-23	-14		16	301
Totale aziendali	**1.518**	**-45**	**1.473**		**-33**	**82**	**-180**	**-50**		**1.292**	**-180**	**-74**	**-42**		**40**	**1.036**
Altre categorie:	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0
- Dirig. II livello	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0
- Dirig. I livello	156	0	156		-3	0	-17	-5		130	-17	-8	-3		0	102
- Altro personale sanitario	565	0	565		-9	0	-63	-19		474	-63	-29	-9		0	374
- Dirigenti non sanitari	6	0	6		0	0	-1	-0		5	-1	-0	0		0	4
- Altro personale non san.	38	0	38		-1	0	-4	-1		31	-4	-2	-1		0	24
Totale altre categorie	**765**	**0**	**765**		**-13**	**0**	**-85**	**-26**		**641**	**-85**	**-39**	**-13**		**0**	**505**
TOTALE GENERALE	**6.667**	**-137**	**6.530**		**-77**	**82**	**-780**	**-220**		**5.535**	**-780**	**-330**	**-95**		**40**	**4.370**

Dettaglio personale - 2

Numero di unità	Flussi 2004 I Trim Bracc.	Flussi 2004 II Trim Pens.	Flussi 2004 III Trim	Flussi 2004 IV Trim Ass.	Saldo 2004	Flussi 2005 I Trim	Flussi 2005 III Trim Pens.	Flussi 2005 III Trim	Flussi 2005 IV Trim Ass.	Saldo 2005
Personale Universitario:										
Dirig. II livello (*)	-8	-11		0	197		-15		0	182
Dirig. I livello (**)	-33	-13		0	731		-11		0	720
Altro personale sanitario	-58	-14		0	1.327		-23		0	1.304
Dirigenti non sanitari	-3	0		0	84		0		0	84
Altro personale non sanitario	-16	-21		0	313		-24		0	289
Totale universitari	**-118**	**-59**		**0**	**2.652**		**-73**		**0**	**2.579**
Personale aziendale:	0	0		0	0		0		0	0
Dirig. II livello	-0	0		0	8		0		0	8
Dirig. I livello	-2	-2		0	76		-2		0	74
Altro personale sanitario	-25	-32		12	599		-31		9	577
Dirigenti non sanitari	-0	-3		3	2		-2		2	2
Altro personale non sanitario	-13	-12		8	285		-19		6	272
Totale aziendali	**-41**	**-49**		**23**	**969**		**-54**		**17**	**955**
Altre categorie:	0	0		0	0		0		0	0
Dirig. II livello	0	0		0	0		0		0	0
Dirig. I livello	-4	-3		0	95		-3		0	92
Altro personale sanitario	-16	-9		0	349		-9		0	340
Dirigenti non sanitari	-0	0		0	4		0		0	4
Altro personale non sanitario	-1	-1		0	22		-1		0	21
Totale altre categorie	**-21**	**-13**		**0**	**470**		**-13**		**0**	**457**
TOTALE GENERALE	**-180**	**-121**		**23**	**4.092**		**-140**		**17**	**3.992**

Dettaglio costi del personale

	2001	2002	2003	2004	2005
Personale Universitario:					
- Dirig. II livello	36,12	35,20	28,97	26,62	25,16
- Dirig. I livello	108,95	108,18	79,71	72,67	72,12
- Altro personale sanitario	61,45	60,80	46,00	42,32	42,11
- Dirigenti non sanitari	5,76	5,77	4,43	4,13	4,17
- Altro personale non sanitario	9,27	8,92	6,51	5,67	5,32
Totale universitari	**221,55**	**218,88**	**165,61**	**151,41**	**148,87**
Personale aziendale:					
- Dirig. II livello	2,64	2,64	2,03	1,89	1,91
- Dirig. I livello	13,18	15,66	14,97	14,27	14,08
- Altro personale sanitario	66,70	66,66	50,97	46,85	45,75
- Dirigenti non sanitari	0,64	0,55	0,29	0,17	0,24
- Altro personale non sanitario	28,21	27,56	20,24	18,89	18,54
Totale aziendali	**111,37**	**113,08**	**88,50**	**82,07**	**80,52**
Altre categorie:					
- Dirig. II livello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Dirig. I livello	18,72	18,58	14,01	12,66	12,37
- Altro personale sanitario	39,55	39,33	29,80	27,10	26,65
- Dirigenti non sanitari	0,72	0,72	0,56	0,52	0,53
- Altro personale non sanitario	2,28	2,26	1,68	1,50	1,44
Totale altre categorie	**61,27**	**60,89**	**46,05**	**41,78**	**40,99**
TOTALE GENERALE	**394,19**	**392,84**	**300,16**	**275,26**	**270,39**

b) PROPOSTA DI RISANAMENTO FINANZIARIO AL 2005

ASSUNZIONI PER L'ELABORAZIONE

Il risanamento operativo ed economico finanziario di una qualsiasi azienda, anche ospedaliera, per raggiungere quel "vantaggio competitivo" nel "mercato sanitario" che è l'indice più significativo per valutare le modalità con cui le capacità interne, intese come professionalità esistenti nell'azienda, rispondono con efficacia ed efficienza ai bisogni sanitari della popolazione di riferimento, può essere raggiunto solo combinando il potenziamento delle attività e dei conseguenti ricavi ed il contenimento dei costi.

Partendo dai risultati ottenuti dalla complessa operazione di riduzione e decentramento del numero dei posti letto che si è ipotizzato di completare entro la primavera del 2004 e che comunque abbiamo dimostrato non incidere da sola nel migliorare la produttività per posto letto, si è passato quindi all'individuazione dei correttivi operativi da introdurre nella gestione e nell'organizzazione del Policlinico sin dal 2002, alcuni dei quali, per provvedimenti di emergenza sono già stati richiesti alla regione ed avviati da questa direzione.

Questi interventi per il risanamento, quindi, sono stati orientati, in modo armonico, su queste direttrici fondamentali:

- Il primo obiettivo dell'Azienda per migliorare l'efficienza produttiva è strettamente inerente alla missione di centro di riferimento e/o di eccellenza di un Policlinico Universitario, cioè quello di **migliorare la qualità delle prestazioni (anche in termini di complessità) ed il loro stesso volume**: in tal modo peraltro si tende a ridurre la migrazione passiva tuttora esistente nella Regione Lazio.
  Si è quindi programmato di poter incrementare in modo progressivo nel periodo i ricoveri per posto letto da 27,7 a 34,4 (indice di rotazione del posto letto); contestualmente la degenza media è stata programmata con una riduzione significativa da 10,6 a circa 9 giorni. Tale riduzione è coerente con gli indicatori di attività rilevati in altri Policlinici universitari presenti sul territorio nazionale ed è principalmente attribuibile alla maggiore complessità assistenziale che tali strutture sono in grado di svolgere. Inoltre, è necessario considerare il potenziale impatto che le attività di didattica e di ricerca esercitano sull'assistenza, anche in termini di prolungamento della durata di degenza. L'ipotesi di abbattimento dei tempi di degenza è, comunque, conservativa e non tiene conto di possibili riduzioni realizzabili in funzione di trasferimenti di attività verso altri livelli assistenziali. Tuttavia, la previsione tiene conto dell'attuale organizzazione strutturale delle attività assistenziali che

soffre di inefficienze distributive ed organizzative legate alle distanze fisiche che separano le attività cliniche e diagnostiche.
Non si è invece programmato un aumento delle attività ambulatoriali, essendo dette attività già a livelli adeguati di efficienza.
L'attività di pronto soccorso è stata mantenuta invariata rispetto alle attuali prestazioni non potendosi ipotizzare, ovviamente, una riduzione dell'attrazione esercitata dalla struttura sulla popolazione, così mantenendo l'attuale standard di servizio per i cittadini.
Il secondo intervento prioritario è finalizzato a **razionalizzare in maniera significativa l'acquisto di beni e servizi**, attraverso i seguenti meccanismi: rinegoziazione dei contratti in essere, revisione dei prezzi, rimodulazione dei capitolati di appalto ed ottimizzazione dei consumi.
Il terzo intervento programmato è finalizzato alla **riduzione del costo del personale** in funzione della individuazione di un esubero di circa 800 unità, definito in precedenza.
Per detto personale l'atto di governo citato prevede strumenti normativi e finanziari atti a consentire la riqualificazione, la riconversione, la mobilità anche intersettoriale ed intercompartimentale delle risorse umane che risultassero eventualmente eccedenti a seguito della rideterminazione della programmazione nelle singole realtà regionali.
A tal proposito però è evidente che la composizione degli esuberi nelle varie categorie mostra come gli stessi siano in relazione diretta ed esclusiva con un eccesso nella cosiddetta strutturazione del personale universitario nelle due componenti prevalenti di medici (docenti e non) ed amministrativi.
Avendo definito gli esuberi, con la relativa ripartizione di personale, in modo parametrico, per individuare le modalità con cui possono essere ridotti, si è preso in esame consequenzialmente tutta l'area di improduttività già definita e descritta in 150 primariati, intervenendo, prioritariamente ma non esclusivamente, in questo settore. Sono state così individuate, nel 40% dei primariati in esubero, situazioni, per i livelli di improduttività, di totale inutilità dei servizi stessi per le attività assistenziali dell'azienda, per lo più creati, a fronte di una docenza universitaria, senza alcuna valida motivazione.
Si è quindi ipotizzato di destrutturare, nel 2002, 36 primariati e complessivamente 316 unità di personale, pari al 40% dell'intero esubero. La previsione dell'ulteriore riduzione del 30% nei successivi anni, comunque inclusa nel piano, può essere ricontrattata con i cosiddetti servizi così detti improduttivi, in funzione di una possibile recupero di efficienza degli stessi servizi che si ripercuota favorevolmente sui livelli di assistenza e conseguentemente sull'Azienda. Ciò non significa che servizi che effettuano principalmente se non esclusivamente attività di ricerca, occasionalmente utilizzabili per

l'assistenza non possano essere utilizzati con convenzioni ad hoc per l'apporto di qualità che possono dare alle attività assistenziali.

RISULTATI OPERATIVI ED ECONOMICO FINANZIARI

Come può essere desunto dal piano economico-finanziario riportato nella tabella allegata, il risultato complessivo di detta azione di risanamento porta il deficit dall'attuale 41% dei ricavi al 10% nel 2004.

Dalle tabelle si desume che, in base all'atto di governo citato in premessa, l'ulteriore onere per il Policlinico da inserire in finanziaria, sarebbe di 143 miliardi nel 2002, 90 miliardi nel 2003 e 37 miliardi nel 2004.

Nelle tabelle si evidenzia come siano stati contenuti progressivamente i costi del personale che variano dall'81% al 61% dei ricavi, e dei beni e servizi che vanno dal 56% al 46% dei ricavi (sempre nell'arco del 2002-2004).

Per quanto riguarda i ricavi, si sottolinea che essi si riducono fortemente in funzione della riduzione relativa di posti letto, ma in realtà il forte aumento di produttività previsto dal piano è dimostrato dall'indice "ricavi per posto letto" che passa da 250 milioni circa a circa 320 milioni (attività di degenza ordinaria). Allo stesso tempo, i ricavi totali per posto letto passano da 285 milioni a circa 420 milioni.

Così pure, rapportato ai posti letto, sono riportati nelle tabelle relative i notevoli miglioramenti ottenuti sui costi del personale e sui costi dei beni e servizi, indicati come i maggiori fattori di inefficienza della struttura: il costo del personale per posto letto varia, infatti, da 270 milioni circa nel 2002 a 250 milioni circa nel 2004, a fronte di un incremento dei ricavi medi per unità di personale del 60% (da una media di 74 milioni a circa 119 milioni).

Il costo dei beni e servizi, che, come citato passa dal 56% al 46% dei ricavi, rimane apparentemente allo stesso valore assoluto per posto letto tra il 2002 ed il 2004, cioè a circa 170 milioni, per effetto del forte aumento di produttività (a parità di produttività per posto letto è passato da 170 a circa 135 milioni per posto letto).

Risanamento al 2005

Assunzioni

- Si interviene sull'efficienza produttiva, migliorando i parametri di produzione
- Si ipotizza di destrutturare 790 universitari nel seguente modo:
  - 40% nel 2002 - pari a 316 unità
  - 30% nel 2003 - pari a 237 unità
  - 30% nel 2004 - pari a 237 unità
- Si interviene sull'acquisto di beni e servizi, ipotizzando di poter ricontrattare tutti i contratti pluriennali

Policlinico Umberto I

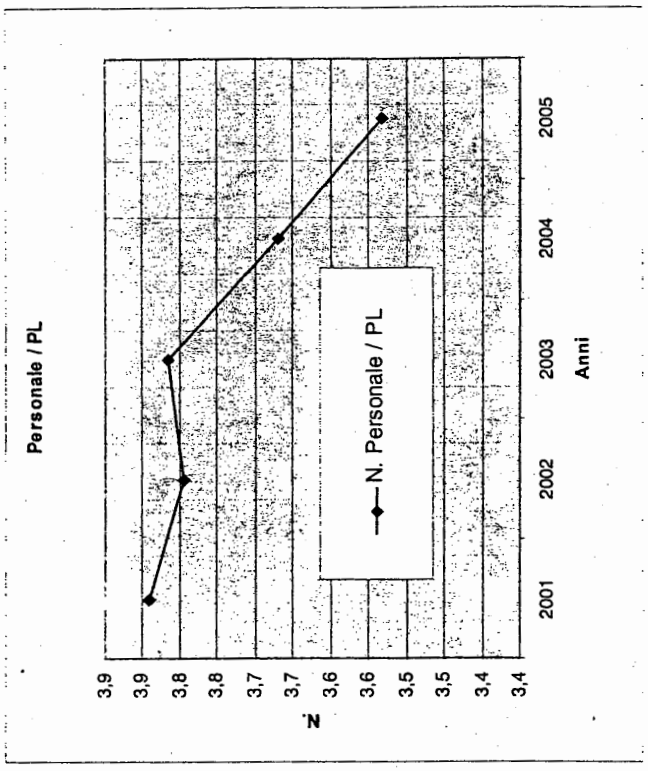
RISANAMENTO AL 2005

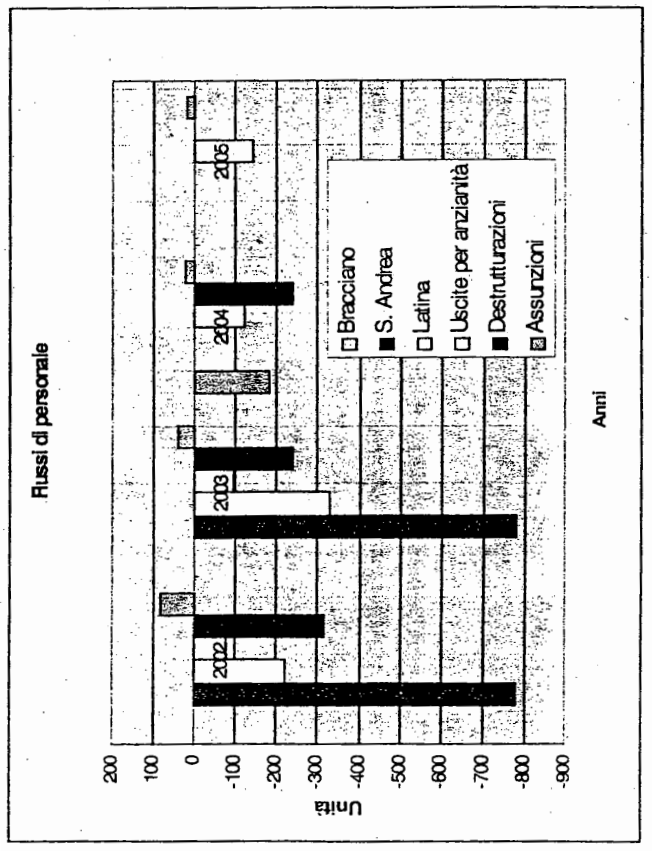
Piano economico finanziario 2000-2005
(Importi in Miliardi di Lire)

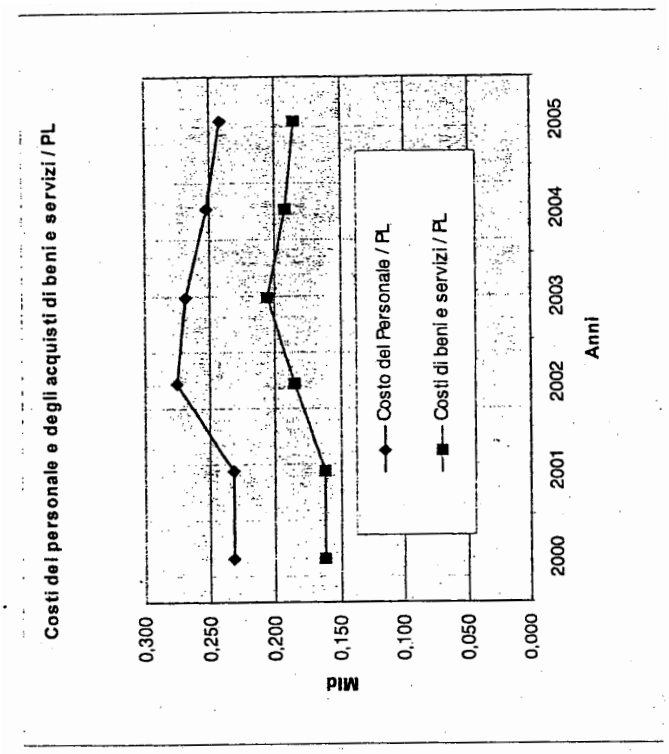
	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%	(Mld di L)	%
Ricavi :												
- Contributi Regionali a dest.indistinta	410,88	*84,7%*	412,00	*84,9%*	416,41	*82,7%*	311,52	*78,8%*	291,27	*78,3%*	297,43	*78,6%*
- Altri contributi	52,64	*10,9%*	52,39	*10,8%*	52,39	*10,4%*	52,39	*13,2%*	52,39	*14,1%*	52,39	*13,8%*
- Contributi Statali (Ind. Esclusività Rapporto)		*0,0%*		*0,0%*	16,00	*3,2%*	14,00	*3,5%*	12,00	*3,2%*	12,00	*3,2%*
- Proventi da servizi	20,74	*4,3%*	20,62	*4,2%*	18,02	*3,6%*	17,02	*4,3%*	16,02	*4,3%*	16,02	*4,2%*
- Altri ricavi	0,62	*0,1%*	0,50	*0,1%*	0,50	*0,1%*	0,50	*0,1%*	0,50	*0,1%*	0,50	*0,1%*
Totale ricavi	**484,88**	*100,0%*	**485,50**	*100,0%*	**503,32**	*99,9%*	**395,43**	*99,9%*	**372,18**	*99,9%*	**378,34**	*99,9%*
Costi:												
- Personale Univesitario	221,63	*45,7%*	221,55	*45,6%*	204,22	*40,6%*	134,47	*34,0%*	104,41	*28,1%*	97,04	*25,6%*
- Personale Aziendale	111,41	*23,0%*	111,37	*22,9%*	113,08	*22,5%*	88,50	*22,4%*	82,07	*22,1%*	80,52	*21,3%*
- Altro personale	61,29	*12,6%*	61,27	*12,6%*	60,89	*12,1%*	46,05	*11,6%*	41,78	*11,2%*	40,99	*10,8%*
Sub totale costi personale	***394,33***	*81,3%*	***394,19***	*81,2%*	***378,19***	*75,1%*	***269,02***	*68,0%*	***228,26***	*61,3%*	***218,56***	*57,8%*
- Acquisti di beni sanitari fissi	25,35	*5,2%*	25,35	*5,2%*	25,35	*5,0%*	25,35	*6,4%*	25,35	*6,8%*	25,35	*6,7%*
- Acquisti di beni sanitari variabili	132,20	*27,3%*	132,20	*27,2%*	119,62	*23,8%*	92,61	*23,4%*	74,32	*20,0%*	70,46	*18,6%*
- Acquisti di beni non sanitari	15,43	*3,2%*	15,43	*3,2%*	13,96	*2,8%*	10,81	*2,7%*	8,68	*2,3%*	8,22	*2,2%*
- Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni	101,01	*20,8%*	101,01	*20,8%*	95,05	*18,9%*	76,53	*19,4%*	63,87	*17,2%*	62,98	*16,6%*
Sub totale acquisti di beni e servizi	***273,99***	***56,5%***	***273,99***	***56,4%***	***253,98***	***50,5%***	***205,29***	***51,9%***	***172,22***	***46,3%***	***167,01***	***44,1%***
- Godimento di beni di terzi	3,77	*0,8%*	3,77	*0,8%*	3,41	*0,7%*	2,64	*0,7%*	2,12	*0,6%*	2,01	*0,5%*
- Acquisti di servizi sanitari	3,45	*0,7%*	3,45	*0,7%*	3,12	*0,6%*	2,41	*0,6%*	1,94	*0,5%*	1,84	*0,5%*
- Ammortamenti	3,10	*0,6%*	3,10	*0,6%*	2,81	*0,6%*	2,17	*0,5%*	1,74	*0,5%*	1,65	*0,4%*
- Spese G&A e di direzione	5,60	*1,2%*	5,60	*1,2%*	5,06	*1,0%*	3,92	*1,0%*	3,15	*0,8%*	2,98	*0,8%*
- Oneri/(Proventi) finanziari	0,12	*0,0%*	0,12	*0,0%*	0,11	*0,0%*	0,09	*0,0%*	0,07	*0,0%*	0,07	*0,0%*
Totale costi	**684,36**	*2,79*	**684,22**	*2,79*	**646,68**	*2,54*	**485,56**	*2,43*	**409,49**	*2,18*	**394,12**	*2,06*
Risultato di esercizio	**(199,48)**	*-41,1%*	**(198,72)**	*-40,9%*	**(143,37)**	*-28,5%*	**(90,13)**	*-22,8%*	**(37,31)**	*-10,0%*	**(15,78)**	*-4,2%*

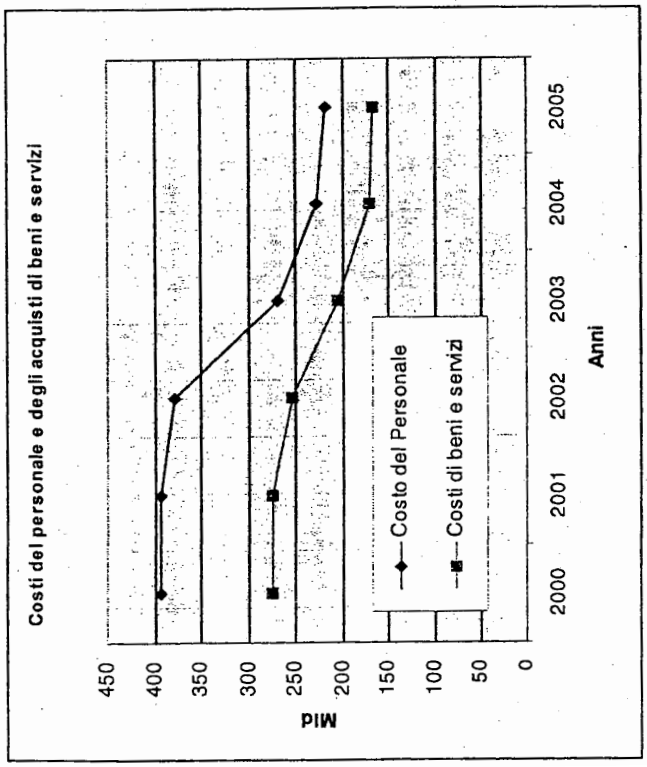
GRAFICI FINALI – risanamento al 2005

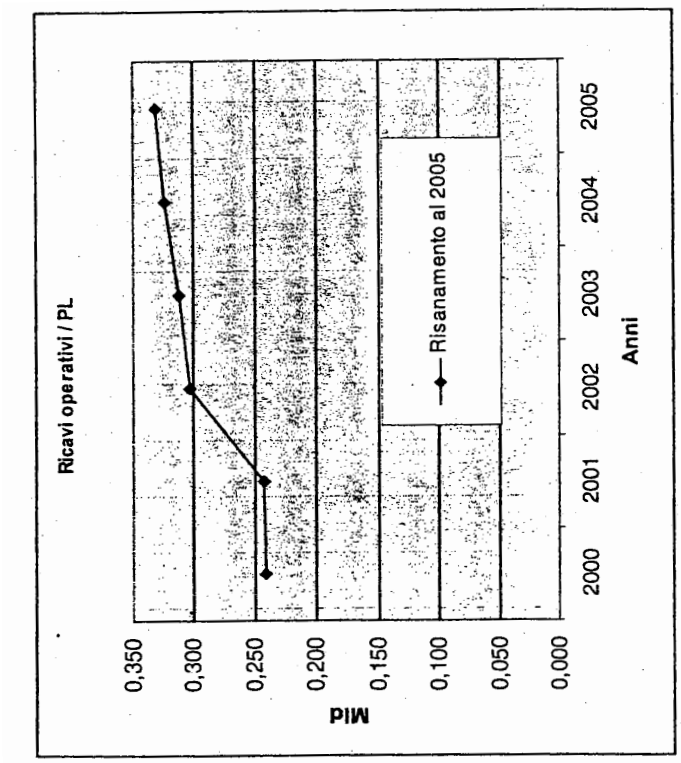
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PL	1.700	1.700	1.375	1.000	900	900
N. Personale		6.530	5.219	3.817	3.302	3.179
N. Personale / PL		3,8	3,8	3,8	3,7	3,5
Costo del Personale	394,3	394,2	378,2	269,0	228,3	218,6
Costo del Personale / PL	0,232	0,232	0,275	0,268	0,252	0,241
Costi di beni e servizi	274,0	274,0	254,0	205,3	172,2	167,0
Costi di beni e servizi / PL	0,161	0,161	0,185	0,205	0,191	0,186
Ricavi operativi	410,9	412,0	416,4	311,5	291,3	297,4
Ricavi operativi / PL	0,242	0,242	0,303	0,312	0,324	0,330
Risultato di esercizio	-199,5	-198,7	-143,4	-90,1	-37,3	-15,8
Risultato di esercizio / PL	-0,117	-0,117	-0,104	-0,090	-0,041	-0,018
N. Ricoveri ordinari	47.068	47.068	43.718	32.068	29.592	30.494
N. Ricoveri ordinari / PL	27,7	27,7	31,8	32,1	32,9	33,9

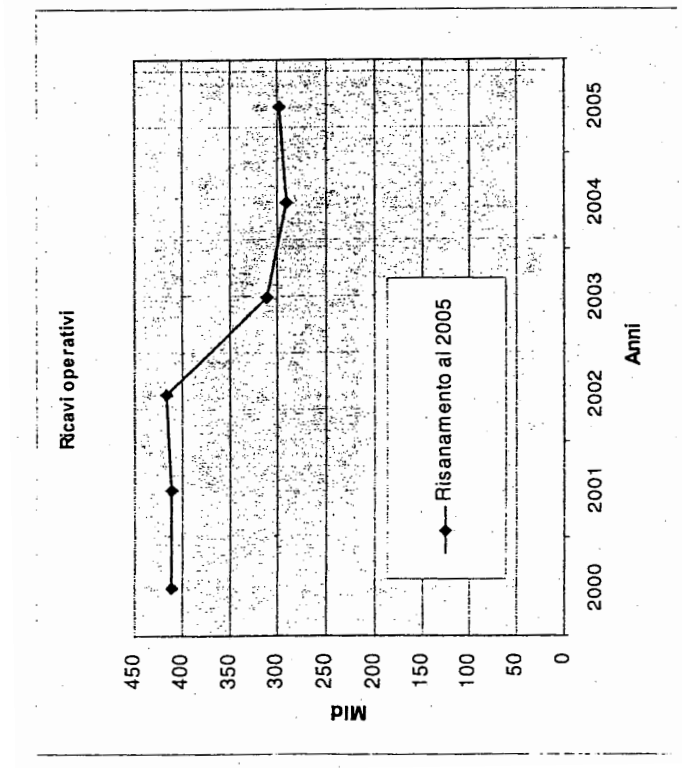

Personale / PL
N.
Anni
N. Personale / PL
3,9
3,8
3,7
3,6
3,5
3,4
2001
2002
2003
2004
2005

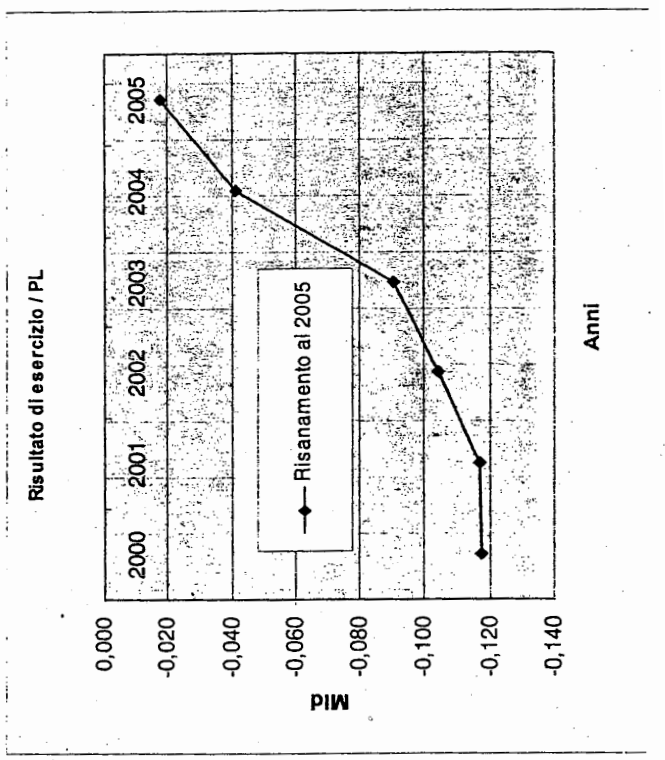

Flussi di personale
Unità
Anni
Bracciano
S. Andrea
Latina
Uscite per anzianità
Destrutturazioni
Assunzioni
200
100
0
-100
-200
-300
-400
-500
-600
-700
-800
-900
2002
2003
2004
2005

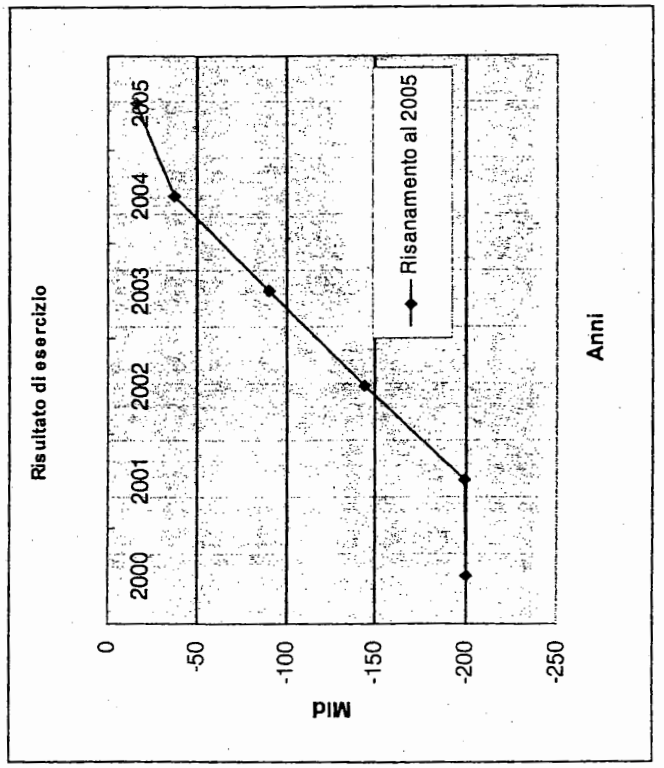

Costi del personale e degli acquisti di beni e servizi / PL
Costo del Personale / PL
Costi di beni e servizi / PL
Anni
Mld
0,300
0,250
0,200
0,150
0,100
0,050
0,000
2000
2001
2002
2003
2004
2005

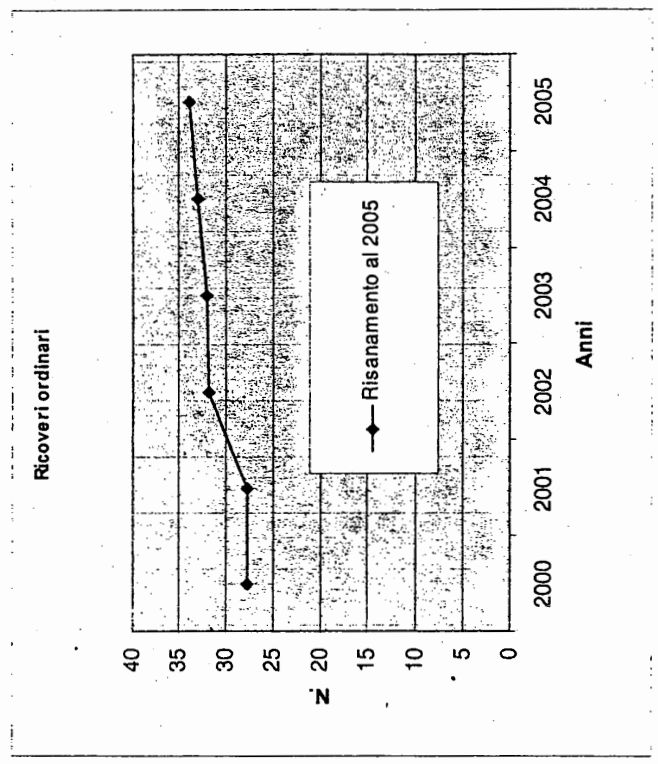

Costi del personale e degli acquisti di beni e servizi
Costo del Personale
Costi di beni e servizi
Anni
Mld
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
2000
2001
2002
2003
2004
2005

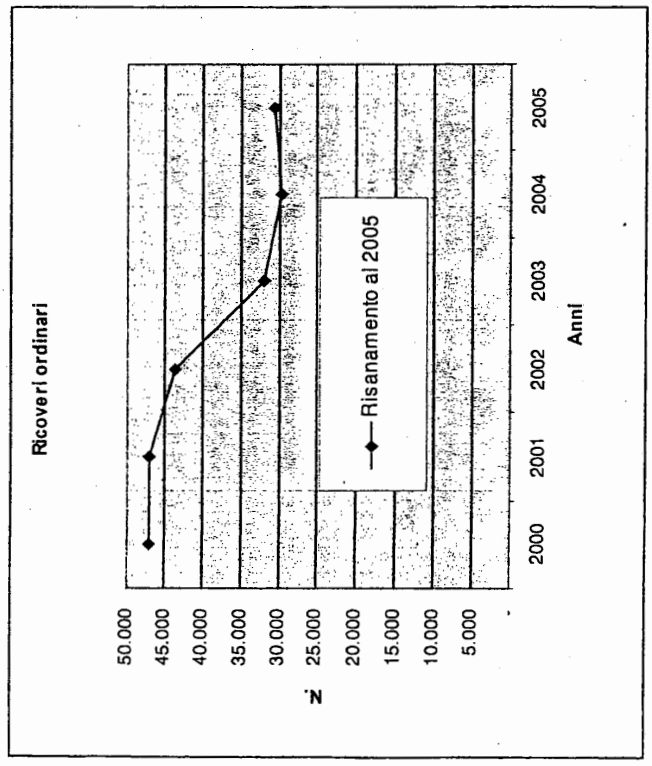

Ricavi operativi / PL
0,350
0,300
0,250
0,200
0,150
0,100
0,050
0,000
MID
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Risanamento al 2005


Ricavi operativi
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
MID
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Risanamento al 2005


Risultato di esercizio / PL
Risanamento al 2005
Anni
MIA
0,000
-0,020
-0,040
-0,060
-0,080
-0,100
-0,120
-0,140
2000
2001
2002
2003
2004
2005

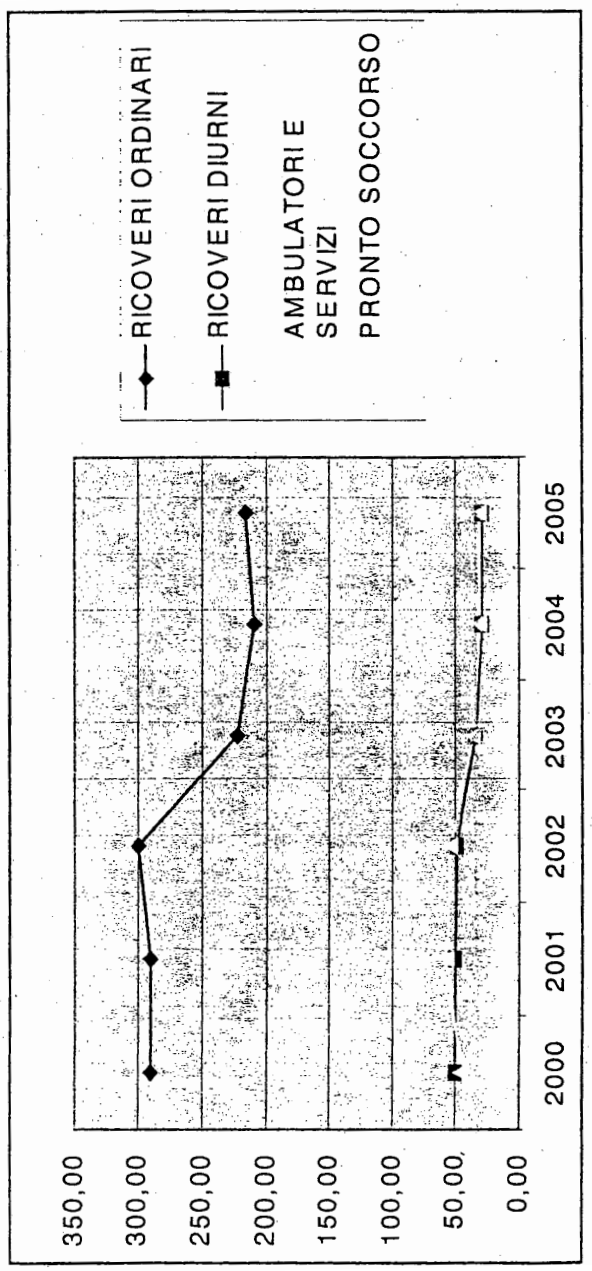

Risultato di esercizio
Risanamento al 2005
Anni
MIA
0
-50
-100
-150
-200
-250
2000
2001
2002
2003
2004
2005


Ricoveri ordinari
N.
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Risanamento al 2005


Ricoveri ordinari
N.
50.000
45.000
40.000
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Risanamento al 2005

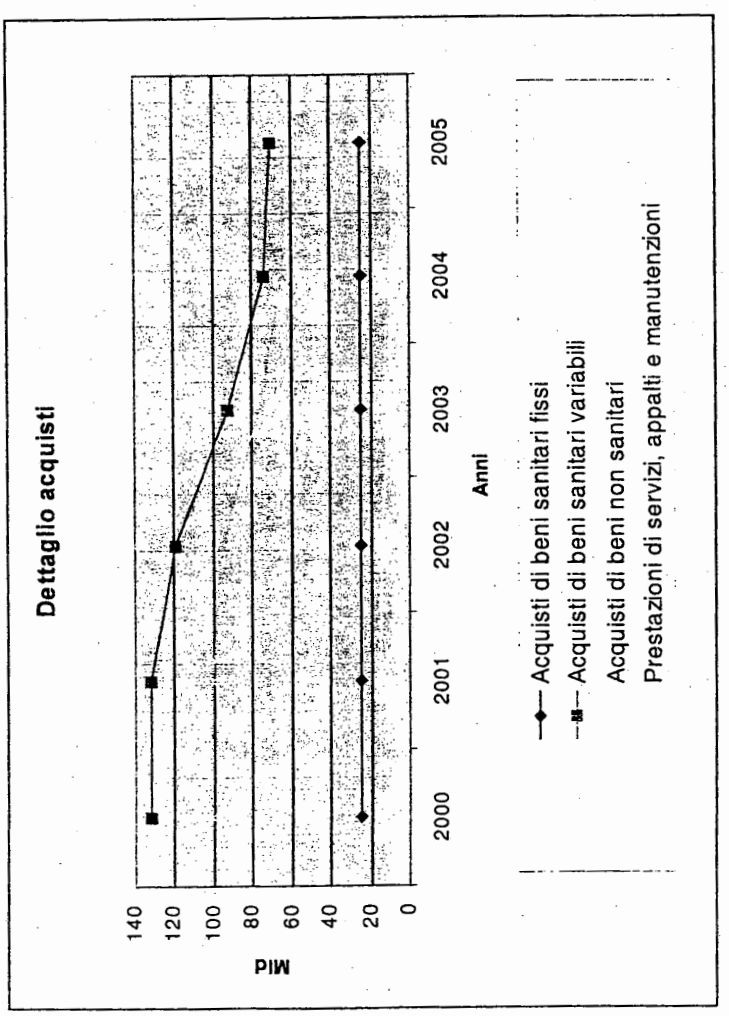
Dettaglio ricavi

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ricoveri ordinari	290,62	290,62	299,83	221,80	209,45	215,87
Ricoveri diurni	49,92	49,92	47,62	33,28	29,04	29,04
Ambulatori e servizi	44,58	55,79	53,12	35,89	30,36	30,36
Pronto soccorso	32,30	32,84	33,18	33,53	34,57	34,57
CONTRIBUTI A DEST.INDISTINTA	410,88	412,00	416,41	311,52	291,27	297,43
RICAVI TOTALI	**484,88**	**485,50**	**503,32**	**395,43**	**372,18**	**378,34**



Dettaglio acquisti

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Acquisti di beni sanitari fissi	**25,35**	**25,35**	**25,35**	**25,35**	**25,35**	**25,35**
Acquisti di beni sanitari variabili	**132,20**	**132,20**	**119,62**	**92,61**	**74,32**	**70,46**
1. Medicinali e galenici	35,33	35,33	31,97	24,75	19,86	18,83
2. Prodotti di laboratorio per analisi	16,29	16,29	14,74	11,41	9,16	8,68
3. Presidi sanitari e chirurgici	49,04	49,04	44,38	34,35	27,57	26,14
4. Materiale sanitario di consumo	9,30	9,30	8,41	6,51	5,23	4,95
5. Altri beni sanitari	22,25	22,25	20,13	15,58	12,51	11,86
Acquisti di beni non sanitari	**15,43**	**15,43**	**13,96**	**10,81**	**8,68**	**8,22**
1. Generi alimentari	7,25	7,25	6,56	5,08	4,07	3,86
2. Cancelleria	1,37	1,37	1,24	0,96	0,77	0,73
3. Materiale di pulizia	1,57	1,57	1,42	1,10	0,88	0,84
4. Altri materiali non sanitari	5,25	5,25	4,75	3,68	2,95	2,80
Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni	**101,01**	**101,01**	**95,05**	**76,53**	**63,87**	**62,98**
1. Consulenze e servizi vari	7,71	7,71	7,26	5,84	4,88	4,81
2. Utenze	11,99	11,99	11,28	9,08	7,58	7,48
3. Servizi di pulizia locali	12,81	12,81	12,06	9,71	8,10	7,99
4. Servizio di gestione termica	14,06	14,06	13,23	10,65	8,89	8,76
5. Servizio di noleggio di lavanderia e biancheria	11,35	11,35	10,68	8,60	7,18	7,08
6. Altri appalti	21,60	21,60	20,33	16,37	13,66	13,47
7. Manutenzioni e riparazioni terreni e fabbricati	9,89	9,89	9,30	7,49	6,25	6,16
8. Manutenzioni e riparazioni impianti e macchinari	3,66	3,66	3,44	2,77	2,31	2,28
9. Manutenzioni e riparazioni attrezzature sanitarie	7,02	7,02	6,61	5,32	4,44	4,38
10. Altre manutenzioni (mezzi di trasp., attrezz., mobili)	0,92	0,92	0,87	0,70	0,58	0,58
TOTALE ACQUISTI BENI E SERVIZI	**273,99**	**273,99**	**253,98**	**205,29**	**172,22**	**167,01**


Dettaglio acquisti
Mld
140
120
100
80
60
40
20
0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
Anni
Acquisti di beni sanitari fissi
Acquisti di beni sanitari variabili
Acquisti di beni non sanitari
Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni

Dettaglio personale – 1

				Flussi 2002							Flussi 2003						
				I Trim	II Trim		III Trim		IV T.		I Trim			II Trim	III T.	IV Trim	
Numero di unità	07/2001	Pens.	2001	Destr.	Pens.	Ass.	S.A.	Lat.		Saldo 2002	S.A.	Lat.	Destr.	Pens.		Ass.	Saldo 2003
Personale Universitario:																	
- Dirig. II livello (*)	307	-12	295	-36	-12		-18	-10		219	-18	-15	-27	-5			154
- Dirig. I livello (**)	1.213	-5	1.208	-120	-5		-160	-40		882	-160	-60	-90	-5			567
- Altro personale sanitario	2.138	-38	2.100	-40	-9		-251	-71		1.729	-251	-106	-30	-14			1.328
- Dirigenti non sanitari	128	0	128	-20	0		-15	-4		89	-15	-6	-15	0			52
- Altro personale non san.	598	-37	561	-100	-5		-70	-20		366	-70	-30	-75	-16			175
Totale universitari	**4.384**	**-92**	**4.292**	**-316**	**-31**		**-515**	**-145**		**3.285**	**-515**	**-217**	**-237**	**-40**			**2.276**
Personale aziendale:																	
- Dirig. II livello	12	0	12		0		-1	-0		10	-1	-1		0			8
- Dirig. I livello	78	-1	77		-1	30	-9	-3		94	-9	-4		-3		2	80
- Altro personale sanitario	953	-27	926		-15	40	-113	-31		807	-113	-47		-23		20	644
- Dirigenti non sanitari	5	-2	3		-1	2	-1	-0		3	-1	-0		-2		2	2
- Altro personale non san.	470	-15	455		-16	10	-56	-15		378	-56	-23		-14		16	301
Totale aziendali	**1.518**	**-45**	**1.473**	**0**	**-33**	**82**	**-180**	**-50**		**1.292**	**-180**	**-74**		**-42**		**40**	**1.036**
Altre categorie:																	
- Dirig. II livello	0		0				0	0		0	0	0					0
- Dirig. I livello	156		156		-3		-17	-5		130	-17	-8		-3			102
- Altro personale sanitario	565		565		-9		-63	-19		474	-63	-29		-9			374
- Dirigenti non sanitari	6		6				-1	-0		5	-1	-0					4
- Altro personale non san.	38		38		-1		-4	-1		31	-4	-2		-1			24
Totale altre categorie	**765**		**765**	**0**	**-13**		**-85**	**-26**		**641**	**-85**	**-39**		**-13**			**505**
TOTALE GENERALE	**6.667**	**-137**	**6.530**	**-316**	**-77**	**82**	**-780**	**-220**		**5.219**	**-780**	**-330**	**-237**	**-95**		**40**	**3.817**

Dettaglio personale – 2

Numero di unità	Flussi 2004					Saldo 2004	Flussi 2005				Saldo 2005
	I Trim		II Trim	III Trim	IV Trim		I Trim	III Trim	III Trim	IV Trim	
	Bracc.	Destr.	Pens.		Ass.			Pens.		Ass.	
Personale Universitario:											
- Dirig. II livello (*)	-8	-27	-11			107		-15			92
- Dirig. I livello (**)	-33	-90	-13			431		-11			420
- Altro personale sanitario	-58	-30	-14			1.227		-23			1.204
- Dirigenti non sanitari	-3	-15	0			34		0			34
- Altro personale non sanitario	-16	-75	-21			63		-24			39
Totale universitari	**-118**	**-237**	**-59**			**1.862**		**-73**			**1.789**
Personale aziendale:											
- Dirig. II livello	-0		0			8		0			8
- Dirig. I livello	-2		-2			76		-2			74
- Altro personale sanitario	-25		-32		12	599		-31		9	577
- Dirigenti non sanitari	-0		-3		3	2		-2		2	2
- Altro personale non sanitario	-13		-12		8	285		-19		6	272
Totale aziendali	**-41**		**-49**		**23**	**969**		**-54**		**17**	**932**
Altre categorie:											
- Dirig. II livello	0					0					0
- Dirig. I livello	-4		-3			95		-3			92
- Altro personale sanitario	-16		-9			349		-9			340
- Dirigenti non sanitari	-0					4					4
- Altro personale non sanitario	-1		-1			22		-1			21
Totale altre categorie	**-21**		**-13**			**470**		**-13**			**457**
TOTALE GENERALE	**-180**	**-237**	**-121**		**23**	**3.302**		**-140**		**17**	**3.179**

Dettaglio costi del personale

	2001	2002	2003	2004	2005
Personale Universitario:					
- Dirig. II livello	36,12	31,83	21,81	15,81	13,24
- Dirig. I livello	108,95	99,76	61,81	45,63	42,31
- Altro personale sanitario	61,45	59,89	44,07	39,41	38,91
- Dirigenti non sanitari	5,76	5,07	2,94	1,88	1,69
- Altro personale non sanitario	9,27	7,67	3,85	1,67	0,90
Totale universitari	**221,55**	**204,22**	**134,47**	**104,41**	**97,04**
Personale aziendale:					
- Dirig. II livello	2,64	2,64	2,03	1,89	1,91
- Dirig. I livello	13,18	15,66	14,97	14,27	14,08
- Altro personale sanitario	66,70	66,66	50,97	46,85	45,75
- Dirigenti non sanitari	0,64	0,55	0,29	0,17	0,24
- Altro personale non sanitario	28,21	27,56	20,24	18,89	18,54
Totale aziendali	**111,37**	**113,08**	**88,50**	**82,07**	**80,52**
Altre categorie:					
- Dirig. II livello	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Dirig. I livello	18,72	18,58	14,01	12,66	12,37
- Altro personale sanitario	39,55	39,33	29,80	27,10	26,65
- Dirigenti non sanitari	0,72	0,72	0,56	0,52	0,53
- Altro personale non sanitario	2,28	2,26	1,68	1,50	1,44
Totale altre categorie	**61,27**	**60,89**	**46,05**	**41,78**	**40,99**
TOTALE GENERALE	**394,19**	**378,19**	**269,02**	**228,26**	**218,56**

PAGINA BIANCA

RISULTATI OPERATIVI ED ECONOMICO FINANZIARI COMPARATI TRA LE DUE IPOTESI

GRAFICI

PAGINA BIANCA

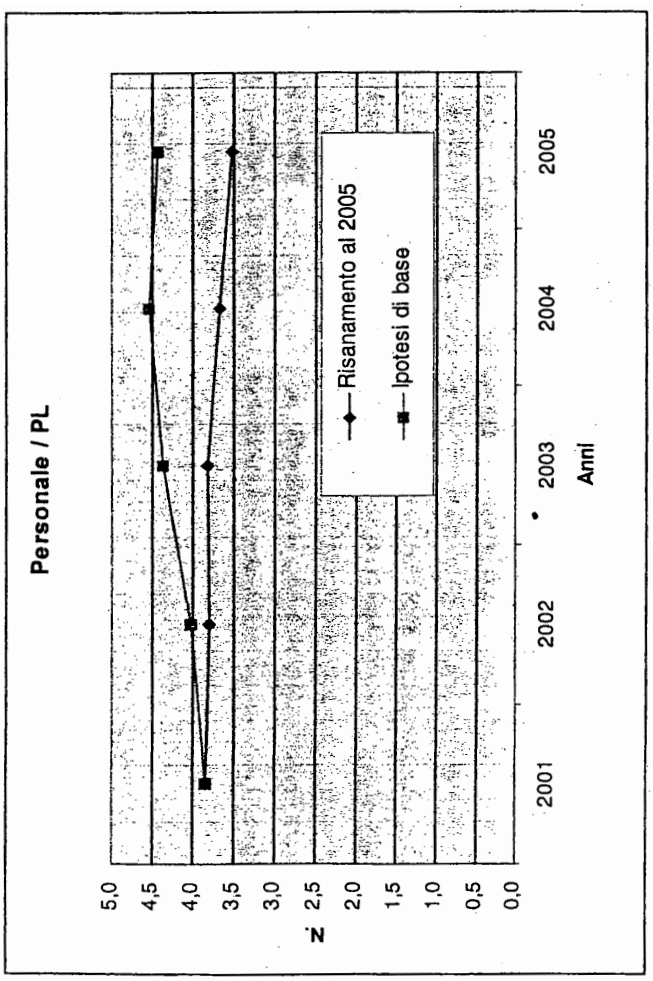


Figura 1: andamento del rapporto personale per posto letto.

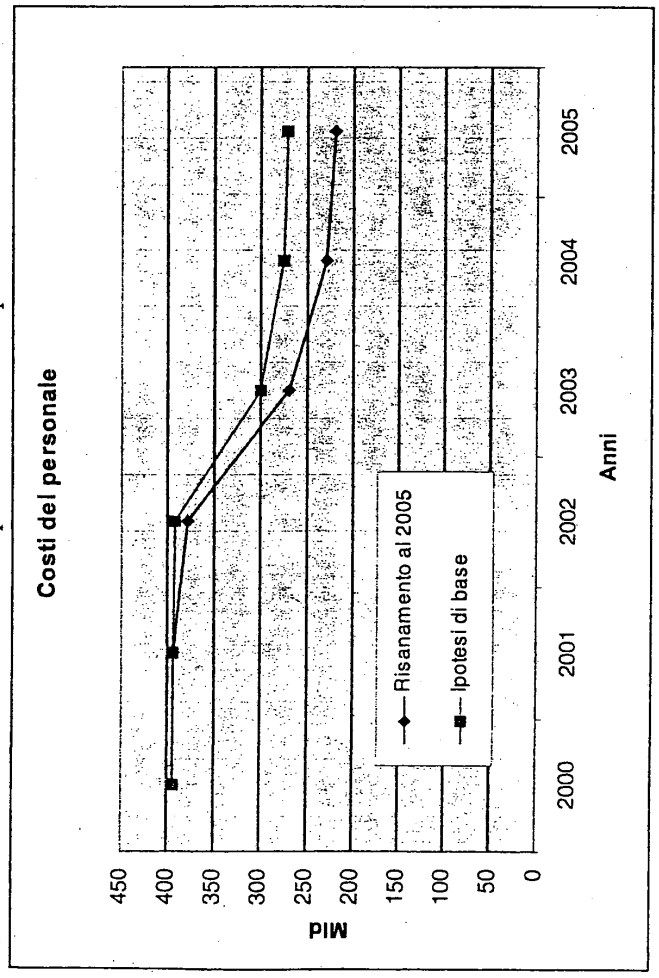


Figura 2: Andamento dei costi del personale nel tempo

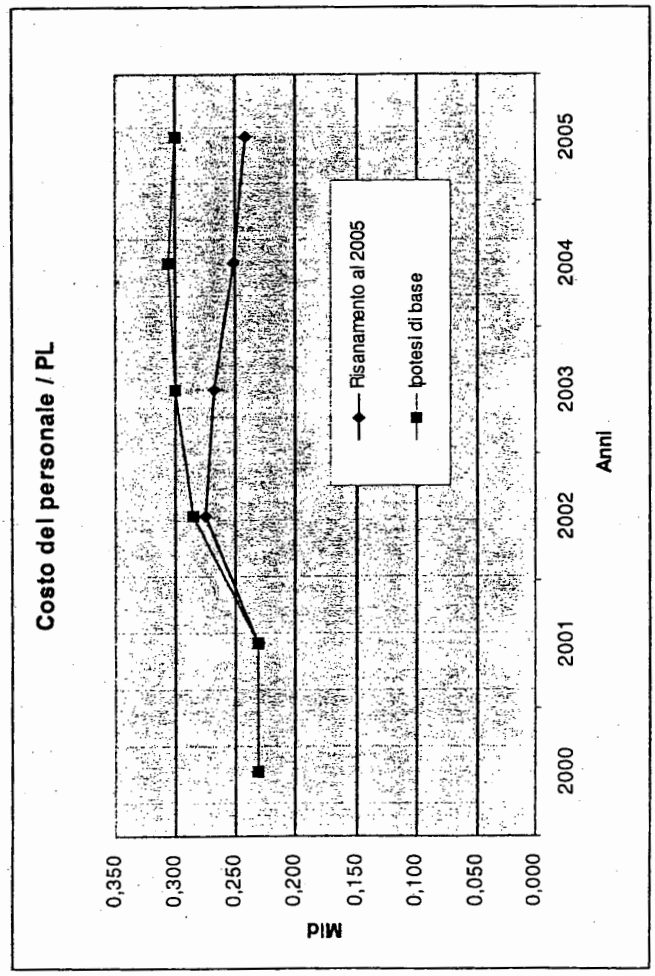


Figura 3: Andamento nel tempo del costo del personale per posto letto

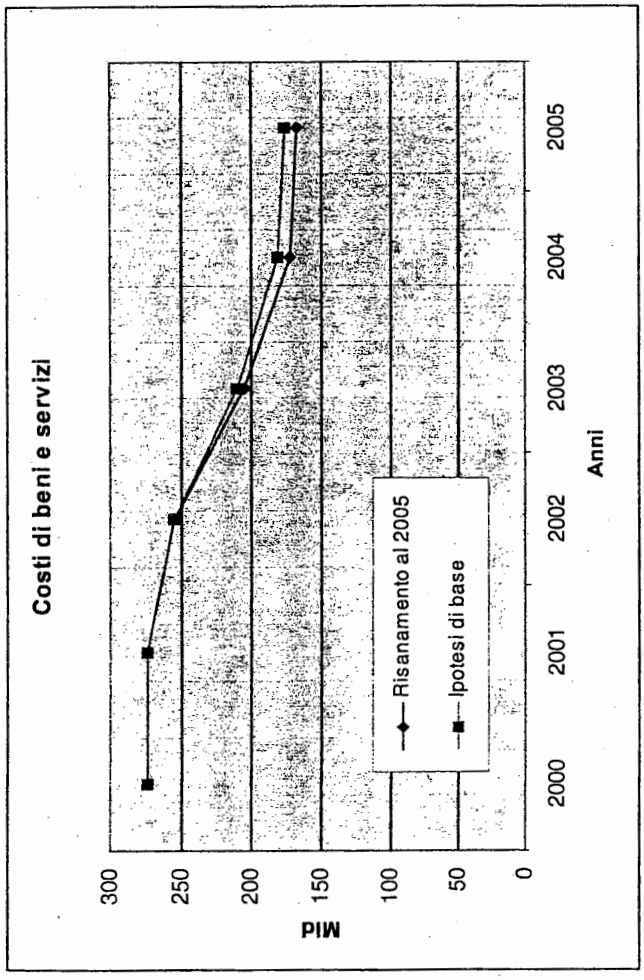


Figura 4: Andamento nel tempo dei costi per beni e servizi

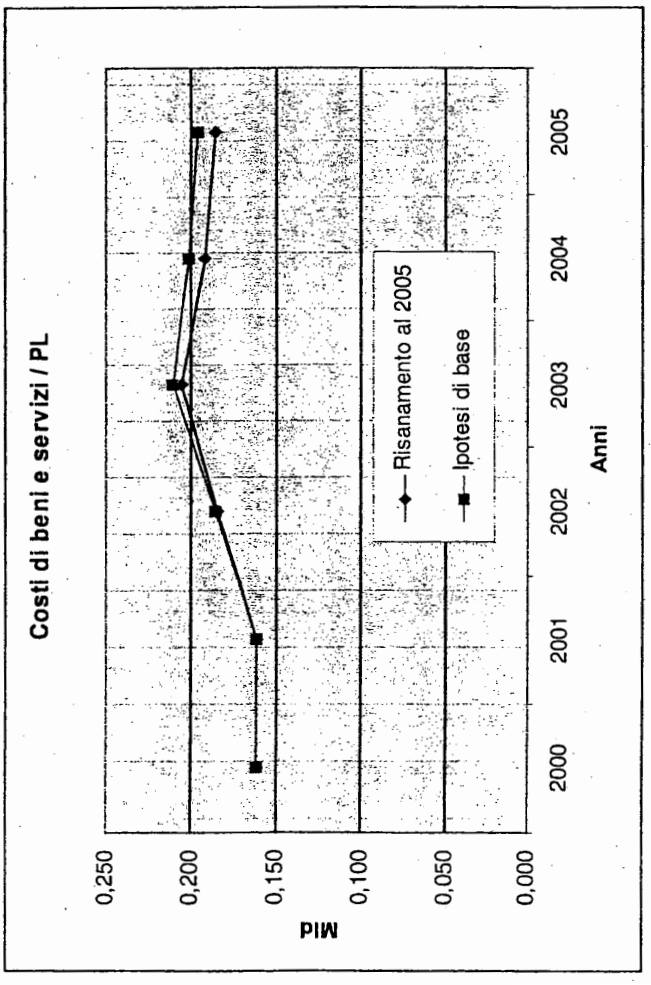


Figure 5: Andamento nel tempo del costo per beni e servizi per posto letto

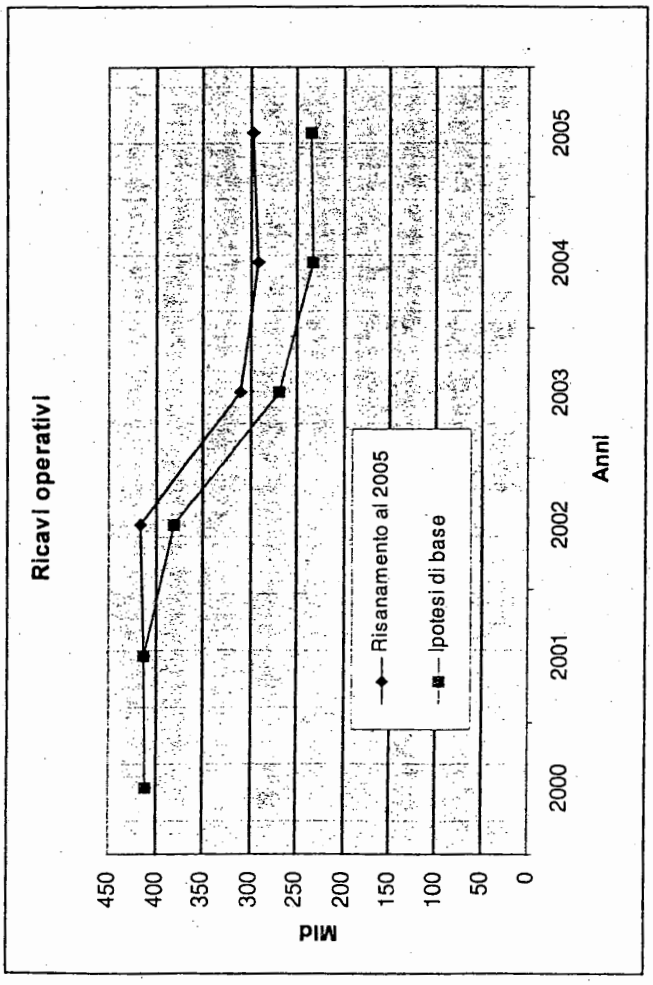


Figura 6: Andamento nel tempo dei ricavi operativi

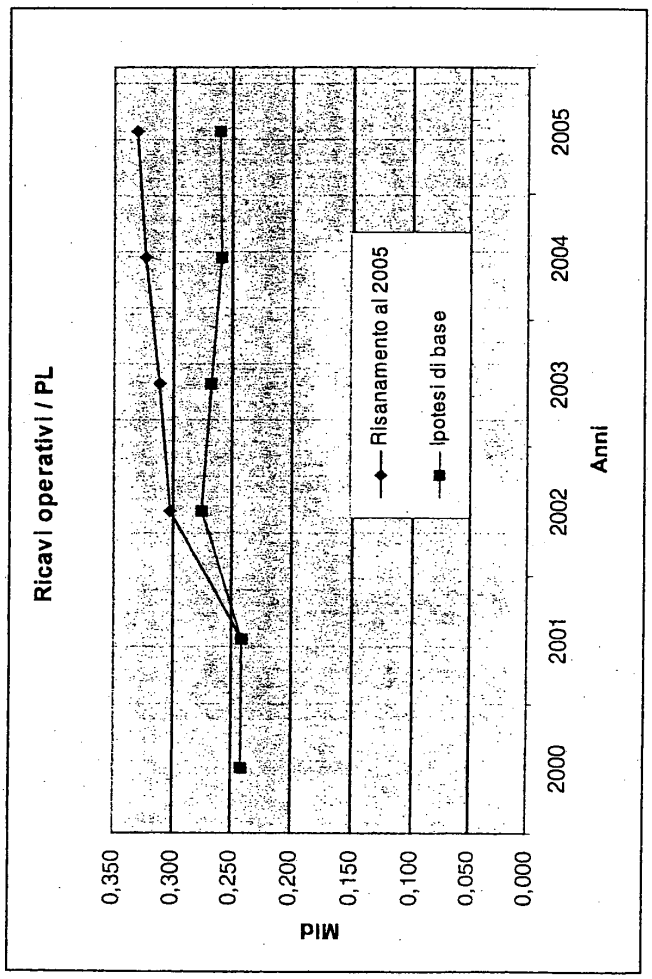


Figura 7: Andamento nel tempo dei ricavi operativi per posto letto

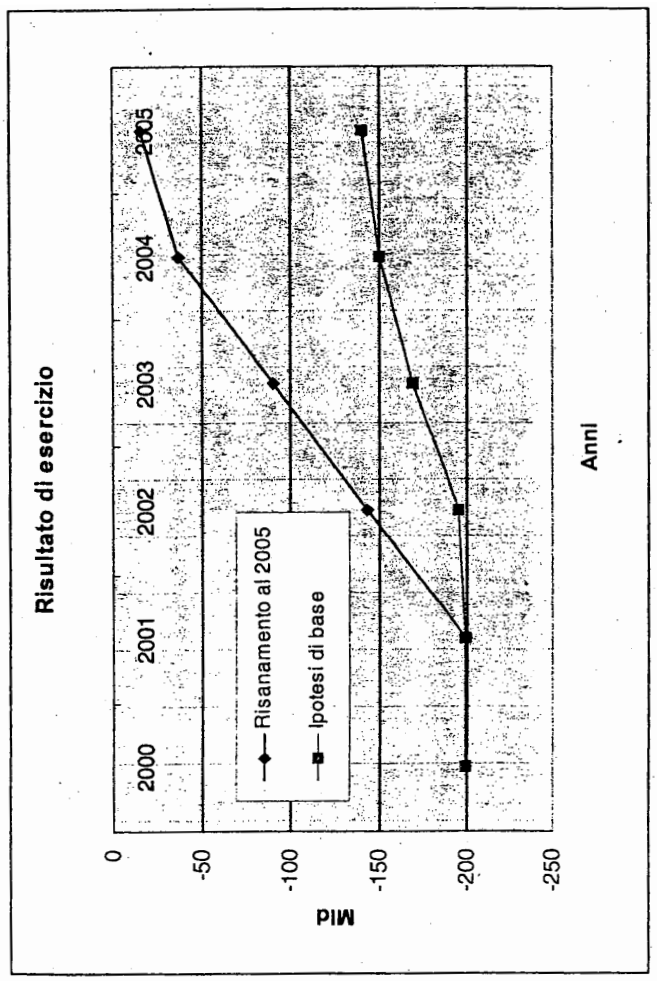


Figura 8: Andamento nel tempo del risultato economico di esercizio

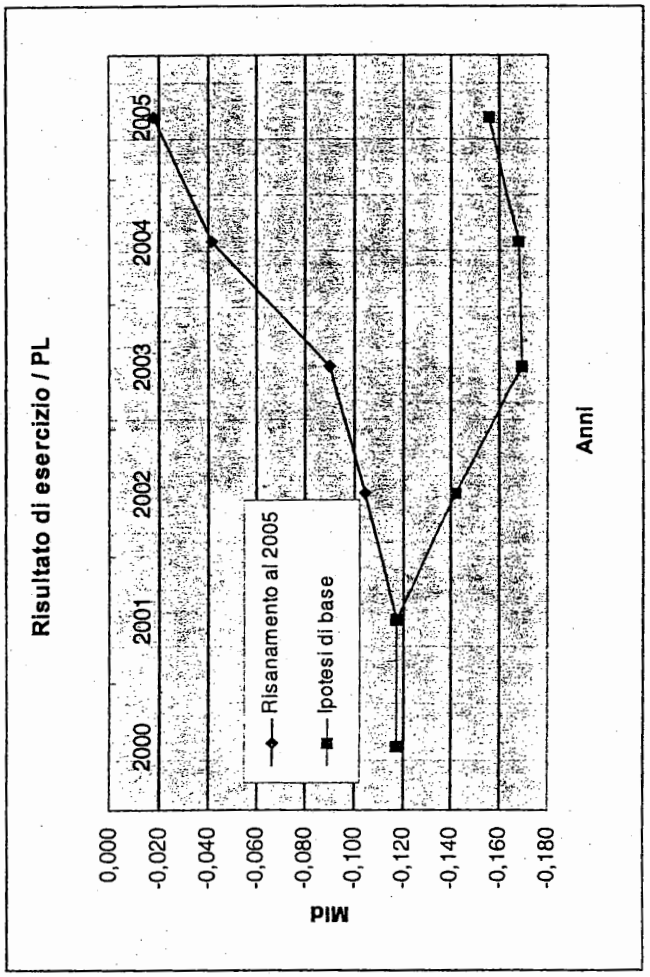


Figura 9: Andamento nel tempo del risultato di esercizio per posto letto

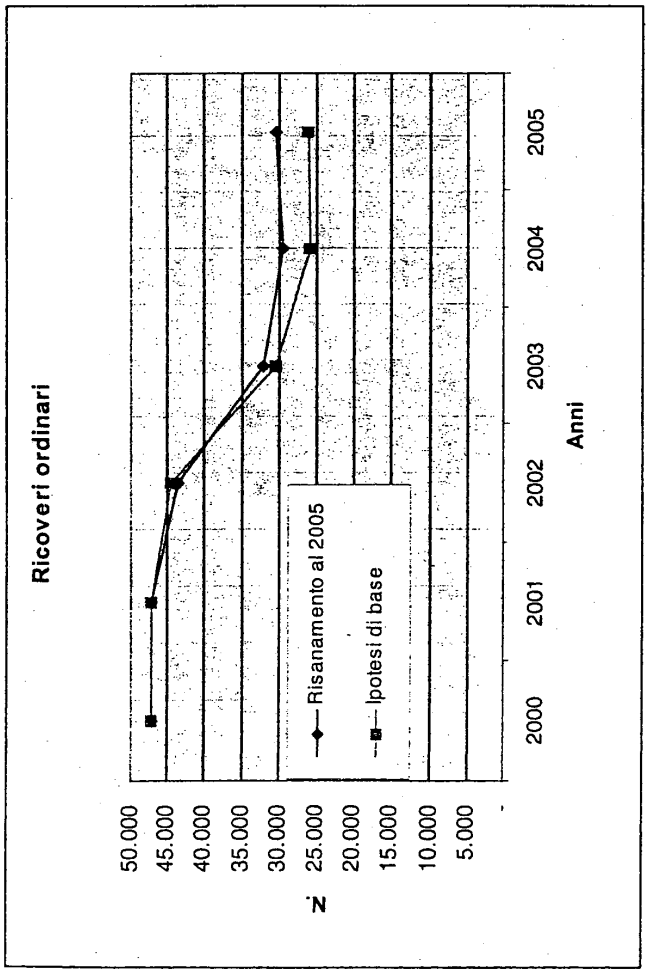
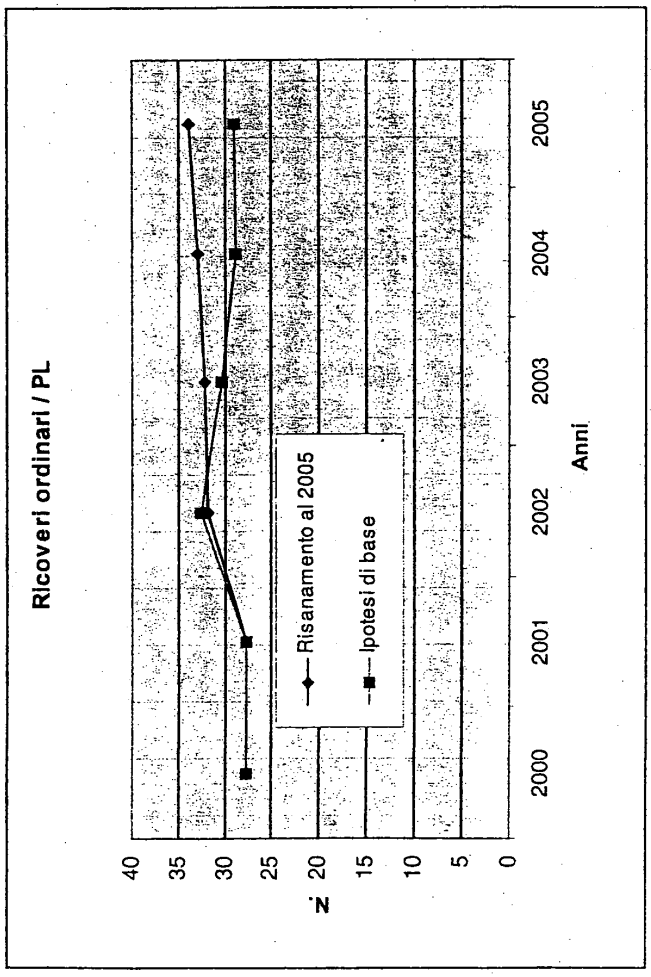


Figura 10: Andamento nel tempo delle dimissioni per ricoveri ordinari

Figura 11: Andamento nel tempo delle dimissioni per ricoveri ordinari per posto letto



PAGINA BIANCA

ALLEGATO C

AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I

PROPOSTA DI PIANO DI RILANCIO AZIENDALE

18 ottobre 2002

PAGINA BIANCA

PREMESSA

1. GLI ASPETTI QUALITATIVI

1.1. Il piano di rilancio: quadro giuridico, normativo ed istituzionale

1.1.1. D. lgs. 517/99 e Protocollo di Intesa Regione Lazio-Università "La Sapienza"del 2 agosto 2002

1.1.2. Accordo Governo-Regioni 8 agosto 2001, recepito nel D.L. n.347 del 18.9.2001 convertito con L.n. 405 del 16.11.2001

1.1.3. Piano di risanamento

1.2. Il piano di rilancio: i vincoli e gli indirizzi generali

1.3. Il piano di rilancio: obiettivi specifici

1.3.1. La relazione programmatica del Direttore Generale

1.4. Azioni e strumenti

1.4.1. Il posizionamento dell'Azienda Policlinico Umberto I

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

1.4.3. La programmazione e il processo di budget

1.4.4. Interventi di sistema

1.4.5. Il Dipartimento di Accettazione Emergenza (DEA)

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

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

1.4.8. Riabilitazione e lungodegenza

1.4.9. Coordinamento e organizzazione delle attività ambulatoriali per esterni

1.4.10. Interventi incentivanti sul personale

1.4.11. Intramoenia d'equipe

1.4.12. Contratti a retribuzione variabile

1.4.13. Sistemi d'incentivazione generale

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

1.4.15. Promozione della buona pratica assistenziale

2. GLI ASPETTI QUANTITATIVI

2.1. La metodologia specifica

2.1.1. Le Premesse

2.1.2. Il processo di Pianificazione

2.1.3. Architettura del Modello di Simulazione

2.1.4. Articolazione della Pianificazione rispetto all'Organizzazione

2.1.5. Il metodo di Valutazione della Produzione Sanitaria

2.1.6. La determinazione dei volumi e del valore della produzione

2.1.7. le fonti informative

2.1.8. Il Benchmark Regionale

2.1.9. Le principali assunzioni

2.2. I risultati dell'attività sanitaria

2.3. La valorizzazione dei costi diretti (personale, beni e servizi) e dei costi generali.

2.3.1. Il personale

2.3.2. Analisi dei costi per beni e servizi

2.3.3. Le azioni per il pareggio di bilancio

2.3.4. Considerazioni sulla proposta di struttura organizzativa e di pianta organica a fine triennio

2.4. I risultati della pianificazione

2.5. Il piano degli investimenti

2.5.1. Sistema Edilizio ed Impiantistico

2.5.2. Finanziamenti in conto capitale per la realizzazione della nuova piastra dei servizi

2.5.3. Valutazioni economiche

2.5.4. Servizio di prevenzione e protezione

2.5.5. Sistemi Informativi

2.5.6. Apparecchiature medicali

Fabbisogno finanziario da investimenti e copertura

3. Le condizioni necessarie per l'attuazione del piano

4. CONCLUSIONI E CRITICITA'

ALLEGATO I: Relazione programmatica della Direzione Generale

ALLEGATO II: Relazione del direttore generale sul 1° anno di attivita'

ALLEGATO III: Unità operative sanitarie ed amministrative con posti letto ed organici ex Convenzione Regione Lazio-Università "La Sapienza" del 1990

ALLEGATO IV: Programmazione della produzione sanitaria degenze ordinarie e day hospital/day surgery - anni 2002-2006 ordinata per Dipartimenti/Istituti ed unita' operative complesse

ALLEGATO V: Conto economico dell'anno 2000 per Dipartimenti/Istituti

PREMESSA

Il piano di rilancio delle attività assistenziali della Azienda Policlinico Umberto I, per gli anni 2003-2006, acquisisce gli obiettivi programmatici del piano di risanamento finanziario della azienda, presentato ai competenti organi regionali, universitari e governativi nel corso del 2001, e ne dettaglia azioni e contenuti sul piano clinico e gestionale.

Il contesto giuridico-normativo in cui opera l'Azienda Policlinico Umberto I rappresenta lo schema di riferimento in cui è stato elaborato il piano di rilancio e, nel seguito del documento, sono indicati i fattori critici che sono la condizione necessaria per il raggiungimento degli obiettivi.

Per il superamento dei fattori limitativi dello sviluppo del Policlinico, la Direzione Generale della azienda, dalla data di assunzione della carica, ha messo in atto molteplici azioni di miglioramento tra le quali (vedi la relazione programmatica e la relazione sul primo anno di attività del Direttore Generale: All. n. 1, 2):

- Potenziamento quali-quantitativo delle attività clinico assistenziali;
- Avvio delle azioni volte a conseguire il pareggio di bilancio che è contestuale e distinto dal programmato decentramento;
-Rafforzamento degli strumenti di gestione aziendale;
-Riorganizzazione funzionale delle attività clinico-assistenziali in coerenza con le finalità didattiche e di ricerca della struttura;
-Riqualificazione strutturale dell'ospedale.

Le direttrici del rilancio delle attività assistenziali del Policlinico saranno quindi incentrate su:

- Riduzione dei posti letto e riallocazione presso altre strutture di Roma e del Lazio;
- Riduzione del personale e riallocazione presso altre strutture di Roma e del Lazio;
- Incremento del livello di complessità delle prestazioni (qualità)
- Efficienza sanitaria:
  - Diminuzione della degenza media
  - Aumento del tasso di occupazione
  - Incremento dei volumi delle prestazioni;
- Efficienza gestionale:
  - Razionalizzazione degli acquisti
  - Razionale utilizzo del personale
  - Trasparenza amministrativa e contabile
  - Efficienza dei consumi;
- Logistica:
  - Profonda ristrutturazione immobiliare.

Le condizioni per la realizzazione degli obiettivi di piano, possono essere classificate secondo alcune grandi aree di appartenenza e, in particolare, il non verificarsi di alcune delle condizioni, che travalicano i poteri dell'Azienda, potrebbe incidere in maniera significativa sulla effettiva fattibilità del progetto. Le aree di riferimento delle condizioni di risanamento sono le seguenti:

a) Contesto giuridico normativo;

b) Azioni e risorse (umane, economiche e finanziarie) di emanazione aziendale;
c) Azioni dipendenti da scelte Universitarie;
d) Azioni dipendenti dalla sanità regionale.

1. GLI ASPETTI QUALITATIVI

1.1. Il piano di rilancio: quadro giuridico, normativo ed istituzionale

1.1.1. D. lgs. 517/99 e Protocollo di Intesa Regione Lazio-Università "La Sapienza" del 2 agosto 2002

L'azienda Policlinico Umberto I, con autonoma personalità giuridica, è nata il 1 novembre 1999 dalla liquidazione della preesistente Azienda Universitaria omonima a gestione diretta da parte degli Università degli Studi La Sapienza di Roma, rientrando così tra le Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN previste dall'articolo 2, comma 2a, del D Lgs 517/99 che disciplina i rapporti tra le Università e il SSN.

Detto decreto sancisce la stipula di specifici protocolli di intesa tra Università e Regioni per la regolamentazione dell'attività assistenziale dell'Azienda.

Tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi La Sapienza, il protocollo di intesa è stato stipulato in data 2 agosto 2002 e pubblicato sul BURL n. 27 il 30 settembre u.s.

Il protocollo di intesa prevede, al titolo II, la presentazione da parte della Azienda Policlinico Umberto I del "*piano di rilancio delle attività assistenziali*".

Il piano di rilancio stesso deve rispondere ai successivi indirizzi del protocollo di intesa per "*Gli accordi che la Regione Lazio e l'Università La Sapienza dovranno raggiungere relativamente alle aziende di riferimento della prima facoltà (Policlinico Umberto I°) e della seconda facoltà (Policlinico Sant'Andrea) per la complessiva strutturazione assistenziale delle stesse nonché per le modalità di rapporto tra le due istituzioni.*

Gli accordi dovranno indicare:

- *I posti letto,*
- *Le discipline*
- *Le unità operative*
- *Il personale docente e non docente,*
- *Le dotazioni strumentali e finanziarie di cui la Regione intende responsabilizzarsi.*

Detta programmazione, contenuta nella convenzione, dovrà essere compatibile con le ipotesi di equilibrio finanziario pluriennale fatto proprio dalla Regione con il piano di risanamento presentato al Governo in base all'accordo dell'8 agosto 2001. Detto piano di risanamento è stato condizionato, peraltro, dalla struttura organizzativa e dalla pianta organica già presentata alla Regione dalla Direzione della Azienda Sant'Andrea.

Specifici accordi Università Regione dovranno, infine, riguardare le sedi di Latina e di Bracciano, per le quali ogni ipotesi di trasferimento di posti letto dal Policlinico, dovrà essere preceduta da una chiara definizione riguardante cattedre e unità operative complesse il cui trasferimento è dato per certo perché richiesto e/o accettato dai responsabili".

1.1.2. Accordo Governo-Regioni 8 agosto 2001, recepito nel D.L. n.347 del 18.9.2001 convertito con L.n. 405 del 16.11.2001

Tale normativa prevede la piena riconduzione dell'assistenza dei Policlinici Universitari alla programmazione sanitaria regionale e richiede, a fronte del ripiano economico-finanziario degli stessi, un piano di risanamento di competenza esclusiva della Regione nella quale i Policlinici stessi insistono.

La Regione Lazio ha presentato al Governo detto piano di risanamento nel settembre del 2001, ottenendo l'inserimento nella finanziaria del 2002:

-del ripiano delle perdite accumulate dalla pregressa azienda universitaria in liquidazione,

-del ripiano delle perdite prodotte dalla attuale azienda, per gli esercizi finanziari 2000 e 2001,

-della previsione di ulteriori 75 milioni di Euro per gli esercizi finanziari 2003 e 2004, a fronte delle perdite programmate nel piano di risanamento.

1.1.3. Piano di risanamento

Il piano di risanamento delle attività assistenziali della Azienda Policlinico Umberto I presentato dalla Regione Lazio al Governo, ha inteso delineare sotto il profilo quantitativo una ipotesi di riequilibrio economico finanziario pluriennale, 2002-2005, sulla base di alcune assunzioni formulate dalla Regione stessa:

-l'attuazione di un piano di decentramento dei posti letto presso l'ospedale Sant'Andrea di Roma, l'Azienda Ospedaliera di Latina e successivamente l'ASL di Bracciano;

-mantenimento dei fattori di improduttività nel Policlinico di Roma, senza distribuzione degli esuberi di personale docente e non docente;

-Interventi sulla produttività, intesa come aumento della complessità e dei volumi delle prestazioni sanitarie, ed aumento della economicità attraverso la riduzione del costo del personale e dei beni e dei servizi.

1.2. Il piano di rilancio: i vincoli e gli indirizzi generali

Dal contesto giuridico-normativo ed istituzionale sopra descritto, si desumono una serie di vincoli e indirizzi per l'elaborazione del piano di rilancio delle attività assistenziali:

a) **La stipula sopravvenuta soltanto il 2 agosto ultimo scorso del Protocollo di Intesa** che detta le regole che consentono il governo della azienda ai fini gestionali ed amministrativi, ha fatto slittare il periodo di riferimento per il rilancio al triennio 2003-2005 (con estensione al 2006);

b) **La non definitiva individuazione da parte degli Organi Universitari** delle unità operative complesse, dei direttori delle stesse, del personale docente e non docente che saranno trasferiti nell'arco del 2002 e del 2003 all'azienda Sant'Andrea ed alle aziende di Latina e di Bracciano, ha imposto che il piano di rilancio, trattando i singoli settori e servizi investiti dalla programmazione innovativa e quindi dalle variazioni di produttività, prenda in esame tutte le unità operative presenti attualmente nel Policlinico e potenzialmente trasferibili.

La fisionomia finale del Policlinico, in termini di discipline e singole unità operative complesse che comporranno l'insieme dei 1200 posti letto rimanenti (1000 di degenza ordinaria, 150 di dh e 50 di riabilitazione), potrà essere delineata ad operazione di decentramento definita e/o conclusa. Il piano di rilancio, pertanto, è stato elaborato sui complessivi 1700 posti letto attualmente operanti;

c) **Il rinvio, previsto nel Protocollo di intesa, a specifici accordi tra Regione e Università** della definizione della complessiva strutturazione assistenziale della Azienda, come prima citato, rende il piano di rilancio stesso una proposta, come base di discussione tecnica per le superiori decisioni dei citati enti di riferimento che dovranno definire concordemente:

- Posti letto
- Unità operative
- Personale docente e non docente della azienda.

d) Essendo tutte le azioni descritte nel punto c) precedente al di fuori dei poteri decisionali della Azienda e determinati da atti di enti esterni successivi alla proposta di piano di rilancio, **quest'ultimo include la programmazione budgettaria per tutti i 1700 posti letto esistenti, che i singoli dipartimenti, unità operative complesse e semplici, hanno presentato alla direzione aziendale per l'anno 2002** e che sono stati proiettati nel medio termine fino al 2006.

Man mano che saranno rese certe le strutture organizzative, le piante organiche e le unità operative complesse delle aziende Sant'Andrea, Latina e Bracciano, così come chiaramente indicato dal citato Protocollo di Intesa, potranno essere facilmente detratte dal piano di rilancio presentato i settori relativi con le specificità disciplinari e di dotazione organica del personale. E' stato già indicato nel piano di risanamento che il complesso di tale decentramento non incide sul riequilibrio economico e finanziario ma anzi potenzia l'azione dei fattori di improduttività presenti, in quanto è stato deciso che la pianta organica delle nuove strutture garantiscano l'efficienza e l'economicità delle stesse:il che farà automaticamente aumentare il peso relativo degli esuberi nella struttura di partenza.

e) Coerentemente con il protocollo di Intesa, la programmazione del Policlinico Umberto I, da inserire nella nuova convenzione Università Regione, deve essere compatibile con gli obiettivi già stabiliti nel piano di risanamento citato.

Pertanto, l'azienda, nella proposta di piano, ha inserito tutti gli elementi di correzione della improduttività presente, investendo: l'area della produzione con interventi sulla struttura

organizzativa, sulla complessità e qualità delle prestazioni e l'area dei costi, con interventi sul personale e sui beni e servizi.

f) Il piano di rilancio, pur operando per le motivazioni su esposte su 1700 posti letto e sulle esistenti unità operative, per le necessaria coerenza con il piano di risanamento citato, ha dovuto comunque definire l'assetto strutturale e la pianta organica che, al termine del periodo oggetto del riequilibrio, dovranno caratterizzare il Policlinico con i 1000 p.l. indicati dal protocollo di intesa.

E' stata pertanto ipotizzata la destrutturazione e/o la declassificazione di oltre 90 unità operative considerate non strategiche per l'assistenza ed attualmente non produttive (su questo argomento e sui criteri adottati si tornerà in seguito, ed è comunque soggetto alle verifiche annuali previste dal D.lgs 517/99 per cui la Direzione Generale può riconsiderare il numero delle UOC in rapporto alla qualità ed ai volumi delle prestazioni attese).

Dalla struttura organizzativa così delineata dovranno essere detratte le 36 UOC che il piano di risanamento attribuiva all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea e le 25 UOC attribuite a Latina per arrivare al definitivo disegno della struttura assistenziale.

Quest'ultimo ha quindi comportato un calcolo dell'organico delle varie categorie professionali di sicuro dimensionamento complessivo ma di incerta collocazione nelle singole unità operative complesse, in quanto, come già detto, non possono essere previste quelle UOC che saranno oggetto di trasferimento futuro, allo stato attuale delle decisioni prese dall'Università e dalla Regione.

Nel capitolo relativo ai risultati del piano di rilancio è stata quindi definita **la proposta di struttura organizzativa (intesa come posti letto per disciplina e numero di unità operative complesse) e la pianta organica del Policlinico Umberto I° quale dovrebbe essere alla fine del triennio e concluso il decentramento** in modo da rispettare gli obiettivi del piano di risanamento presentato al Governo e ancor più per garantire quella efficacia della assistenza e quella efficienza della gestione che sono il fine ultimo della sanità pubblica.

g) Nel perseguimento del riequilibrio economico e finanziario e nelle ipotesi di razionalizzazione del disegno strutturale e organizzativo del Policlinico non poteva non essere garantita l'integrazione tra le attività di didattica e di ricerca della prima Facoltà di Medicina con le attività assistenziali dalla stessa svolte e dalla azienda gestite.

Per questa finalità in nessuna maniera il piano di rilancio proposto è intervenuto variando i seguenti standard organizzativi della esistente attività integrata scientifica-didattica e assistenziale:

- **Articolazione dei dipartimenti universitari,** la cui identità e definizione sono rimaste invariate rispetto alla programmazione ed organizzazione che Università, Facoltà e Dipartimenti Universitari stessi si sono date.

  A tal fine, in attesa della costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) previsti dal D.Lgs 517/99, con decreto del Rettore e del Direttore Generale, sono stati attribuiti ai Direttori di Dipartimento Universitari le responsabilità assistenziali. Acquisita dal nuovo accordo convenzionale la definitiva tipologia in termini di discipline e strutture complesse, si potrà procedere alla costituzione concordata dei DAI, da inserire nel previsto atto aziendale;

- **La definizione delle unità operative per aree disciplinari direttamente connesse con la didattica e la ricerca.**

  Infatti, all'interno delle unità operative complesse, ritenute accettabili per i criteri sopracitati, è stato ipotizzato che rimanga tutta la attuale articolazione delle unità operative, alcune delle quali avranno però subito, in rapporto ai criteri accettati, la declassificazione da UOC ad UOS. Soltanto di alcune unità operative, che hanno esclusiva caratterizzazione per la ricerca e nessun compito assistenziale, si è proposta la destrutturazione.

Si ribadisce, quindi, che il modello organizzativo proposto nel piano di rilancio aziendale, è assolutamente coerente con il preesistente assetto organizzativo universitario, garantendo il sancito diritto di unitarietà tra didattica, ricerca ed assistenza.

1.3. Il piano di rilancio: obiettivi specifici

1.3.1. La relazione programmatica del Direttore Generale

Da quanto sopra citato in tema di quadro di riferimento giuridico normativo ed istituzionale, derivano gli indirizzi generali del piano di rilancio.

Quest'ultimo, doveva però essere sostanziato nei suoi contenuti dall'analisi delle maggiori problematiche che hanno determinato la attuale situazione di deterioramento funzionale e di deficit economico del Policlinico e dalle soluzioni relative, con un consistente ordine di priorità, tradotte in obiettivi concreti.

A tal fine il piano di rilancio ha fatto propri gli obiettivi contenuti nella Relazione Programmatica della direzione generale, concordata con la speciale commissione di nomina rettorale e presentata al Presidente della Giunta Regionale prima della nomina e dell'insediamento avvenuti il rispettivamente il 28 febbraio e il primo marzo del 2001. Di detta relazione (Allegato n.1), si riportano di seguito integralmente gli obiettivi approvati della azione direzionale:

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 universitaria-regionale, infatti, il Policlinico è passato dai 60000 ricoveri effettuati nel 1994 ai 47000 ricoveri effettuati nel 2000.

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

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 annui 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

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

La riqualificazione in questione risulta essere possibile nell'arco di un quinquennio visto che, per la prima volta, la regione Lazio dispone di un programma concordato con l'Università degli Studi La Sapienza per il quale sono previste le risorse finanziarie necessarie (è del 2 febbraio us l'individuazione da parte del Ministero della Sanità dei progetti di cui all'art. 71 l. 448/98 che destina al Policlinico oltre 200 miliardi, che coprono una parte di un più corposo ed articolato project financing).

L'operatività del Policlinico non può però prescindere da una serie di interventi strutturali urgenti che non possono attendere il completamento di nuove, importanti strutture. Dovrà quindi essere validato e completato il piano riguardante il Dipartimento di Emergenza, i Complessi

Operatori, i Laboratori e le Radiologie in un'ottica di centralizzazione dei servizi diagnostici e terapeutici trasversali.

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.

Un Policlinico Universitario, infatti, è il punto più alto e nello stesso tempo più complesso di uno dei cinque fondamentali disegni strutturali aziendali che va sotto il nome di "burocrazia professionale", contraddistinta da una programmazione, una organizzazione e una gestione del tutto peculiari per il ruolo che in esse esercitano i gruppi professionali costituenti le unità operative. Gli articolati rapporti tra i gruppi stessi e i servizi centrali di supporto, con la numerosità eccezionale degli enti coinvolti rendono particolarmente difficili il coordinamento, il processo decisionale l'individuazione delle deleghe e dei livelli di responsabilità. Nell'ambito del disegno aziendale assumono rilevanza numerosi obiettivi subordinati all'aziendalizzazione:

- Definizione dell'organizzazione dipartimentale con la creazione dei Dipartimenti ad attività integrata scientifica,didattica e clinica;Definizione della
- dotazione dei posti letto con relativa
- pianta organica.
- Definizione dei centri di costo e di responsabilità, con i regolamenti ed i processi amministrativi;
- Istituzione di un completo controllo di gestione;
- Definizione di un sistema di gestione delle risorse umane basato sulla valutazione delle attività e dei risultati e, coerentemente con il nuovo contratto, connesso con un sistema premiante;
- Informatizzazione progressiva delle attività non solo amministrative ma principalmente clinico-scientifiche.

Gli aspetti progettuali del disegno aziendale potrebbero essere completati nell'arco di 6-8 mesi e suggellati con l'assunzione formale dell'ATTO AZIENDALE mentre la messa a regime dell'intero sistema dovrebbe avvenire nell'arco di un biennio salvo per il processo incessante dell'informatizzazione.

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.

Questo obiettivo non può certo attendere il completamento di aspetti fondanti come la ristrutturazione ambientale e l'aziendalizzazione per esprimere quel miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni atteso dai cittadini e dal Governo delle istituzioni di riferimento. Numerose sono le azioni programmatiche previste nell'ambito di questo obiettivo e spaziano da materie e settori clinico-assistenziali a materie e settori gestionali ed amministrativi. Se ne elencano solo alcune tra quelle prioritarie:

Completa riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza, già oggetto del citato completamento strutturale, perché possa costituire uno dei punti di eccellenza del Policlinico nei confronti dei cittadini utenti;Rivisitazione di tutta l'accessibilità ai servizi prestati dal Policlinico in termini di unicità di informazioni, prenotazioni,accettazione e pagamento dei ticket, tempestività di risposta con riduzione e/o abolizione delle liste di attesa, umanizzazione dei servizi erogati, semplificazione dei percorsi di pazienti e visitatori;Miglioramento delle attività di preospedalizzazione, di dimissione protetta e di ospedalizzazione a domicilio, con riduzione della

degenza media, anche al fine del già indicato aumento dei casi di ricovero;Miglioramento delle funzionalità delle camere operatorie e degli altri servizi centralizzati con l'ottimizzazione dell'utilizzazione del personale non medico;Utilizzazione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche 24 h su 24 per il conseguimento dei precedenti obiettivi;Potenziamento delle politiche di outsourcing con integrazione dei servizi esternalizzati ed economicità di gestione degli stessi;Promozione della qualità assistenziale attraverso l'adozione di misure di governo clinico con la previsione di meccanismi di formazione medica continua, l'adozione di comportamenti coerenti con la medicina basata sulle prove di efficacia e, infine, la promozione ed il rafforzamento del trasferimento dei risultati delle attività di ricerca nella pratica assistenziale.E' questo evidentemente l'ambito in cui più modernamente viene inteso e si esalta l'insostituibile ruolo dell'Università nel progresso della medicina nelle sue fondamentali componenti di scienza e pratica clinica.Il complesso delle azioni programmatiche descritte, certamente non esaustivo, non può essere attuato senza un contemporaneo, importante potenziamento delle attività amministrative dell'Azienda nei più diversi settori:

Le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa dovranno essere rese congrue, in termini di numero e di competenze degli appartenenti, al coordinamento delle attività di programmazione, gestione e controllo delle attività clinico-assistenziali, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento ed i Responsabili delle Unità Operative complesse. Particolare rilevanza ha l'istituzione del Nucleo di Valutazione previsto dalla normativa vigente per attivare i descritti meccanismi di migliore gestione delle risorse umane.Fondamentale, inoltre, risulta essere la riorganizzazione ed il potenziamento degli uffici amministrativi da concordare con il Direttore Amministrativo dell'Università degli Studi La Sapienza, per raggiungere sempre nell'ambito della reciproca collaborazione, i necessari livelli di efficienza operativa, nella distinzione dei compiti e/o nella definizione delle necessarie integrazioni. Al riguardo, ad esempio, appare evidente come sia del tutto convenzionale l'ascrizione di responsabilità amministrativo-gestionali, nell'ambito del Policlinico, a seconda della specificità di servizi diretti alla parte didattica e di ricerca od alla parte assistenziale. In molti casi, la bipartizione delle responsabilità conduce solo a sovrapposizioni e sprechi; l'ideale sarebbe concordare l'unicità di responsabilità e di gestione cui far seguire la ripartizione parametrica dei costi.Nel settore amministrativo appare assolutamente necessaria la completa riorganizzazione del settore Acquisti e Magazzino e del settore Servizi Tecnici, cui la gran parte delle Unità Operative fa risalire importanti disfunzioni.Il grave squilibrio finanziario che il Policlinico presenta, infine, deve porre al primo posto il raggiungimento di una economicità di gestione, che deve partire da una analisi interna dei costi, avendo a riferimento complessi universitari similari per individuare con immediatezza gli eventuali scostamenti.

1.4.Azioni e strumenti

1.4.1. Il posizionamento dell'Azienda Policlinico Umberto I

Il piano di posizionamento strategico dell'Azienda Policlinico Umberto I° è rigorosamente derivato dalle indicazioni del Piano Sanitario Regionale (P.S.R.), per ogni specifico settore considerato, e prevede un consolidamento dei settori ad elevata specializzazione con l'obiettivo di

1. interrompere le traiettorie di migrazione sanitaria che dal meridione portano alle grosse strutture sanitarie del Nord Italia, incrementando la capacità di attrazione dell'Azienda da fuori regione dall'attuale 8% al 15% dei ricoveri totali;
2. ridurre, se non annullare, la quota di cittadini residenti nella regione Lazio che si rivolgono a strutture extra-regionali per interventi cardiochirurgici (circa 2000 casi all'anno) o per alcuni tipi di trapianto (trapianto dell'intestino);
3. garantire un aumento di capacità produttiva residua in previsione di un decremento dei posti letto per acuti della Regione Lazio, che dovrebbero passare dall'attuale rapporto di 4,5 pl per 1000 abitanti al valore di 4 pl per 1000.

Le attività di interesse strategico individuate, coerentemente con il P.S.R., sono quindi le seguenti:

Settori ad "alto impatto", con ricaduta immediata sulla soddisfazione di alcuni bisogni espressi dalla popolazione in termini di equità, facilità di accesso, omogeneità e qualità delle risposte assistenziali.

Appartengono a questo gruppo **sia le prestazioni con lunghi tempi di attesa, sia le attività caratterizzate da elevata competenza professionale e/o da alta intensità tecnologica.**

Le prestazioni ambulatoriali comprese nell'iter diagnostico del paziente con sospetta patologia oncologica sono l'esempio più comune, ed anche il più critico per quanto riguarda la qualità dell'assistenza, di attività con tempi di attesa eccessivamente lunghi.

L'intervallo di tempo compreso tra il primo sospetto diagnostico e l'inizio del trattamento terapeutico (sia chirurgico che radio/chemioterapico) è fortemente influenzato dalle scarse possibilità di accesso agli esami strumentali (mammografia, ecografie, TAC, RMN) necessari per l'inquadramento clinico del paziente e, una volta formulata la diagnosi definitiva, dalle lunghe liste di attesa per il ricovero.

Rientra pertanto tra i principali obiettivi del piano di rilancio aziendale **l'individuazione di percorsi privilegiati per i pazienti oncologici**, caratterizzati da modalità operative semplificate (punto unico di prenotazione/erogazione delle prestazioni) e da interventi multidisciplinari. Ciò a garanzia dell'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico e della continuità del processo assistenziale.

Un altro settore critico è quello della **attività chirurgica in elezione** (sia generale che specialistica), caratterizzata da elevati tempi di attesa per il ricovero ospedaliero, con ripercussioni negative sulla tempestività della risposta assistenziale, responsabili anche del ricorso, da parte dei pazienti, a strutture di ricovero con tempi di accettazione più brevi.

Il processo di riorganizzazione e di centralizzazione delle attività di sala operatoria, già intrapreso, è teso ad un impiego più efficiente delle risorse disponibili, con prolungamento dell'orario di attività dei blocchi operatori. Aumentando la disponibilità delle sale operatorie sarà possibile eseguire un numero superiore di interventi, intervenendo su uno dei principali "colli di bottiglia" che interferiscono negativamente sull'efficienza delle divisioni di chirurgia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3. La programmazione e il processo di budget

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

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

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

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

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

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

  Sono state infine programmate una serie di riunioni con i responsabili di tutte le Unità Operative dei 32 Dipartimenti/Istituti.
- La Direzione Aziendale ha tenuto circa 25 riunioni con i Direttori e i Responsabili delle Unità Operative di ciascun Dipartimento; ha nuovamente esplicitato gli indirizzi strategici aziendali; ed ha, infine, ha consegnato ai Responsabili delle Unità Operative la documentazione riguardante il Budget comprendente anche le schede da compilare, con gli obiettivi assegnati.
- Infine, con Direttori e i Responsabili delle Unità Operative di ciascun Dipartimento, sono state tenute una serie di riunioni tecniche per la compilazione delle schede e si è provveduto a costituire un data base con i dati riguardanti gli obiettivi quantitativi relativi ai ricoveri ordinari, di day hospital ed alle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2002.

Sono stati pertanto individuati i seguenti obiettivi riguardanti:

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

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

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

1. **Attività in regime di ricovero ordinario**

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Chirurgia Generale**: in questo settore si è ritenuto di incidere contestualmente sulla degenza media, che si attesta attualmente a valori compresi tra 8,5 e 13,3 giorni e sul peso medio della casistica che si attesta a valori compresi tra 0,96 e 1,28; la previsione considerata ragionevolmente attendibile per il 2006 è pari a circa 10 giorni di degenza media e circa 1,30 come peso della casistica.
  Anche per questo settore si prevede di intervenire sulle modalità di partecipazione delle unità operative di chirurgia generale alle attività del DEA, al fine di una più appropriata assegnazione dei pazienti ai reparti, sulla definizione di percorsi preferenziali post-acuzie che permettano un maggiore utilizzo dei posti letto in termini di degenza media e indice di rotazione, nonché sul potenziamento delle attività erogate in pre–ospedalizzazione, al fine di ridurre la degenza media pre-operatoria.
- **Chirurgia specialistica**: in questo settore l'intervento più rilevante ha riguardato l'aumento del peso medio della casistica, in relazione alla naturale vocazione delle strutture a gestire una casistica complessa; la previsione degli incrementi di peso medio è variabile da un Dipartimento all'altro, sia in funzione della relativa disciplina di appartenenza, sia in relazione al dato di partenza.
  Per quanto riguarda gli interventi programmati finalizzati alla rimodulazione dell'attività, oltre a quanto previsto nel settore delle medicine specialistiche, sono previsti specifici interventi nei settori di elevata specializzazione quali la Neurochirurgia, la Cardiochirurgia, i Trapianti di organi e tessuti, come specificato più avanti nel documento.
- **Materno-infantile**: in questo settore si è ritenuto di incidere contestualmente sulla degenza media, che si attesta attualmente a valori compresi tra 6,4 e 7,6 giorni e sul peso medio della casistica che si attesta a valori intorno a 0,83 punti; la previsione considerata ragionevolmente attendibile per il 2006 è pari a circa 6 giorni di degenza media e circa 0,90 come peso della casistica.
  Il potenziamento delle attività assistenziali sarà ottenuto attraverso la revisione delle modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche con individuazione del regime di erogazione più corretto, e, in campo pediatrico, attraverso specifiche iniziative collegate all'attivazione del DEA Pediatrico, al potenziamento delle attività erogate dai centri di riferimento regionali quali il Centro per la Fibrosi Cistica e il Centro per la Celiachia, finalizzate alla razionalizzazione dei percorsi assistenziali di tali pazienti.
- **Terapie intensive**: in questo settore l'attenzione è stata posta al consolidamento dei volumi di attività, orientando l'attenzione degli operatori sanitari sul versante della professionalità e della qualità delle prestazioni erogate.

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

2. **Attività in regime di ricovero diurno**

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

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

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

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

3. **Attività in regime ambulatoriale**

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

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

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

4. **Attività per l'emergenza urgenza**

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

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

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

1.4.4. Interventi di sistema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.5. Il Dipartimento di Accettazione Emergenza (DEA)

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

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

- Identificare le aree di responsabilità. In primo luogo dovrà essere nominato un nuovo coordinatore del Dipartimento di Emergenza Accettazione con un profilo professionale orientato alle competenze organizzativo-gestionali; sono state individuate cinque macro-settori di responsabilità (area chirurgica, area medica, ortopedia, radiologia, laboratorio), ciascuno dei quali diretto da un responsabile. L'area medica sarà separata in due settori: l'area diretta dell'emergenza, che dovrà responsabilizzarsi dell'accoglienza del paziente che accede al dipartimento e del successivo percorso interno, e l'area dell'osservazione e della breve degenza. In ogni caso, ciascun nucleo operativo, identificato come responsabile di una parte del percorso assistenziale sia di area medica che infermieristica, dovrà prevedere una responsabilità decisionale e gestionale.

- Definire percorsi separati per tipologia di pazienti. A questo riguardo si intende realizzare percorsi separati: per i casi di lieve e modesta gravità clinica; per i casi di maggiore gravità; per i pazienti con problemi cardiologici in modo da alimentare correttamente il percorso che porta agli interventi di angioplastica primaria attualmente operativi sulle 24 ore. I casi di minore gravità clinica dovranno andare ad alimentare le attività ambulatoriali del policlinico e iniziare il percorso assistenziale garantendo la continuità delle prestazioni interne. Questo intervento dovrebbe migliorare la funzione di filtro del DEA, evitando di scaricare sui reparti clinici richieste di prestazioni inappropriate.

- Migliorare i collegamenti fra DEA e attività ambulatoriali dell'azienda e rafforzare la presenza della componente sociale di raccordo con i servizi sociali del Comune.

- Potenziare l'area dell'emergenza psichiatrica con l'attivazione di posti letto dedicati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inadeguatezza dell'organizzazione delle attività e dei percorsi assistenziali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Individuare le risorse umane impiegate in attività di laboratorio;

Definire il bacino di utenza di ciascun laboratorio;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- radiologia diagnostica materno infantile e Centro Donna (centralizzazione MOC, mammografia ed ecografia per patologie femminili) con 1 U.O.C. presso il Dipartimento di Scienze Ginecologiche;

➢ individuazione di un'area di medicina nucleare e di radioterapia:

- Medicina Nucleare con 1 U.O.C. presso il Dipartimento di Scienze Radiologiche;
- radioterapia con 1 U.O.C. presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia.

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

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

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

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

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

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

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

appuntamenti sia per le visite che per tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in regime ambulatoriale o di ricovero diurno o a ciclo continuo, fino all'organizzazione dell'assistenza extraospedaliera.

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

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

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

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

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

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

1.4.8. Riabilitazione e lungodegenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fase di completamento del circuito riabilitativo esterno -

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

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

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

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

Pazienti politraumatizzati, artroprotesizzati (anca-ginocchio)

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

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

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

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

1.4.9. Coordinamento e organizzazione delle attività ambulatoriali per esterni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

promozione di nuovi percorsi assistenziali;

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

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

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

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

1.4.10. Interventi incentivanti sul personale

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

1.4.11. Intramoenia d'equipe

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.12. Contratti a retribuzione variabile

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

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

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

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

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

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

1.4.13. Sistemi d'incentivazione generale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.15. Promozione della buona pratica assistenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. GLI ASPETTI QUANTITATIVI

2.1.La metodologia specifica

2.1.1. Le Premesse

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

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

Le assunzioni e osservazioni di base erano le seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

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

    oppure
  - la disattivazione dei servizi stessi.

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

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

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

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

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

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

Quali ulteriori informazioni metodologiche specifichiamo che:

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

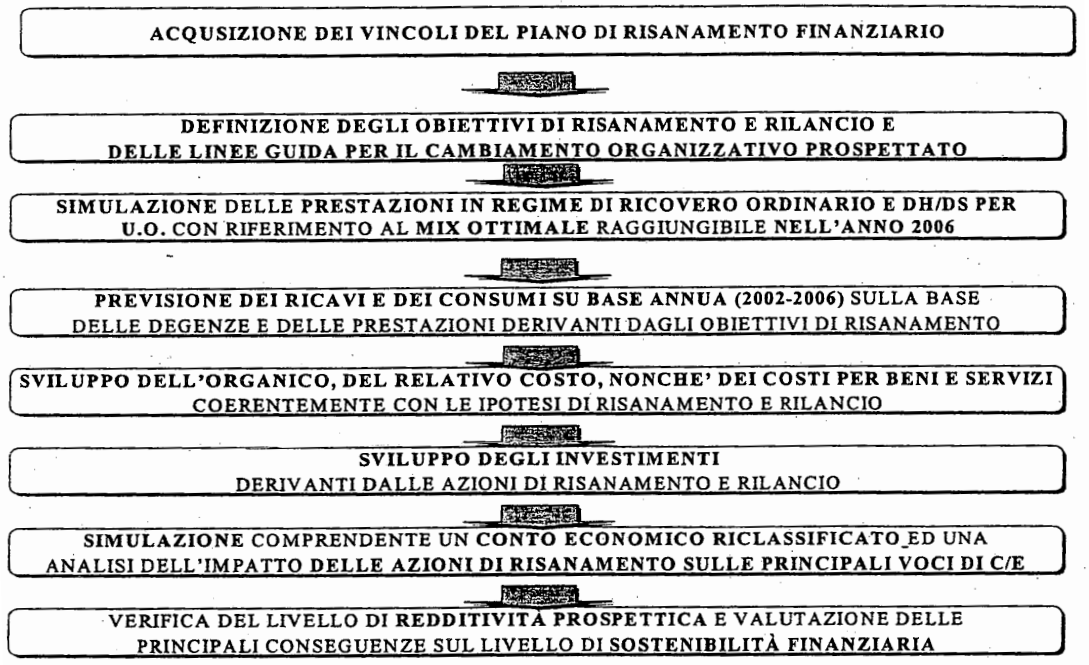
In ultimo, qui di seguito, vengono presentate in sintesi le fasi metodologiche sottostanti il modello di simulazione economica e finanziaria.

---

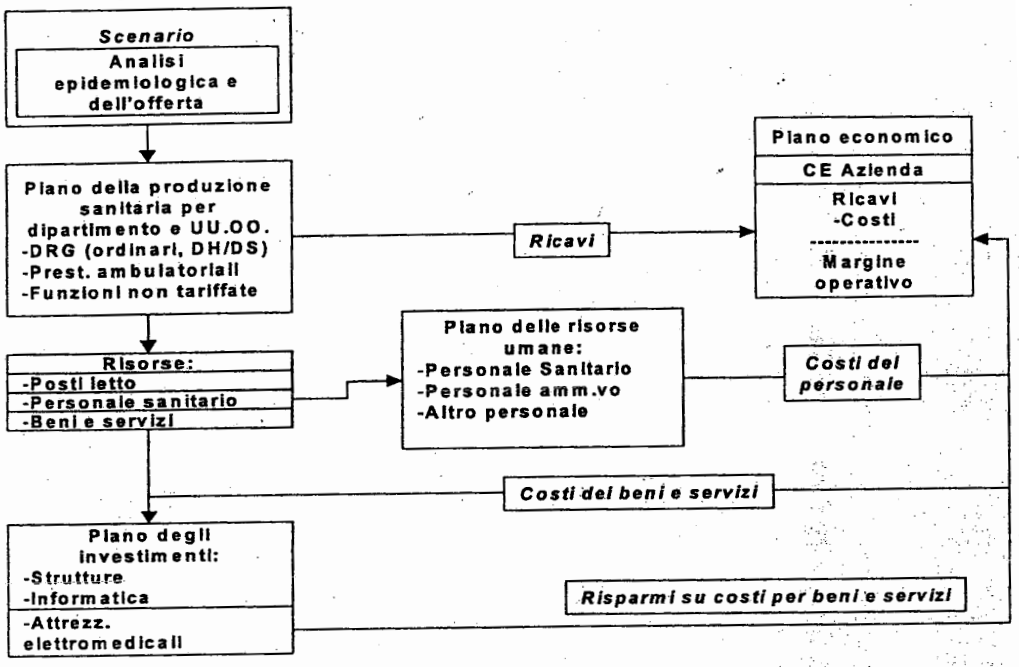
[2] Si fa presente che nel piano di risanamento, per assenza di adeguate stime di preconsuntivo per l'anno 2001, si era assunta l'identità economica del 2001 con il 2000. Il piano di rilancio, invece, include il conto economico consuntivo predisposto per l'anno 2001.

2.1.2. Il processo di Pianificazione

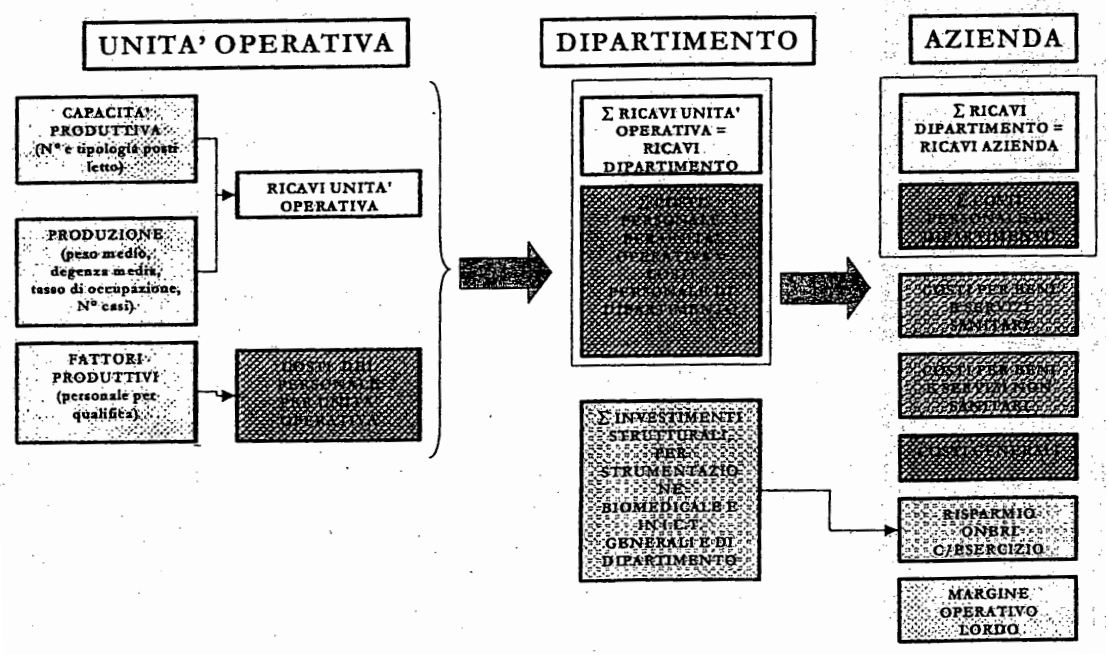
Il seguente schema illustra le fasi del processo di pianificazione adottato:



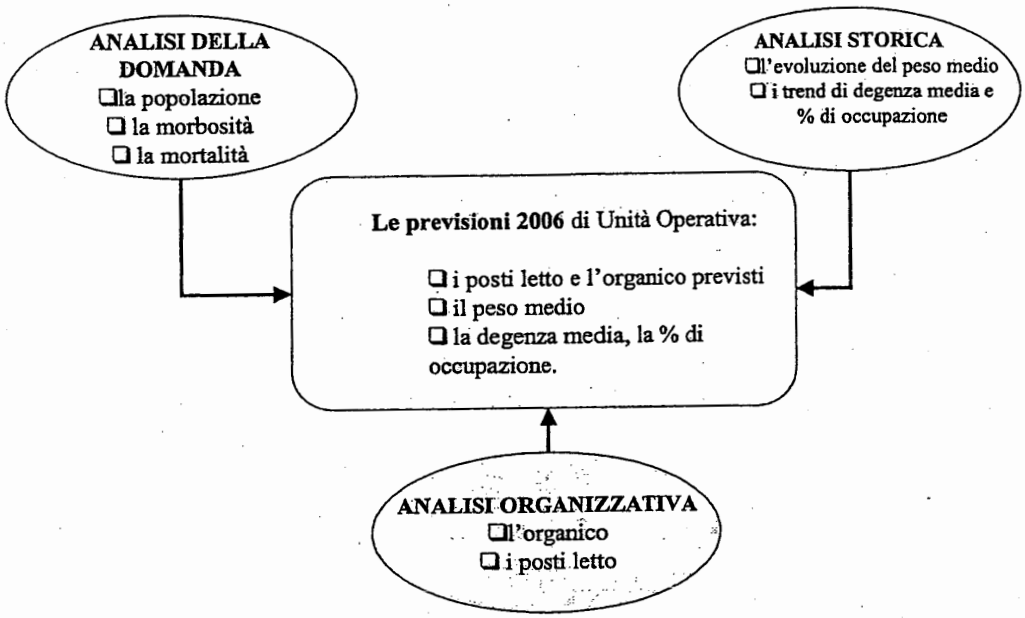
2.1.3. Architettura del Modello di Simulazione



2.1.4. Articolazione della Pianificazione rispetto all'Organizzazione



2.1.5. Il metodo di Valutazione della Produzione Sanitaria



2.1.6. La determinazione dei volumi e del valore della produzione

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

CAPACITA'	DOTAZIONE DI POSTI LETTO O DI UNITA' OPERATIVE DI SERVIZIO AMBULATORIALE O DIAGNOSTICO
X	
SATURAZIONE	OCCUPAZIONE DEI LETTI
X	
PRODUTTIVITA'	DEGENZA MEDIA (ORDINARIO), CICLO MEDIO (DIURNO)
X	
COMPLESSITA'	PESO MEDIO DELLE PRESTAZIONI IN PUNTI
X	
TARIFFA	VALORE UNITARIO DEL PUNTO O VALORE MEDIO DELLA VISITA AMBULATORIALE PER ESTERNI
=	
VALORE DELLA PRODUZIONE	

2.1.7. le fonti informative

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

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

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

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

2.1.8. Il Benchmark Regionale

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

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

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

2.1.9. Le principali assunzioni

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

Ipotesi relative allo scenario di sviluppo

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

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

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

a) scenario base: la struttura produttiva, in termini di posti letto equivalenti e personale assistenziale, non varia nell'arco temporale prospettico considerato.

b) scenario con trasferimenti di posti letto verso altre strutture, al quale si correlano anche trasferimenti di personale assistenziale, oltre a conseguenti riduzioni più o meno proporzionali sul fronte dei consumi, dei servizi e dei costi di struttura

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

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

Orizzonte temporale della Pianificazione

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

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

Posizionamento degli obiettivi della Pianificazione

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

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

Tariffe attive delle prestazioni ed i servizi

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

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

Tale ipotesi ricalca la situazione registrata nel bilancio 2001

Consistenza dell'organico

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

servizi di natura sanitaria in regime di convenzione (outsourcing) o di contratto individuale. Sono, invece, escluse le persone che prestano servizi di supporto esterno (es. data entry), pur essendo fisicamente collocati presso i locali aziendali.

La valutazione del fabbisogno, nonché le determinazioni di calcolo per individuare gli eventuali esuberi, sono state effettuate con riferimento ad una articolazione analitica intermedia delle qualifiche oggi presenti nel Policlinico, sufficiente per dettagliare gli interventi di risanamento.

La consistenza in termini di personale equivalente è riferita al 2001 ed è pari a 6.759 unità

La consistenza puntuale è riferita al 1° semestre 2002 ed è pari a 6.681 unità.

Costo del personale

Si assume che il valore complessivo di riferimento di tutto il personale consiste nel dato di bilancio preconsuntivo 2001, incrementato delle differenze contrattuali 2002 individuate dal settore Risorse Umane per le singole qualifiche interessate.

L'articolazione del costo unitario medio per singola qualifica e per ciascuna categoria aziendale è stata determinata applicando proporzionalmente le risultanze retributive presenti nella documentazione relativa agli stipendi (cedolini)

Consumi di beni e servizi sanitari

Le ipotesi relative ai consumi di beni e servizi sanitari vengono ricondotte principalmente alla quota di consumo di farmaci e presidi, la quale viene individuata con una metodologia di confronto diretto con benchmark di altre strutture sanitarie (di varia composizione in termini di specialità assistenziali e di servizio).

Infatti, correlata alla complessità media del Policlinico, l'incidenza di tale voce rispetto ai ricavi da attività assistenziale e da servizi dovrebbe assumere un valore di circa il 20% quale obiettivo per il 2006.

Tale ipotesi risulta prudenziale in quanto derivata dal confronto di strutture sanitarie di media efficienza. In presenza di interventi eccezionali (es. gare, ecc.), tale quota potrebbe verosimilmente scendere.

Consumi di beni e servizi non sanitari, appalti, manutenzioni, ecc.

Per l'individuazione degli obiettivi di riduzione degli oneri relativi a tali voci, si è fatto riferimento ad un'analisi dei principali contratti oggi in essere effettuata dalla Direzione Amministrativa, la quale conduce all'individuazione di un obiettivo di riduzione della spesa del 20% circa nell'arco di quattro esercizi prospettici, nello scenario di invarianza dei posti letto, mentre la riduzione potrebbe risultare superiore in ipotesi di trasferimento di posti letto e personale.

Investimenti

Le ipotesi relative agli investimenti sono state elaborate effettuando un'analisi del fabbisogno tecnicamente riscontrato in Azienda, con riferimento alle seguenti aree:

- Apparecchiature biomedicali
- Sicurezza
- Information & communication technology

La copertura dei relativi oneri è stata individuata progressivamente partendo dalle disponibilità di finanziamenti c/capitale deliberati ed iscritti in bilancio (al netto dei prelievi

effettuati alla data) ed ipotizzando via via la riformulazione delle destinazioni di fondi non iscritti in bilancio ma destinati al Policlinico per finalità differenti da quelle assunte nel presente piano. Le disponibilità complessivamente individuate ammontano a quasi 43 milioni di Euro, il cui dettaglio è riportato più avanti.

L'eventuale differenza non coperta non viene comunque imputata nel conto economico dell'Azienda, assumendo dunque che essa sia finanziabile da finanziamenti c/capitale da accendere presso la Regione. La prassi contabile considera il contributo regionale per il finanziamento degli investimenti come reddito. Questo implica che, contabilmente, l'ammortamento è sterilizzato e non incide sul risultato economico.

Gli effetti degli investimenti, schedulati nel corso dei prossimi 4 esercizi, vengono presi in considerazione con riferimento ai risparmi netti o agli incrementi netti di oneri c/esercizio che gli interventi stessi comporterebbero qualora realizzati fisicamente.

La Capacità Produttiva

La prima variabile di pianificazione è costituita dalla capacità produttiva dell'Azienda Policlinico Umberto I, in termini di :

- posti letto equivalenti per le degenze ordinarie, attualmente pari a 1.700 unità
- posti letto equivalenti per le degenze diurne, attualmente pari a 280 unità circa
- unità operative dedicate ai servizi di laboratorio, diagnostica e ambulatorio.

Per la costruzione del business plan sono stati al riguardo considerati i due scenari precedentemente descritti:

a) scenario base, ossia senza variazione dei posti letto rispetto alla situazione attuale, analizzando la dotazione strutturale per ogni unità operativa e dipartimento (capacità produttiva di regime);

b) scenario con trasferimento di 650 posti letto ordinari e 130 posti letto diurni, che condurrebbe ad una capacità produttiva residuale pari a 1.000 posti letto ordinari, 150 diurni e 50 di riabilitazione, così come indicato nel Protocollo d'Intesa Regione Lazio-Università "La Sapienza" del 2/8/02

Poiché risultano tuttora indeterminate alcune variabili riguardanti il processo di disattivazione dei posti letto (tempi e specialità di riferimento) e di trasferimento di personale (richieste, tempi, mix, ecc.), i risultati della pianificazione di cui allo scenario b) sono stati costruiti con riferimento ai seguenti aspetti:

- Determinazione degli obiettivi di risanamento coerenti con la consistenza finale residuale al 2006 in termini di posti letto (1.200 complessivamente) e di personale (3,46 unità per posto letto ordinario), coerentemente con le indicazioni del già citato Protocollo d'Intesa del 2002;
- Differenze tra tali obiettivi e la situazione 2002 stimata a finire, senza effettuare valutazioni sul periodo intermedio. Ciò dipende dalla estrema variabilità della progressione dei risultati, correlata alle varie possibilità di articolazione e scheduling del piano di disattivazione, tuttora indeterminato.

I volumi ed il valore della Produzione

Il valore della produzione aziendale attesa per il periodo di piano 2002-2006 è stato calcolato valorizzando le prestazioni (volumi) erogabili da ciascuna specialità, distinte in:

- Ricoveri ordinari
- Ricoveri diurni (Day Hospital e Day Surgery)
- Prestazioni ambulatoriali e Servzi

- Prestazioni di Pronto Soccorso
- Altri servizi

Nelle tabelle seguenti sono riportati gli indicatori di produzione sanitaria per il totale dell'azienda e per i singoli Dipartimenti/Istituti.

Nei capitoli 1.3 e 1.4 sono state descritte in dettaglio le linee guida e gli specifici obiettivi utilizzati per lo sviluppo delle attività sanitarie.

2.2.I risultati dell'attività sanitaria

Nello schema che segue si sintetizza l'evoluzione degli obiettivi operativi relativi alla produzione e del valore della **produzione in regime di ricovero ordinario.**

SITUAZIONE ATTUALE (STIMA 2002)	
⇨Posti letto	1.700
⇨Casi	47.500
⇨Occupazione	88%
⇨Peso medio	1,26
⇨Degenza media	11,2
⇨Valore della produzione **161 milioni euro**	

SITUAZIONE OBIETTIVO SENZARIDUZIONE P.L. (PREV. 2006)	
⇨Posti letto	1.700
⇨Casi	58.300
⇨Occupazione	85%
⇨Peso medio	1,39
⇨Degenza media	8,9
⇨Valore della produzione **201 milioni euro**	

SITUAZIONE OBIETTIVO CON RIDUZ. P.L. (PREV. 2006)	
⇨Posti letto	1.000
⇨Casi	34.300
⇨Occupazione	85%
⇨Peso medio	1,39
⇨Degenza media	8,9
⇨Valore della produzione **118 milioni euro**	

Nello schema che segue si sintetizza l'evoluzione degli obiettivi operativi relativi alla produzione e del valore della **produzione in regime di ricovero diurno.**

SITUAZIONE ATTUALE (STIMA 2002)	
⇨Posti letto	280
⇨Casi	32.800
⇨Occupazione	76%
⇨Peso medio	1,00
⇨Accessi medi	3,2
⇨Valore della produzione **28,8 milioni euro**	

SITUAZIONE OBIETTIVO SENZARIDUZIONE P.L. (PREV. 2006)	
⇨Posti letto	280
⇨Casi	49.200
⇨Occupazione	91%
⇨Peso medio	1,05
⇨Accessi medi	2,6
⇨Valore della produzione **37milioni euro**	

SITUAZIONE OBIETTIVO CON RIDUZ. P.L. (PREV. 2006)	
⇨Posti letto	150
⇨Casi	26.300
⇨Occupazione	91%
⇨Peso medio	1,05
⇨Accessi medi	2,6
⇨Valore della produzione **19,8 milioni euro**	

Nello schema che segue si sintetizzano le ipotesi e si anticipano **i risultati relativi alla produzione e alla relativa valorizzazione delle prestazioni.**

SITUAZIONE ATTUALE (STIMA 2002)	
⇨Casi	1.705.000
⇨Valore della produzione **27,3 milioni euro**	

SITUAZIONE OBIETTIVO SENZARIDUZIONE P.L. (PREV. 2006)	
⇨Casi	1.756.000
⇨Valore della produzione **28,1 milioni euro**	

SITUAZIONE OBIETTIVO CON RIDUZ. P.L. (PREV. 2006)	
⇨Casi	1.033.000
⇨Valore della produzione **16,5 milioni euro**	

Nello schema che segue sono sintetizzate le ipotesi e risultati relativi alla valorizzazione della **produzione del Pronto Soccorso ed altre prestazioni non tariffate.**

DEA

SITUAZIONE ATTUALE (STIMA 2002)	SITUAZIONE OBIETTIVO SENZARIDUZIONE P.L. (PREV. 2006)	SITUAZIONE OBIETTIVO CON RIDUZ. P.L. (PREV. 2006)
⇨Ricavi da accessi **16.800**	⇨Ricavi da accessi **16.800**	⇨Ricavi da accessi **16.800**
⇨Maggiorazione **8.000**	⇨Maggiorazione **10.000**	⇨Maggiorazione **10.000**
⇨Valore della produzione **24,8 milioni euro**	⇨Valore della produzione **26,8 milioni euro**	⇨Valore della produzione **26,8 milioni euro**

Altre prestazioni non tariffate

⇨Valore della produzione **6,4 milioni euro**	⇨Valore della produzione **7,8 milioni euro**	⇨Valore della produzione **7,8 milioni euro**

Viene qui di seguito riportata una sintesi dell'evoluzione dei principali indicatori di produzione:

	AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I			
INDICATORI DI PRODUZIONE	2001	2002	2006	Delta 2002 -2006
Degenze ordinarie				
Posti letto	1700	1700	1700	-
N. Casi	46.972	47.518	58.295	10.777
Peso Medio	2,52	1,26	1,39	0,14
Degenza media	11,3	11,2	8,9	- 2,35
% occupazione	96%	88%	85%	-3%
Ricavo totale (000.Euro)	156.605	160.886	201.132	40.246
Degenze diurne				
Posti letto	270	281	281	-
N. Casi	31.058	32.807	49.249	16.442
Peso Medio	1,01	1,00	1,05	0,05
Accessi medi	2,84	3,2	2,6	- 0,62
% occupazione	66%	76%	91%	15%
Ricavo totale (000.Euro)	25.893	28.789	37.020	8.232
Prestazioni Ambulatoriali				
N°di prestazioni	1.687.660	1.704.537	1.756.186	68.526
Ricavo totale (000.Euro)	27.003	27.273	28.099	1.096
Emergenza				
Accessi	16.769	16.769	16.769	
% su DRG	7.535	8.044	10.057	
Ricavo totale (000.Euro)	24.304	24.814	26.826	2.012
Altre prestazioni	6.136	6.442	7.831	1.695
Ricavi Totali (000.Euro)	**239.941**	**248.203**	**300.908**	52.704
Degenze Ordinarie	156.605	160.886	201.132	40.246
Degenze Diurne	25.893	28.789	37.020	8.232
Prestazioni Ambulator.	27.003	27.273	28.099	826
Emergenza	24.304	24.814	26.826	2.012
Altre Prestazioni	6.136	6.442	7.831	1.388

Le seguenti tabelle descrivono l'evoluzione di due indicatori di produzione, peso medio e degenza media, per degenze ordinarie e per degenze diurne, a confronto con dati di benchmark.

		2002.ORDINARI		2006 ORDINARI		Delta		benchmark		Delta	
DIP	DESCRIZIONE	PESO MEDIO	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO	DEG MEDIA	PESO MEDIO	DEGMEDIA	PESO MEDIO	DEGMEDIA	D Peso	D Deg Media
CAA	DIP DI MEDICINA INTERNA	1,57	15,5	1,57	11,4	0,00	-4,1	1,16	9,4	0,4	2,1
CAB	DIP DI SCIENZE CLINICHE	0,95	15,5	1,21	11,5	0,25	-4,0				
CAD	DIP FISIOPATOLOGIA MEDICA	1,18	14,5	1,25	11,5	0,07	-3,0				
CAF	DIP. SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO	1,35	16,1	1,35	12,5	0,00	-3,6				
CAI	DIP SCIENZE CARD.E RESP.	1,76	9,1	1,76	8,0	0,00	-1,1	1,6	6,9	0,2	1,1
CAW	DIP MAL.INFETTIVE E TROPICALI	1,13	11,1	1,30	9,5	0,17	-1,6	1,3	10,6	0,0	-1,1
CAX	DIP TERAPIA MEDICA	0,94	16,7	1,20	11,5	0,26	-5,2				
CAY	MEDICINA CLINICA	0,92	14,7	1,20	11,5	0,28	-3,2				
CCA	DIP CHIRURGIA PIETRO VALDONI	1,28	13,3	1,40	10,0	0,12	-3,3	1,2	9,1	0,2	0,9
CCB	DIP.CHIR.GEN.SPEC.CHIR.TRAPIANTI P. STEFANINI	1,66	11,9	1,70	11,0	0,04	-1,0				
CCC	Dip. Scienze cHirurgiche	1,08	10,8	1,30	10,0	0,22	-0,8				
CCD	DIP. SCIENZE CHIR.CHE E T.GIE MED.APPLICATE	1,11	11,4	1,30	10,0	0,19	-1,4				
CCF	Istituto Chirurgia del Cuore e grossi vasi	3,60	14,1	3,80	13,0	0,20	-1,1				
CCG	ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.	0,96	8,5	1,10	8,5	0,14	0,0	1,2	9,1	-0,1	-0,6
CDA	DIP OTORINO AUDIOLOGIA FONIATRIA	1,24	11,4	1,24	8,5	0,00	-2,9	0,7	4,9	0,5	3,6
CDM	ISTITUTO OFTALMOLOGIA	0,75	5,9	1,00	5,0	0,25	-0,9	0,8	3,9	0,2	1,1
CEA	ISTITUTO CL.ODONTOIATRICA	1,54	5,1	1,60	5,0	0,06	-0,1				
CEM	DIP. SCIENZE APPARATO LOCOMOTORE	1,02	12,2	1,30	11,0	0,28	-1,2	1,4	10,1	-0,1	0,9
CFA	DIP. MAL.CUTANEE CHIR.PLAST.RIC.VA	0,95	11,8	1,20	8,0	0,25	-3,8	1,1	6,3	0,1	1,7
CFG	DIP UROLOGIA	1,34	10,0	1,50	8,5	0,16	-1,5	1,3	9,7	0,2	-1,2
CFH	DIP.SC.GIN.PERINATOL. PUERICULTURA	0,79	5,4	0,95	5,0	0,16	-0,4	0,7	4,5	0,3	0,5
CFM	ISTITUTO CL.PEDIATRICA	0,81	6,4	0,90	6,0	0,09	-0,4	0,6	5,4	0,3	0,6
CFO	DIP. SC.NEURO e PSICH. dell'ETA'EVOLUTIVA	0,88	4,1	0,90	7,6	0,02	3,6				
CGA	DIP SCIENZE NEUROLOGICHE	1,60	14,2	2,00	12,0	0,40	-2,2	2,3	14	-0,3	-2,0
CGD	DIP.SC.PSICHIATRICHE.e MED.PSICOLOGICA	1,04	18,4	1,04	16,0	0,00	-2,4	1,1	6,5	-0,1	9,5
CGK	DIP NEUROLOGIA OTORINO	1,11	10,4	1,11	8,5	0,00	-1,9	0,7	4,9	0,4	3,6
CHD	DIP.TO BIOTECNOL. CELL.ARI E EMATOLOGIA	3,92	17,5	3,92	15,0	0,00	-2,5	3,6	9,7	0,3	5,3
CLA	DIP SCIENZE RADIOLOGICHE	1,00	46,7	1,00	46,7	0,00	0,0	1	9,3	0,0	37,4
CLB	DIP SCIENZE ANESTESIOLOGICHE	2,96	13,9	3,00	13,0	0,04	-0,9				
CXX	DIP MEDICINA SPERIMENTALE	1,37	17,3	1,40	12,0	0,03	-5,3				
H01	DEA	1,00	1,9	1,00	1,9	0,00	0,0				
	AZIENDA	1,26	11,2	1,39	8,86	0,14	2,3				

		2005 DIURNI	2006 ORDINARI	Delta		BENCHMARK	Delta
DIP	DESCRIZIONE	PESO MEDIO	PESO MEDIO	PESO MEDIO	% OCC	PESO MEDIO	
CAA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	0,98	1,00	0,02	-14%	0,9	0,08
CAB	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE	0,79	0,79	-0,01	40%		
CAD	DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA MEDICA	0,75	0,75	0,00	50%		
CAF	DIP. SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO	0,87	0,87	0,00	45%		
CAW	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,11	1,30	0,19	55%	1,3	-0,19
CAX	DIPARTIMENTO TERAPIA MEDICA	0,91	0,91	0,00	48%		
CAY	MEDICINA CLINICA	1,25	1,24	-0,01	19%		
CCA	DIPARTIMENTO CHIRURGIA PIETRO VALDONI	1,05	1,05	0,00	-66%	0,7	0,35
CCD	DIP. SCIENZE CHIR.CHE E T.GIE MED.APPLICATE	0,86	1,20	0,34	49%		
CCG	ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.	0,70	1,00	0,30	-2%		
CDA	DIPARTIMENTO OTORINO AUDIOLOGIA FONIATRIA	0,84	0,84	0,00	68%	0,8	0,04
CDM	ISTITUTO OFTALMOLOGIA	0,70	0,70	0,00	0%	0,8	-0,10
CEA	ISTITUTO CL.ODONTOIATRICA	0,72	0,75	0,03	33%		
CFA	DIP. MAL.CUTANEE CHIR.PLAST.RIC.VA	0,28	1,20	0,92	-15%	0,9	-0,62
CFG	DIPARTIMENTO UROLOGIA	0,80	1,00	0,20	15%	0,8	0,00
CFH	DIP.SC.GIN.PERINATOL. PUERICULTURA	0,45	0,60	0,15	72%	0,5	-0,05
CFM	ISTITUTO CL.PEDIATRICA	0,74	0,75	0,01	39%	0,6	0,14
CFO	DIP. SC.NEURO e PSICH. dell'ETA'EVOLUTIVA	0,76	0,77	0,01	25%		
CGA	DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE	1,07	1,07	0,00	38%	1	0,07
CGD	DIP.SC.PSICHIATRICHE.e MED.PSICOLOGICA	1,09	1,09	0,00	50%	1	0,09
CGK	DIPARTIMENTO NEUROLOGIA OTORINO	0,90	0,91	0,01	53%	0,8	0,10
CHD	DIP.TO BIOTECNOL. CELL.ARI E EMATOLOGIA	2,26	2,26	0,00	-18%	2,1	0,16
CXX	DIPARTIMENTO MEDICINA SPERIMENTALE	0,80	0,8	0,00	-63%		
	AZIENDA	1,01	1,05	0,04	25%		

Nell'allegato 4 sono riportati tutti i valori della produzione delle singole Unità Operative aggregate per i relativi Dipartimenti/Istituti.

2.3. La valorizzazione dei costi diretti (personale, beni e servizi) e dei costi generali

2.3.1. Il personale

La riforma sanitaria ex DDL 502/92 e ss. mm., nell'ambito del più vasto panorama di riforma della P. A., individua, quale fattore fondamentale nel processo di aziendalizzazione dell'attività assistenziale, il momento di una nuova organizzazione e conseguente riordino dell'assetto organizzativo della "forza lavoro", creando un percorso preferenziale che contempla perfino il passaggio dei rapporti di lavoro dalla rigidità della contrattazione pubblicistica alla flessibilità di quella privatistica (reclutamento, progressioni, incentivazioni incarichi).

Tale processo di riorganizzazione, che deve tra l'altro rispondere al principio generale di riduzione della spesa complessiva del personale, tenuto fermo il quadro delle assunzioni compatibili con gli obiettivi della programmazione e pianificazione aziendale, trova difficile applicazione nell'Azienda Policlinico proprio in relazione alla peculiarità dell'Ente e alla diversa tipologia di costituzione del personale che vi opera.

L'Azienda Policlinico ha nella propria dotazione "organica" personale appartenente ai ruoli regionali (circa 2.500 di cui 224 Dirigenti Medici, 67 Dirigenti Tecnici e Sanitari e 2200 di "comparto") e personale afferente ai ruoli universitari (circa 4100 di cui 1250 Dirigenti Medici, 420 Dirigenti Sanitari, Amministrativi e 2400 di "comparto") che si fonda in un unico contesto lavorativo, con la specificità propria di due diversi e distinti stati giuridici.

La coesistenza di tali due canali di composizione delle risorse umane e dei relativi "finanziamenti" (Regione – Università) rende più complessa la gestione economica finanziaria in quella ottica di unitarietà aziendale oggi, ancor più, pregnante.

Coesistono, infatti, due diversi contratti che, nascenti da normative difformi, determinano nella applicazione una differenziazione di trattamento del personale a seconda della appartenenza all'uno o all'altro stato giuridico e comportano un trattamento economico differenziato anche a parità di mansioni, con conseguente conflittualità a livello, a volte interpersonale, ma generalmente di categoria; circostanza questa di tale rilevanza che, nota da sempre, ha richiesto l'intervento del Legislatore, con l'art. 31 del DPR 761/79, che ha in parte superato le divergenze applicative diminuendo la conflittualità degli operatori dei due comparti.

L'impianto normo-economico attuato attraverso il D. I. M. di equiparazione tra diversi livelli, , ha tenuto, fino al passaggio coi recenti CC. NN. LL., nel sistema delle categorie e classi che (con l'accorpamento di più livelli nella medesima categoria sia pure in fase di prima applicazione) oggi non appare più rispondente ai presupposti di equiparazione ma, anzi, si pone come elemento di ulteriore disfunzione organizzativa.

La citata dualità comporta che benefici contrattuali, concessi e anche concordati con le OO. SS., dalle rispettive Amministrazioni al "proprio" personale costituiscono volano di rivendicazioni, sui medesimi istituti contrattuali tra di loro intercorrenti e intersecanti, perfino sulle progressioni di carriera.

Proprio ad es. le modalità di accesso alla categoria dirigenziale, per il cosiddetto "avanzamento interno", da un lato (universitario) conseguibile per effetto della equiparazione "economica", dall'altro (aziendale) non possibile per lo sbarramento funzionario-dirigente, costituisce l'esempio più eclatante delle disfunzioni gestionali.

Tale stato, ha portato, da ultimo, alla "nomina" di circa 400 "dirigenti-economici", cui non è stato possibile affidare alcun incarico né alcuna conseguente valutazione, per carenza di posizione nel contesto aziendale mentre di contro, viene loro erogato ogni elemento retributivo, ivi inclusa l'indennità di posizione, con un effetto dirompente, tra l'altro, sulla credibilità organizzativa aziendale.

Essendo stata l'Amministrazione dell'Azienda, "costretta" ad operare in tal modo, è stato difficile assicurare quel rispetto dei tetti di spesa (incrementi contrattuali, fondi, incentivazione, ecc) e delle compatibilità finanziarie che la contrattazione decentrata deve, comunque, osservare. Pertanto si è dato spesso esito a "sfondamenti" di spesa incompatibili con la situazione economico-finanziaria.

A tal fine seppur potendosi ragionevolmente affermare che, per l'Azienda, il costo pro-capite del personale universitario è inferiore rispetto a quello di pari grado e funzioni del SSN (non fosse altro perché lo stipendio base viene integralmente liquidato dall'Università), è anche e soprattutto vero che, sull'Azienda, grava la cosiddetta equiparazione e il salario accessorio (derivante dalla contrattazione aziendale) nel cui ammontare gran peso assumono le distorte applicazioni e le disfunzioni gestionali di cui sopra: tant'è che il salario accessorio medio pro-capite è tra i più alti degli Ospedali laziali. E' stato considerato dalla Regione esorbitante del 15% quello medio dei più grandi complessi ospedalieri romani.

Nella pagina successiva è riportata una tabella che illustra il valore del costo unitario medio delle varie qualifiche e categorie presenti nell'Azienda, con riferimento ai dati del 2001.

La seguente tabella descrive il Costo Unitario Medio del personale, suddiviso per ente di appartenenza e per qualifica professionale, con riferimento all'esercizio 2001:

ENTE	ami-uomo	figura	Costo Unitario Medio	Costo effettivo
UNI	198	Altri dirigenti sanitari	0,038	7,53
	198	**Totale Altri dirigenti sanitari**	0,038	
UNI	17	Altro	0,005	0,08
REG	52	Altro	0,045	2,32
REL	10	Altro	0,029	0,29
AIL	6	Altro	0,034	0,21
	85	**Totale Altro**	0,034	
UNI	477	Amministrativi	0,008	3,91
REG	191	Amministrativi	0,043	8,22
AIL	16	Amministrativi	0,034	0,55
	684	**Totale Amministrativi**	0,019	
UNI	702	Ausiliari	0,007	4,77
REG	305	Ausiliari	0,038	11,64
CON	3	Ausiliari	0,005	0,01
AIL	26	Ausiliari	0,032	0,84
	1.036	**Totale Ausiliari**	0,017	
UNI	64	Caposala	0,009	0,61
REG	117	Caposala	0,050	5,89
REL	4	Caposala	0,032	0,13
CRI	16	Caposala	0,038	0,61
AIL	1	Caposala	0,037	0,04
	203	**Totale Caposala**	0,036	
UNI	1.123	Dirigente medico di I livello	0,051	56,74
REG	63	Dirigente medico di I livello	0,099	6,25
CON	66	Dirigente medico di I livello	0,038	2,49
CLP	54	Dirigente medico di I livello	0,042	2,28
AIL	21	Dirigente medico di I livello	0,051	1,07
	1.327	**Totale Dirigente medico di I livell**	0,052	
UNI	288	Dirigente medico di II livello	0,049	14,24
REG	8	Dirigente medico di II livello	0,153	1,21
	296	**Totale Dirigente medico di II livel**	0,052	
UNI	125	Dirigenti amministrativi e tecnici	0,023	2,91
REG	5	Dirigenti amministrativi e tecnici	0,085	0,45
CON	1	Dirigenti amministrativi e tecnici	0,015	0,01
CLP	10	Dirigenti amministrativi e tecnici	0,066	0,66
AIL	1	Dirigenti amministrativi e tecnici	0,034	0,03
	142	**Totale Dirigenti amministrativi e t**	0,029	
UNI	115	Dirigenti sanitari non medici	0,039	4,50
REG	18	Dirigenti sanitari non medici	0,088	1,57
CON	9	Dirigenti sanitari non medici	0,032	0,29
CLP	7	Dirigenti sanitari non medici	0,024	0,17
AIL	15	Dirigenti sanitari non medici	0,044	0,66
	164	**Totale Dirigenti sanitari non medi**	0,044	
UNI	812	Infermieri professionali	0,011	9,04
REG	942	Infermieri professionali	0,046	43,72
REL	13	Infermieri professionali	0,032	0,41
OSA	154	Infermieri professionali	0,039	5,94
CRI	23	Infermieri professionali	0,032	0,73
CON	25	Infermieri professionali	0,019	0,48
AIL	41	Infermieri professionali	0,037	1,50
	2.010	**Totale Infermieri professionali**	0,031	
UNI	147	Quadri sanitari	0,008	1,19
REG	90	Quadri sanitari	0,050	4,55
CLP	1	Quadri sanitari	0,029	0,03
	238	**Totale Quadri sanitari**	0,024	
UNI	289	Tecnici sanitari	0,007	2,01
REG	53	Tecnici sanitari	0,045	2,35
CON	3	Tecnici sanitari	0,022	0,07
CLP	15	Tecnici sanitari	0,013	0,20
AIL	16	Tecnici sanitari	0,033	0,52
	376	**Totale Tecnici sanitari**	0,014	

Alle suesposte eccezioni dovrebbe porre rimedio l'attuazione del Protocollo di Intesa laddove prevede di tener presenti, per quanto soggette ad accordi specifici, le attività di didattica e ricerca, scisse da quelle assistenziali e crea il presupposto cui far ricorso anche per la chiarezza nel finanziamento delle diverse attività.

Tant'è che nel futuro DAI il *"budget ad esso assegnato, in rapporto alle differenti fonti e motivazioni di finanziamento (MIUR per le attività didattico – scientifiche e Regione per le attività assistenziali) rimarrà distinto"*.

Il neo modello di "dipartimentalizzazione" aziendale introdotto dal protocollo (DAI) finanziato, da un lato, dal *"corrispettivo delle prestazioni prodotte secondo i criteri di finanziamento dell'assistenza"*, dall'altro dagli *"ulteriori finanziamenti per l'attivazione di programmi ..... ivi compreso quello per la formazione del personale"*, delinea un nuovo confine distinguendo gli oneri assistenziali da quelli per la retribuzione del personale universitario e per le immobilizzazioni, e se correttamente supportato dal decollo dell'istituto della valutazione dei dirigenti sovrana nella misurazione degli obiettivi raggiunti e delle capacità organizzative dimostrate, dovrebbe, se non eliminare, almeno ridurre gli attriti e le difficoltà evidenziati.

L'esatta delineazione tra momento (e attività) assistenziale e momento (e attività) di didattica e ricerca, attraverso *"lo sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema formativo"* finalizzato a *" obiettivi di qualità, efficienza e competitività del S. S. N."* e *" formazione del personale medico e sanitario"*, nonché il *"potenziamento della ricerca ...."* contribuirà ad assottigliare, con la trasparenza degli interventi, gli elementi di conflittualità e comporterà", senza dubbio, anche miglioramenti gestionali.

Fermi i concetti analizzati, ritenute le considerazioni nascenti dal protocollo d'intesa, si ribadisce che, al momento, il "piano di rilancio" non può essere parametrato che sugli attuali 1700 posti letto essendo, ancor oggi, non note né la temporale attuazione della mobilità, né la effettiva entità della stessa, che nel detto protocollo viene solamente individuata nelle nuove "dotazioni" degli ospedali interessati, tant'è che l'art. 9 del Protocollo leggesi *"questa ripartizione ha valore puramente indicativo, fino a quando l'università non fornirà l'elenco dei docenti che hanno presentato domanda per i poli decentrati divisi per specialità, e in base ai posti letto effettivamente disattivabili nell'Azienda Policlinico Umberto I, e attivabili nelle Aziende di riferimento"*.

Pur presupponendo la totale realizzazione dell'impianto ipotizzato non può non evidenziarsi come continueranno comunque ad essere presenti nel Policlinico Umberto I le seguenti "anomalie":

- permanenza di almeno 700 risorse in esubero (1700 P.L. 3,53 per posto letto = + 6.000 risorse contro le 6700 circa attuali) situazione che addirittura dopo il decentramento di 720 P.L. con le 2500 risorse si aggraverà ulteriormente.

- Altrettanto dicasi per il personale docente per cui l'applicazione dell'art. 31 equiparativo al personale Dirigente ospedaliero, ha comportato, invece, nelle applicazioni costanti dell'Amministrazione, il superamento dei livelli retributivi cui dovevano essere uniformati. Emblematica è la situazione dell'indennità di posizione che per i Dirigenti di UOC e di UOS ex II° Liv. e Dirigenti di UOS I° Liv. è stata calcolata indifferentemente al livello massimo definito dal fondo invece di essere graduata come previsto dalla normativa e dal contratto del SSN.

- Trattamento economico personale aziendale di comparto. Anche per tale ctg., il riferimento alla spesa storica, riportata nel bilancio 1998 (ultimo approvato dall'azienda e non "contestato" dalla Regione) sul quale sono state apportati gli incrementi contrattuali economici determina gli impegni di spesa attuali per cui si impone un riassetto e una

ridefinizione che esula dalle competenze Aziendali. Il D.Lgs. 517/99 ed il Protocollo d'intesa rinviano, infatti, l'intera materia agli accordi Università-Regione.

- Ed infine la "partecipazione congiunta delle OO. SS. universitarie ed ospedaliere, al tavolo di relazioni sindacali", da disciplinarsi con l'Atto Aziendale, dovrebbe ulteriormente contribuire ad eliminare, con l'attivazione di un'unica sede di confronto, quella rincorsa "all'obiettivo raggiunto dall'altro "propria della contrattazione su tavoli separati che meglio esalta le piattaforme a formazione progressiva.

La complessità delle questioni evidenziate (in particolare la coesistenza di personale di diverso stato giuridico Universitario/Regionale) la cui permanenza può minare qualsiasi serio e concreto tentativo di riassetto economico – gestionale, risulta, infatti, già considerato nel protocollo d'intesa laddove – art. 6 – si legge "*sarà attivato un tavolo di trattativa tra Università, Regione e OO.SS., per la predisposizione di un regolamento attuativo delle previsioni contrattuali, in relazione ai principi individuati nel protocollo di intesa, al piano di rilancio delle attività didattiche assistenziali e di ricerca e al programma di decentramento*"

Per arrivare ad una condizione di oggettivo trattamento economico "equiparato" (e attraverso questo anche di quello normativo) si ritiene necessaria la costituzione di quella Commissione, più volte invocata (da ultimo CCNL art. 51), che verifichi l'allineamento del trattamento economico stesso, e ciò non senza sollecitare l'ARAN alla formulazione di una nuova tabella che tenga in considerazione le nuove classificazioni del personale, generalmente su 4 categorie, (essendo confluite in queste le vecchie posizioni funzionali dal 1° all'8° livello) e tenendo in debito conto anche la ricollocazione in ambito aziendale del personale dirigente.

Nel piano di rilancio comunque si è cercato, per quanto compatibile con l'attuale situazione strutturale, tecnologica ed organizzativa del Policlinico, ai fini del riequilibrio economico finanziario, di privilegiare l'aumento delle prestazioni assistenziali rispetto alle riduzioni del costo complessivo del personale e della razionalizzazione dello stesso. E' chiaro che il previsto aumento dei ricavi legato alla produttività riduce notevolmente gli attuali esuberi del personale ma certamente non può azzerare i giganteschi esuberi di cui il Policlinico si è fatto carico nel tempo.

I mille docenti in esubero della Facoltà di Medicina rispetto agli standard della stessa Università "La Sapienza", così come dichiarato più volte dal Magnifico Rettore, non possono rientrare nella razionalizzazione ipotizzata nel piano di rilancio.

La riclassificazione di 90 UOC in UOS, l'eventuale destrutturazione di circa 150 Dirigenti di I° Liv. impegnati in esclusiva attività di ricerca, di 150 Dirigenti Sanitari non medici nonché di 300 unità di altro personale Tecnico amministrativo addetto esclusivamente alle attività di ricerca e didattica della Facoltà di Medicina, sono atti non sufficienti a condurre al riequilibrio il costo del personale in un ambito di economicità di gestione.

Non si può non sottolineare al riguardo che il Policlinico Gemelli, anch'esso universitario, dotato di 1.700 P.L., ha una produttività di circa 50 mln Euro superiore a quello del Policlinico Umberto I°, con non più di 4.000 unità di personale (cioè circa 2.800 unità di personale in meno di cui 800 medici).

Il costo del personale, unito al maggior costo indotto dalle attività di didattica e ricerca sulla acquisizione di tecnologie e di beni e servizi, è la maggior causa della inefficienza complessiva del "sistema Policlinico" che, come già citato, non attiene alla specificità universitaria perché è di gran lunga unico in un panorama nazionale, che pur vede la presenza di 9 policlinici universitari a "gestione diretta", nessuno dei quali ha deficit comparabili – sia pure lontanamente – a quelli del Policlinico Umberto I.

E' evidente che l'Azienda ha proposto un modello per il piano di risanamento che, sia pure con criteri di tipo parametrico, ha cercato di introdurre obiettivi di riduzione del costo del personale in termini assoluti e relativi alla produttività, ma gli obiettivi indicati possono essere perseguiti solo se i superiori Enti di riferimento, l'Università e la Regione, concorderanno con le OO.SS. le modalità e i tempi di soluzioni che attengono ai loro poteri decisionali ed agli impegni assunti con il Governo.

La valorizzazione delle quasi 700 unità di organico in esubero rispetto alla dotazione-obiettivo, effettuata sulla base della valorizzazione del costo unitario medio 2001 per qualifica e categoria (così come illustrato nella tabella precedente), evidenzia un costo pari a 26 milioni di Euro circa.

Nelle successive tabelle è riportata in dettaglio:

- il confronto tra struttura organizzativa attuale riferita alle sole U.O. complesse e nuova struttura proposta coerente con le linee guida identificate nel presente piano di rilancio;
- una sintesi della dotazione complessiva aziendale distinta per qualifica, confrontata tra situazione attuale, dotazione obiettivo in ipotesi di invarianza di posti letto, dotazione obiettivo nello scenario di riduzione di posti letto;
- l'attuale composizione del personale per qualifica in ciascun dipartimento;
- la futura composizione del personale per qualifica all'interno di ciascun dipartimento, sulla base della dotazione-obiettivo identificata nel piano di rilancio

In allegato 3 è riportato, per la comprensione dello stato attuale, da cui si è partiti per la riorganizzazione specifica, la struttura organizzativa complessiva attuale con le Unità Operative sanitarie, UOC e UOS, ed amministrative così come derivano dalla Convenzione Università-Regione del 1990, con le relative dotazioni organiche del personale; queste ultime sono sempre mutanti per decisioni intra-dipartimentali e, nella stragrande maggioranza dei casi, assolutamente indipendenti dalle decisioni e dal controllo dell'Azienda.

CONFRONTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE - STRUTTURA OBIETTIVO

DIP/IST	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH/DS		
CAA			DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
CAA01			DIV.CLINICA MEDICA 1	UOC MEDICINA INTERNA
CAA0102			s.a.radiologia TAC-RMN	
CAA0103			s.a.patologia clinica speciale	
CAA0104			s.a.batteriologia/virologia	
CAA05			S.S.SEM.MEDICA 5/Fisiopat.ric.lip.	
CAA06			S.S.MEDICINA NUCLEARE-RADIOIMMUNOLOGIA	
CAA10			S.S.DAY HOSPITAL	
	20	2	Totale UOC 4	Totale UOC 1
CAB			DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE
CAB01			DIV.CLINICA MEDICA 2	UOC MEDICINA 2
CAB0101			sez.unita'coronarica	UOC ENDOCRINOLOGIA
CAB0102			s.a.diagnostica per immagini	UOC SS MALATTIE DELMETABOLISMO
CAB02			DIV.PATOLOGIA MEDICA 1	UOC SS ENDOCRINOLOGIA E MAL DELRICAMBIO
CAB03			DIV.PATOLOGIA MEDICA 4	UOC GASTROENTEROLOGIA
CAB0301			s.a.malattie ricambio minerale	UOC NEFROLOGIA E DIALISI
CAB04			DIV.MEDICINA COSTITUZ.LE-ENDOCRINOLOGIA	UOC SS MEDICINA NUCLEARE
CAB0401			s.a.immunoendocrinologia	UOC SS IMMUNOENDOCRINOLOGIA
CAB05			DIV.GASTROENTEROLOGIA	
CAB06			S.S.NEFROLOGIA E DIALISI	
CAB0601			emodial.(5 p.l.)dial.dom.(attivabili 3)	
CAB07			S.S.MEDICINA NUCLEARE	
CAB09			S.S.STATI DISENDOCRINI DISMETABOLICI	
CAB10			S.S.FISIOPATOLOGIA DIGESTIVA	
CAB11			S.S.DIAGN.ENDOSCOP.ED ECOGRAF.	
CAB12			S.S.OBESITA'	
CAB13			S.S.EMERGENZE METABOLICHE	
CAB14			S.S.FISIOPAT.RENALE/IPERTENSIONE	
	63	10	Totale UOC 13	Totale UOC 8
CAD			DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA MEDICA	DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA MEDICA
CAD01			DIV.CLINICA MEDICA 5	UOC MEDICINA INTERNA
CAD02			S.S.MEDICINA NUCLEARE-RADIOIMMUNOLOGIA	UOC SS FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA 1
CAD03			S.S.ANDROLOGIA	UOC SS FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA 2
CAD04			S.S.FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	
CAD05			S.S.SEMINOLOGIA IMMUNOLOGIA RIPRODUZIONE	
CAD06			S.S.DIAGN.ENDOCR.MORFOFUNZ.	
	24	3	Totale UOC 6	Totale UOC 3
CAF			DIP. SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO	DIP. SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO
CAA04			DIV.GERONTOLOGIA E GERIATRIA	UOC GERONTOLOGIA
CAA07			S.S.FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	UOC SS FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA
CAA08			S.S.PAT.FISIOPATOLOGIA MEDICA	UOC MEDICINA INTERNA
CAA09			S.S.ARITMOLOGIA	
CAA11			S.S.MICROCIRCOLAZIONE	
	23	3	Totale UOC 5	Totale UOC 3
CAI			DIPARTIMENTO SCIENZE CARD.E RESP.	DIPARTIMENTO SCIENZE CARD.E RESP.
CAI01			DIV.MAL.APP.CARDIOVASCOLARE 1	UOC MAL.APP.CARDIOVASCOLARE 1
CAI0101			sez.unita'coronarica	
CAI02			S.S.ANGIOLOGIA	UOC ANGIOLOGIA
	39		Totale UOC 2	Totale UOC 2
CAW			DIPARTIMENTO MAL.INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO MAL.INFETTIVE E TROPICALI
CAT01			DIV.MALATTIE TROPICALI 1	UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI 1
CAT0103			s.a.radiologia	UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI 2
CAT02			S.S.EPATOL.MONITOR (sorv. port. HBV-HCV)	UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI 3
CAT03			S.S.MALATTIE TROPICALI 2	UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI 4
CAT04			S.S.CHEMIOTERAPIA MAL.PARASSITARIE	UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI 5
CAT05			S.S.PREOSPEDALIZZAZIONE e DIM.PROTETTA	UOC OSP MALATTIE INFETTIVE 1
CAT06			S.S.FISIOPATOLOGIA CLINICA	UOC OSP MALATTIE INFETTIVE 2
CAT07			S.S.MALATTIE AUTOIMMUNITARIE	UOC SS III LIVELLO AIDS
CAU01			DIV.MALATTIE INFETTIVE 1	UOC SS CARDIOLOGIA 2
CAU0101			s.a.batteriologia/virologia	
CAU0102			s.a.anal.chimico-cliniche/radioimmunol.	
CAU02			DIV.MALATTIE INFETTIVE 2	
CAU03			DIV.MALATTIE INFETTIVE 3	
CAU04			S.S.PARASSITOL.CLIN-CH.ANT.TER.MON/AIDS	
CAU05			S.S.IMM.INF.CLIN./U.O.3°livello	
CAU06			S.S.PREOSP.-PROFILASSI MAL.INFETTIVE	
CAU07			S.S.EPATITE VIRALE/PARASSITOL.CLIN.	
CAUH01			DIV.malattie infettive - rep.H15	
CAUH02			DIV.malattie infettive - rep.H17	
	91	28	Totale UOC 16	Totale UOC 9
CAX			DIPARTIMENTO TERAPIA MEDICA	DIPARTIMENTO TERAPIA MEDICA
CAM01			DIV.TER.MED.MALATTIE FEGATO E RICAMBIO	UOC MEDICINA INTERNA 3
CAM0101			s.a.analisi chimico-cliniche	UOC MEDICINA INTERNA 4
CAM0102			s.a.radiologia	UOC MEDICINA INTERNA 5
CAM02			S.S.DIETOLOGIA	UOC SS FISIOPAT RESP
CAN01			DIV.PATOLOGIA MEDICA 3	UOC SS IMMUNULOGIA CLINICA
CAN02			DIV.TER.MEDICA *	UOC SS REUMATOLOGIA
CAN03			S.S.FISIOPAT.E PROFILASSI ATEROSCLEROSI	
CAR01			DIV.IDROLOGIA MEDICA	
CAR02			S.S.LAPAROSCOPIA	
CAR03			S.S.MONITORAGGIO CURE TERMALI	
CBA01			DIV.REUMATOLOGIA	
CBA02			S.S.MAL.REUMATICHE AUTOIMMUNI	
CBA03			S.S.AMBULATORIO ASPETTI SOC.MAL.REUMAT.	
	48	4	Totale UOC 11	Totale UOC 6
CAY			DIPARTIMENTO MEDICINA CLINICA	DIPARTIMENTO MEDICINA CLINICA

CONFRONTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE - STRUTTURA OBIETTIVO

DIP/IST	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH/DS		
CAC01			DIV.CLINICA MEDICA 3	UOC MEDICINA 6
CAC0101			s.a.consulenze infettivologiche	UOC MEDICINA 7
CAC0102			s.a.radiologia	UOC MEDICINA 7
CAC02			S.S.ALLERGOLOGIA-IMMUNOLOGIA CLINICA	UOC GASTROENTEROLOGIA
CAC03			S.S.DIAGN.TER.IMMUNODEFIC.PRIMIT.e ACQ.	UOC ALLERGOLOGIA/ IMMUNOLOGIA CLINICA
CAC04			DIV.GASTROENTEROLOGIA	UOC SS NEFROLOGIA
CAC05			S.S.FISIOPATOLOGIA RENALE	
CAC06			S.S.NUTRIZIONE CLINICA	
CAE01			DIV.CLINICA MEDICA 6	
CAE02			DIV.PATOLOGIA MEDICA 2	
CAE0201			s.a.analisi chimico-cliniche	
CAE0202			s.a.radiologia	
CAE03			S.S.PREV.-CURA DANNI EPATICI ALCOOLE	
CAE04			S.S.CARDIOLOGIA ECOCARDIOGRAFIA	
CAE05			S.S.IMMUNOLOGIA CLINICA ED ALLERGOLOGIA	
	77	21	Totale UOC 11	Totale UOC 6
CCA			DIPARTIMENTO CHIRURGIA PIETRO VALDONI	DIPARTIMENTO CHIRURGIA PIETRO VALDONI
CCA01			DIV.CLINICA CHIRURGICA 1	UOC CHIRURGIA 1
CCA02			DIV.CLINICA CHIRURGICA 5	UOC CHIRURGIA 2
CCA03			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 1	UOC CHIRURGIA 3
CCA04			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 4	UOC CHIRURGIA 4
CCA05			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 9	UOC CHIRURGIA 5
CCA06			DIV.CHIRURGIA SPERIMENTALE	UOC CHIRURGIA 6
CCA07			S.S.ANATOMIA CHIRURGICA	UOC CHIRURGIA 7
CCA08			S.S.ANAT.CHIR. 'CHIR.GASTROENTEROL.'	UOC CHIRURGIA 8
CCA09			S.S.FISIOPAT.CHIR.	UOC CHIRURGIA 9
CCA10			S.S.METODOLOGIA CHIR.-corso operaz.	UOC CHIRURGIA 10
CCA11			S.S.CHIRURGIA D'URGENZA 1	UOC SS CHIRURGIA
CCA12			S.S.CHIRURGIA D'URGENZA 2	UOC SS CHIRURGIA
CCA13			S.S.CHIRURGIA D'URGENZA 3	
CCA14			S.S.CHIRURGIA GERIATRICA	
CCA15			S.S.DAY HOSPITAL CHIR.PREOSP.DIM.PROT.	
CCA16			S.S.TECNOLOGIE CHIRURGICHE	
CCA17			S.S.CHIRURGIA ENDOSCOPICA	
CCA18			S.S.DIAGN.FISIOP.CHIR.TOR.POLM.	
CCA19			S.S.DIAGN.FISIOP.CHIR.VASCOLARE	
CCA20			S.S.DIAGN.PREV.CURA TUMORI	
CCA21			S.S.DIALISI e TRAPIANTI d'ORGANO	
CCA22			S.S.CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
CCA23			s.a.analisi chimico-cliniche	
CCA24			s.a.diagn.per immagini in chir.	
	159	5	Totale UOC 22	Totale UOC 12
CCB			DIP.CHIR.GEN.SPEC.CHIR.TRAPIANTI P. STEFANINI	DIP.CHIR.GEN.SPEC.CHIR.TRAPIANTI P. STEFANINI
CCB01			DIV.CLINICA CHIRURGICA 2	UOC CHIRURGIA 11
CCB0101			s.a.radiologia-medicina nucleare	UOC CHIRURGIA 12
CCB02			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 2/trapianti org	UOC CHIRURGIA 13
CCB03			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 5	UOC CHIRURGIA 14
CCB0301			emodialisi	UOC CHIRURGIA/TRAPIANTI
CCB04			DIV.CHIRURGIA TORACICA	UOC CHIRURGIA VASCOLARE 1
CCB05			DIV.CHIRURGIA VASCOLARE 1	UOC CHIRURGIA VASCOLARE 2
CCB06			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 7	UOC CHIRURGIA TORACICA
CCB07			S.S.ANALISI CHIMICO-CLINICHE-RADIOIMMUN.	UOC SS CHIRURGIA
CCB08			DIV.CLINICA CHIRURGICA 6	UOC SS ANALISI CHIMICO-CLINICHE 1
CCB09			DIV.CHIR.VASC.2/Chir.vasc.d'urgenza	
CCB10			S.S.CHIR.PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
CCB11			S.S.CHIRURGIA D'URGENZA 4	
CCB12			S.S.NUTRIZIONE CLINICA	
CCB13			S.S.PREOSP.DIM.PROTETTA	
CCB14			S.S.CHIR.ENDOSCOP. DIGESTIVA	
CCB15			S.S.ENDOCRINOCHIRURGIA	
	167	0	Totale UOC 15	Totale UOC 10
CCC			DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
CCC01			DIV.CLINICA CHIRURGICA 3	UOC CHIRURGIA 15
CCC02			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 8	UOC CHIRURGIA 16
CCC03			S.S.CHIRURGIA GENERALE ED ENDOCRINA	UOC CHIRURGIA 17
CCC04			S.S.METOD.CHIR.CARDIOVASC.E FLEBOL.AMB.	UOC CHIRURGIA 18
CCC05			S.S.CHIRURGIA ONCOLOGICA	UOC CHIRURGIA 19
CCC06			S.S.CHIR.GEN,MICROCHIR.E CHIR.LASER ASS.	UOC CHIRURGIA 20
CCC07			S.S.PREOSP.DIM.PROTETTA	UOC CHIRURGIA 21
CCC08			S.S.CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA	UOC SS CHIRURGIA
CCC09			S.S.FISIOP.CHIR.EPATOP.IPERT.PORT.	
CCC10			S.S.CHIR.D'URGENZA 5	
CCC11			S.S.CHIRURGIA ENDOSCOPICA	
CCC12			DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 6	
CCC13			S.S.CARDIOLOGIA	
CCC14			S.S.FISIOPAT.CHIRURGICA	
CCC15			S.S.CHIR.PLASTICA	
CCC16			DIV.PATOLOGIA CHIR.3	
CCC1601			s.a.radiologia	
CCC1602			s.a.patologia clinica spec.	
CCC17			S.S.CHIRURGIA GERIATRICA	
CCC18			S.S.CHIRURGIA NELLE EMOPATIE	
	120	0	Totale UOC 18	Totale UOC 8

CONFRONTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE - STRUTTURA OBIETTIVO

DIP/IST	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH/DS		
CCD			DIP. SCIENZE CHIR.CHE E T.GIE MED.APPLICATE	DIP. SCIENZE CHIR.CHE E T.GIE MED.APPLICATE
CCD01			DIV.CLINICA CHIRURGICA 4	UOC CHIRURGIA 21
CCD0101			s.a.radiologia	UOC CHIRURGIA 22
CCD02			DIV.SEMEIOTICA CHIRURGICA 4	UOC CHIRURGIA 23
CCD03			S.S.METODOLOGIA CHIR.APPLICATA *	UOC CHIRURGIA
CCD04			S.S.CHIRURGIA GERIATRICA	UOC CHIRURGIA
CCD05			S.S.CHIRURGIA ESOFAGEA	
CCD06			S.S.CHIRURGIA ENDOSCOPICA	
CCD07			S.S.DIAGN.ANGIOL.FISIOP.CHIR.SIST.VEN.	
CCD08			S.S.FISIOP.CHIR.ENDOCRIN.	
CCD09			S.S.FISIOPAT.CHIR.TORACOPOLM.	
CCD10			U.O. CARDIOLOGIA	
	47	10	Totale UOC 10	Totale UOC 5
CCF			ISTITUTO CHIRURGIA CUORE e GROSSI VASI	ISTITUTO CHIRURGIA CUORE e GROSSI VASI
CCF01			DIV.CHIRURGIA DEL CUORE-GROSSI VASI	UOC CARDIOCHIRURGIA 1
CCF0101			s.a.analisi chimico-cliniche	UOC CARDIOCHIRURGIA 2
CCF02			DIV.MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE 2	UOC MAL.APP.CARDIOVASCOLARE 2
CCF0201			sez.unita'coronarica	UOC SS CARDIOLOGIA/EMODINAMICA 1
CCF03			S.S.EMODINAMICA 1	UOC SS CARDIOLOGIA/EMODINAMICA 2
CCF04			S.S.EMODINAMICA 2	
CCF05			S.S.ASSIST.MECC.CIRCOLO/LAB.ELETTRONICO	
CCF06			DIV.CHIRURGIA DEL CUORE-GROSSI VASI 2	
	54	0	Totale UOC 6	Totale UOC 5
CCG			ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.	ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.
CCG01			DIV.CL.CHIR.GEN.E D'URGENZA/P.S.	UOC CHIRURGIA GENERALE/PS 1
CCG0101			s.a.analisi chimico-cliniche	UOC CHIRURGIA GENERALE/PS 2
CCG02			S.S.SEM.CHIR.7/Fisiop.chir.d'urgenza	
CCG03			S.S.CHIR.URGENZA-P.S.	
CCG04			S.S.CHIRURGIA di PRONTO SOCCORSO	
CCG05			S.S.TECNOL.DIAGN.IMMAG.INTERV.CHIR.URG.	
CCG06			S.S.CHIR.PLASTICA RICOSTRUTT.URG./PS	
	43	3	Totale UOC 6	Totale UOC 2
CGK			DIPARTIMENTO NEUROLOGIA OTORINO	DIPARTIMENTO NEUROLOGIA OTORINO
CDA01			DIV.CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA 1	UOC OTORINOLARINGOIATRIA 1
CDA0101			S.S.OTONEURORADIOLOGIA	UOC NEUROLOGIA 1
CDA03			DIV.CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA 3	
CGB01			DIV.CLINICA NEUROLOGICA 2	
CGB0101			s.a.neuroradiologia	
CGB02			S.S.NEUROFISIOLOGIA CLINICA	
CGB03			S.S.CURA DELLE MIOPATIE	
CGB04			S.S.RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA	
	34	12	Totale UOC 7	Totale UOC 2
CDA			DIPARTIMENTO OTORINO AUDIOLOGIA FONIATRIA	DIPARTIMENTO OTORINO AUDIOLOGIA FONIATRIA
CDA02			DIV.CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA 2	UOC OTORINOLARINGOIATRIA 2
CDA04			DIV.CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA 4	UOC SS OTORINOLARINGOIATRIA 3
CDA05			S.S.AUDIOLOGIA	UOC SS OTORINOLARINGOIATRIA
CDA06			S.S.VESTIBOLOGIA	
CDA07			S.S.FONIATRIA	
CDA08			S.S. PRONTO SOCCORSO ORL	
	24	6	Totale UOC 6	Totale UOC 3
CDM			ISTITUTO OFTALMOLOGIA	ISTITUTO OFTALMOLOGIA
CDM01			DIV.CLINICA OCULISTICA 1	UOC OFTALMOLOGIA 1
CDM0101			s.a.pronto socc.interdiv.	UOC OFTALMOLOGIA 2
CDM02			DIV.CLINICA OCULISTICA 2	UOC SS OFTALMOLOGIA
CDM03			S.S.FISIOPATOLOGIA MOTIL.OCUL.	
CDM04			S.S.CONTATTOLOGIA MEDICA	
CDM05			S.S.RADIOLOGIA OTO-OCULISTICA	
CDM06			S.S.IMMUNOVIROLOGIA OCULARE	
	34	10	Totale UOC 6	Totale UOC 3
CEA			ISTITUTO CL.ODONTOIATRICA	ISTITUTO CL.ODONTOIATRICA
CEA01			DIV.CLINICA ODONTOIATRICA 1	UOC ODONTOSTOMATOLOGIA 1
CEA02			DIV.CLINICA ODONTOSTOMATOLOGICA	UOC CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
CEA03			S.S.ORTOGNATODONZIA	UOC ODONTOSTOMATOLOGIA 2
CEA04			S.S.PROTESI	UOC ODONTOSTOMATOLOGIA 3
CEA05			S.S.ODONTOIATRIA CONSERVATIVA	UOC SS ODONTOSTOMATOLOGIA
CEA06			S.S.PARADONTOLOGIA	
CEA07			S.S.ODONTOIATRIA INFANTILE	
CEA08			S.S.CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	
CEA09			S.S.CHIR.SPEC.ODONTOSTOMATOL.	
	8	6	Totale UOC 9	Totale UOC 5
CEM			DIP. SCIENZE APPARATO LOCOMOTORE	DIP. SCIENZE APPARATO LOCOMOTORE
CEM01			DIV.CLINICA ORTOPEDICA 1	UOC ORTOPEDIA 1
CEM02			DIV.CLINICA ORTOPEDICA 2	UOC ORTOPEDIA 2
CEM03			DIV.CLINICA ORTOPEDICA 3	UOC ORTOPEDIA 3
CEM04			DIV.TERAPIA FISICA	UOC ORTOPEDIA 4
CEM05			S.S.ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA GERIATRICA	UOC ORTOPEDIA 5
CEM06			S.S.ETEROPLASIE-DISPLASIE SCHELETRO	
CEM07			S.S.ORTOPEDIA E TRAUMATOL.DELLO SPORT	
CEM08			S.S.PRONTO SOCC.TRAUM.-ORTOPED.	
	67	0	Totale UOC 8	Totale UOC 5
CFA			DIP. MAL.CUTANEE CHIR.PLAST.RIC.VA	DIP. MAL.CUTANEE CHIR.PLAST.RIC.VA
CFA01			DIV.CLINICA DERMOSIFILOPATICA 1	UOC DERMATOLOGIA
CFA02			DIV.CLINICA DERMOSIFILOPATICA 2	UOC CHIRURGIA PLASTICA
CFA03			DIV.CHIRURGIA PLASTICA ed USTIONATI	UOC SS DERMATOLOGIA
CFA04			S.S.DERMATOL.ALLERG.PROFESS.-ANAL.MICOL.	
	32	6	Totale UOC 4	Totale UOC 3

CONFRONTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE - STRUTTURA OBIETTIVO

DIP/IST	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH/DS		
CFG			DIPARTIMENTO UROLOGIA	DIPARTIMENTO UROLOGIA
CFG01			DIV.UROLOGIA 1	UOC UROLOGIA 1
CFG0101			s.a.analisi chimico-cliniche	UOC UROLOGIA 2
CFG02			DIV.UROLOGIA 2	UOC UROLOGIA 3
CFG0209			emodialisi (18 posti)	UOC SS ANDROLOGIA
CFG03			DIV.UROLOGIA 3	UOC SS UROLOGIA
CFG04			DIV.UROLOGIA 4	
CFG05			S.S.ENDOSCOPIA UROLOGICA	
CFG06			S.S.NEFROLOGIA CHIRURGICA	
CFG07			S.S.RADIOLOGIA UROLOGICA	
CFG08			S.S.VALUTAZ.FISIOPAT.PAZ.UROLOGICO	
	26	6	Totale UOC 8	Totale UOC 5
CFK			DIP.SC.GIN.PERINATOL. PUERICULTURA	DIP.SC.GIN.PERINATOL. PUERICULTURA
CFH01			DIV.CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA 1	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1
CFH02			DIV.PATOLOGIA OSTETRICO E GINECOLOGICA 2	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2
CFH03			DIV.CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA 3	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA 3
CFH04			DIV.CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA 4	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA 4
CFH05			S.S.PROF.DIAGN.CHEMIOTER.GIN.ONCOL.SEN.	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA I.V.G.
CFH06			S.S.ACC./PS PREOSP.- GIN.SOC.e PREV.	UOC NEONATOLOGIA/NIDO
CFH07			S.S.PICCOLA CHIRURGIA/IVG	UOC SS OSTETRICIA E GINECOLOGIA
CFH08			S.S.STERILITA' CONIUGALE	UOC SS OST. GIN./ RIP. UMANA
CFH09			S.S.ENDOCRINOLOGIA GINECOL.PIAN.FAM.	
CFH10			S.S.MICROCHIRURGIA e CELIOSCOPIA GIN.	
CFI01			DIV.CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA 2	
CFI0101			s.a.lab. biochimica ormoni sessuali	
CFI0102			s.a.radiologia	
CFI02			DIV.CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA 4	
CFI03			DIV.CL.OST.GIN.5	
CFI04			S.S.STERILITA'	
CFI05			S.S.ACC.P.S.PREOSP.GIN./DIM.PROTETTA	
CFI06			S.S.CL.DIAGN.ENDOCRIN.OST.GIN.PIAN.FAM.	
CFI07			S.S.PROFILASSI in GIN.OST.	
CFN01			DIV.PUERICULTURA 1/Patologia neonatale	
CFN0101			s.a.immunoematologia età evolutiva	
CFN02			DIV.PUERICULTURA 2/Patologia neonatale	
CFN0201			s.a.analisi chimico-cliniche-ematologic.	
CFN0202			s.a.neurofisiopatologia inf. - EEG	
CFN03			S.S.CONTR.DIST.NATI.PAT.SVIL.INTRAUT.	
CFN04			S.S.ADOLESCENTOLOGIA	
	126	10	Totale UOC 21	Totale UOC 8
CFM			ISTITUTO CL.PEDIATRICA	ISTITUTO CL.PEDIATRICA
CFM01			DIV.CLINICA PEDIATRICA 1	UOC PEDIATRIA 1
CFM0101			S.S.ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	UOC PEDIATRIA 2
CFM0102			s.a.diabetologia pediatrica	UOC PEDIATRIA/GASTROENTEROLOGIA
CFM02			DIV.CLINICA PEDIATRICA 2/ter.int.neonat.	UOC PEDIATRIA/FIBROSI CISTICA
CFM0201			s.a.trasporto ed emergenze neonatali	UOC PEDIATRIA/ENDOCRINOLOGIA
CFM03			S.S.CLINICA PEDIATRICA 3	UOC PEDIATRIA/T.I. NEONATALE
CFM0301			S.S.ALLERGOL.IMMUNOL.PEDIATRICA	UOC ONCOLOGIA PEDIATRICA
CFM04			DIV.CLINICA PEDIATRICA 4	UOC CHIRURGIA PEDIATRICA
CFM05			S.S.CLINICA PEDIATRICA 5/Mal.genetiche	UOC SS PEDIATRIA 1
CFM0501			s.a.citogenetica-consultorio genetico	UOC SS CARDIOLOGIA PEDIATRICA
CFM06			S.S.GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	UOC SS PEDIATRIA 2
CFM0601			S.S.MALATTIE METABOL.NEFROLOGIA PED.	UOC SS NEUROLOGIA PEDIATRICA
CFM07			S.S.CHIRURGIA PEDIATRICA	UOC SS RADIOLOGIA PEDIATRICA
CFM08			S.S.EMATOLOGIA-EMOCOAGULAZIONE PEDIATR.	
CFM09			S.S.PRONTO SOCC.ACCETTAZ.PED.	
CFM10			S.S.FIBROSI CISTICA-FISIOTERAPIA	
CFM11			S.S.ONCOLOGIA PEDIATRICA	
CFM12			S.S.CARDIOLOGIA PEDIATRICA	
CFM13			S.S.RADIOLOGIA PEDIATRICA	
CFM14			S.S.ANALISI CHIM.-CLIN--MICROB.-RADIOIM.	
CFM15			S.S.NEUROPEDIATR.EEG/salute mentale	
CFM16			S.S.STUDIO E CURA THALASSEMIE	
CFM17			S.S.DIAGN.E CURA CEFALEE INFANTILI	
	72	29	Totale UOC 20	Totale UOC 13
CFO			DIP. SC.NEURO e PSICH. dell'ETA'EVOLUTIVA	DIP. SC.NEURO e PSICH. dell'ETA'EVOLUTIVA
CFO01			DIV.NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 1	UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 1
CFO0101			s.a.dosaggio farm.neurotropi-psicotropi	UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 2
CFO0102			s.a.neurofisiopatologia età evolutiva	UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 3
CFO0103			s.a.cefalee età evolutiva	UOC SS NEUROPSICHIATRIA INFANTILE/DIAB.
CFO02			DIV.NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 2	
CFO03			S.S.NEUROPSICOLOGIA-D.H.	
CFO04			S.S.RIABILIT.PSICOMOTORIA	
CFO05			S.S.OSPEDALE DIURNO GENERALE	
CFO06			S.S.IGIENE MENTALE	
	14	40	Totale UOC 6	Totale UOC 4

CONFRONTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE - STRUTTURA OBIETTIVO

DIP/IST	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH/DS		
CGA			DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE	DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE
CGA01			DIV.CLINICA NEUROLOGICA 1	UOC NEUROLOGIA 2
CGA02			DIV.CLINICA NEUROLOGICA 3	UOC NEUROLOGIA 3
CGA03			DIV.CLINICA NEUROLOGICA 5	UOC NEUROLOGIA/T.I. NEUROLOGICA
CGA04			DIV.NEUROCHIRURGIA 1	UOC NEUROCHIRURGIA 1
CGA05			DIV.NEUROCHIRURGIA 2	UOC NEUROCHIRURGIA 2
CGA06			S.S.NEUROTRAUMATOLOGIA	UOC SS NEUROLOGIA/NEUROFISIOPATOLOGIA 1
CGA07			S.S.NEURORADIOLOGIA 1	UOC SS NEUROLOGIA/NEUROFISIOPATOLOGIA 2
CGA08			S.S.NEURORADIOLOGIA 2	UOC SS NEURORADIOLOGIA
CGA09			S.S.ELETTROENCEFALOGRAFIA	UOC SS ANALISI CHIMICO-CLINICHE 2
CGA10			S.S.ELETTR.MIOGR/NEUROFISIOPATOLOGIA	
CGA11			S.S.PATOL.CLIN.NEUROL.IMM.LIQUORALE	
CGA12			S.S.NEUROFISIOPATOLOGIA	
CGA13			S.S.RIABILIT.MOTORIA E DEL LINGUAGGIO	
CGA14			S.S.DIAGNOST.NEUROSONOLOGIA	
CGA15			S.S.NEUROBIOLOGIA CLINICA	
	108	20	Totale UOC 15	Totale UOC 9
CGD			DIP.SC.PSICHIATRICHE.e MED.PSICOLOGICA	DIP.SC.PSICHIATRICHE.e MED.PSICOLOGICA
CGD01			S.S.PSICOL.CLIN./PSICOFARMACOL.	UOC PSICHIATRIA
CGD02			S.S.DAY-HOSPITAL PSICHIATRICO	UOC SS PSICOLOGIA CLINICA
CGD03			S.S.PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA	UOC SS PSICHIATRIA 1
CGD04			S.S.TER.FAMILIARE/Tossicodipendenze	UOC SS IGIENE MENTALE
CGD05			S.S.MEDICINA PSICOSOMATICA-PSICOFARM.CL.	UOC SS PSICHIATRIA 2
CGD06			S.S.PSICOLOGIA CLINICA	
	8	12	Totale UOC 6	Totale UOC 5
CHK			DIPARTIMENTO SCIENZE SANITA' PUBBLICA	DIPARTIMENTO SCIENZE SANITA' PUBBLICA
CHA01			S.S.ANALISI MICROBIOLOGICHE 1	UOC SS MICROBIOLOGIA 1
CHA02			S.S.ANALISI MICROBIOLOGICHE 2	UOC SS MICROBIOLOGIA 2
CHA03			S.S.ANALISI MICROBIOLOGICHE 3	UOC SS IGIENE
CHB01			S.S.ANALISI PARASSITOLOGICHE	
CHC01			S.S.IGIENE E TECNICA OSPEDALIERA	
CHC0101			s.a.servizio antirabbico	
CHC0102			s.a.prev.diagn.toxoplasmosi/inf.perinat.	
CHC02	0	0	S.S.IGIENE AMBIENTALE	
			Totale UOC 6	Totale UOC 3
CHD			DIP.TO BIOTECNOL. CELL.ARI E EMATOLOGIA	DIP.TO BIOTECNOL. CELL.ARI E EMATOLOGIA
CHD12			S.S.CITOGENETICA UMANA	UOC EMATOLOGIA 1
CHD13			S.S.BIOCHIMICA CLINICA	UOC EMATOLOGIA 2
CHD15			DIV.EMATOLOGIA	UOC SS MEDICINA INTERNA
CHD1501			s.a.anal.ematologiche special.	UOC SS ANALISI CHIMICO-CLINICHE 3
CHD16			S.S.CENTRO TRASFUSIONALE-IMMUNOEMATOL.	UOC SS ANALISI CHIMICO-CLINICHE/EMATOLOGIA
CHD17			S.S.PR.SOCC.ACCETT.OSP.DIURNO EMATOL.	UOC SS CENTRO TRASFUSIONALE
CCB0801			s.a.fisiop.prot.sier.coag.	
	55	15	Totale UOC 5	Totale UOC 6
CHH			ISTITUTO MEDICINA LEGALE	
CHH01			S.S.MEDICINA LEGALE 1	
CHH02			S.S.MEDICINA LEGALE 2	
CHH03			S.S.DIAGN.VALUT.TRAUMI MAX.FAC.e DENT.	
			Totale UOC 3	Totale UOC 0
CHI			DIPARTIMENTO FISIOLOGIA FARMACOLOGIA	
CHI01	0	0	S.S.ANTIDROGA	
			Totale UOC 1	Totale UOC 0
CLA			DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE	DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE
CLA01			DIV.RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
CLA0101			s.a.analisi chim.-clin.	UOC SS RADIOLOGIA CENTRALE 1
CLA0102			s.a.fisica sanitaria	UOC SS RADIOLOGIA CENTRALE 2
CLA02			S.S.RADIOLOGIA 2/diagnostica	UOC SS MEDICINA NUCLEARE 2
CLA03			S.S.RADIOLOGIA 4/diagnostica	
CLA04			S.S.RADIOLOGIA 5/diagnostica	
CLA05			S.S.RADIOTERAPIA ESTERNA	
CLA06			S.S.BRACHITERAPIA	
CHM12			S.S.RADIOLOGIA 3 - DIAGNOSTICA	
CHM1201			s.a.radiologia odontostomatologica	
CHM13			S.S.MEDICINA NUCLEARE	
	27	0	Totale UOC 8	Totale UOC 4
CLB			DIPARTIMENTO SCIENZE ANESTESIOLOGICHE	DIPARTIMENTO SCIENZE ANESTESIOLOGICHE
CLB01			DIV.ANESTESIOL.E RIANIMAZIONE	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CLB02			S.S.ANESTESIA 2	UOC SS ANESTESIOLOGIA 1
CLB03			S.S.ANESTESIA 3	UOC CESC
CLB04			S.S.ANESTESIA 4	UOC SS ANESTESIOLOGIA 2
CLB05			S.S.ANESTESIA ODONTOSTOMATOLOGICA	UOC SS ANESTESIOLOGIA 3
CLB06			S.S.TERAP.ANTALGICA	UOC SS ANESTESIOLOGIA 4
CLB07			S.S.TOSSICOLOGIA D'URGENZA	UOC SS ANESTESIOLOGIA 5
CLB08			S.S.ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	UOC SS ANESTESIOLOGIA 6
CLB09			S.S.TERAPIA INTENSIVA (pronto soccorso)	UOC SS TOSSICOLOGIA
CLB10			S.S.ANESTESIA 5	
CLB11			S.S.CONSULTAZ.AMB.ANEST.	
	13	0	Totale UOC 11	Totale UOC 9

CONFRONTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA ATTUALE - STRUTTURA OBIETTIVO

DIP/IST	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH/DS		
CXX			DIPARTIMENTO MEDICINA SPERIMENTALE	DIPARTIMENTO MEDICINA SPERIMENTALE
CHD01			S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 1	UOC MEDICINA 8
CHD02			S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 2	UOC ONCOLOGIA 1
CHD03			S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 3	UOC ONCOLOGIA 2
CHD04			S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 4	UOC SS ANATOMIA PATOLOGICA 1
CHD05			S.S.ANATOMIA/PATOLOGICA 5	UOC SS VIROLOGIA
CHD06			S.S.ANATOMIA/PATOLOGICA 6	UOC SS ANATOMIA PATOLOGICA 2
CHD07			S.S.ANATOMIA/PATOLOGICA 7	UOC SS ANATOMIA PATOLOGICA 3
CHD08			S.S.ANATOMIA PATOL.UROLOGICA	UOC SS ANATOMIA PATOLOGICA 4
CHD09			S.S.ANATOMIA PATOL.PEDIATRICA	UOC SS ANATOMIA PATOLOGICA 5
CHD10			S.S.ANATOMIA PATOL.CL.CHIR.1	UOC SS PATOLOGIA CLINICA/IMMUNOLOGIA 1
CHD11			S.S.ANATOMIA PATOLOGICA GINECOLOGICA	UOC SS PATOLOGIA CLINICA/IMMUNOLOGIA 2
CHG01		-	S.S.VIROLOGIA	UOC SS PATOLOGIA CLINICA/ MAL. GEN. METAB.
CHG02			S.S.VIROLOGIA MOLECOLARE	UOC SS GENETICA MEDICA
CHM01			S.S.IMMUNOPATOLOGIA GENERALE	UOC SS ENDOCRINOLOGIA/MAL. TIROIDE
CHM02			S.S.DIAGNOSI MALATTIE PIASTRINICHE	UOC SS ORGANIZZAZIONE GEST. SANITARIA
CHM03			S.S.ONCOLOGIA	UOC SS FISICA SANITARIA
CHM04			S.S.DIAGN.e PROGRAMMAZIONE TERAPEUTICA	
CHM05			S.S.ORGANIZZAZIONE/GEST.SANITARIA	
CHM06			S.S.ONCOLOGIA CLINICA	
CHM07			S.S.PATOLOGIA MOLEC.ULTRASTRUTTURALE	
CHM08			S.S.CITOPATOLOGIA	
CHM09			S.S.FISICA SANITARIA	
CHM10			S.S.IMMUNOPATOLOGIA CELLULARE E NATURALE	
CHM11			S.S.MALATTIE GENETICO-METABOLICHE	
CHM14			S.S.MALATTIE DELLA TIROIDE	
CHM15			S.S.COLLAGENOPATIE-PREV.TRATT.AMB.M.R.	
CHM16			S.S.FISICA MED.BIOL.	
CHM17			S.S.IMMUNOCITOPATOLOGIA	
CHM18			S.S.IMMUNOLOGIA	
CHM19			S.S.PATOLOGIA CELLULARE	
CHM22			S.S.GENETICA MEDICA	
CAA02			DIV.CL.MEDICA 4	
	37	16	Totale UOC 32	Totale UOC 16
H01			ACCETTAZIONE CENTRALE	DEA
H0101			S.S.ACCETTAZIONE-PREOSPEDALIZZAZIONE *	UOC MED. E CHIR. ACCETT. E URGENZA 1
H0102			DIV.OSSERVAZIONE DONNE	UOC MED. E CHIR. ACCETT. E URGENZA 2
H0103			DIV.OSSERVAZIONE UOMINI *	UOC MED. E CHIR. ACCETT. E URGENZA 3
	40	0		UOC SS IGIENE E ORGANIZZ. SERV. OSPEDALIERI
				UOC SS RADIOLOGIA DEA
				UOC TERAPIA INTENSIVA NEUROLOG
				UOC SS BIOCHIMICA CLINICA DEA
			Totale UOC 3	Totale UOC 7
Totale	1700	277	Totale UOC 330	Totale UOC 190

La seguente tabella descrive in modo sintetico la situazione delle risorse umane:

	SCENARIO SENZA VARIAZIONE POSTI LETTO			SCENARIO CON VARIAZIONE POSTI LETTO		
RAGGRUPPAMENTI DI POSIZIONI	DOTAZIONE ATTUALE	PERSONALE IN ESUBERO	DOTAZIONE OBIETTIVO	DOTAZIONE RISULTANTE DOPO TRASFERIMENTO P.L. E PERS. (*)	PERSONALE IN ESUBERO	DOTAZIONE OBIETTIVO
Dirigenti di II Livello	276	85	191	197	70	127
Dirigenti di I Livello	1.303	144	1.159	927	156	771
Altri Dirigenti Sanitari	281	175	106	197	130	67
Dirigenti Sanitari non medici	80	-	80	48	3	45
Quadri Sanitari	685	175	510	406	143	263
Caposala	192	0	192	123	8	115
Infermieri Professionali	1.998	-	1.998	1.361	87	1.273
Ausiliari	648	-	648	411	26	385
Tecnici Sanitari	389	0	389	252	16	236
Dirigenti Amministrativi e Amministrativi	770	100	670	332	88	244
Altro	59	-	59	4	0	4
TOTALE COMPLESSIVO	6.681	679	6.002	4.259	729	3.630
TOTALE UNITA'/POSTO LETTO ORDINARIO	3.93	0.4	3.53	4.26	0.73	3.53

(*) Dotazione individuata sulla base dei parametri (Posti letto e Numero di persone) di trasferimento indicati nel Protocollo d'Intesa dell'8 agosto 2001, e già riportati nel precedente Piano di Risanamento elaborato dall'azienda nel 2001.

La seguente tabella descrive per dipartimento e per qualifica professionale l'organico attuale:

ORGANICO ATTUALE

DPT	DESCRIZIONE	Dir. Sanitari	Dir. Altro	Amministrativi	Ausiliari	Coadiutori	Infermieri	OSS	Dir. Tecnici e Professionali	Dir. Sanitari non medici	IP	Collaboratori Sanitari	Tecnici Sanitari	Totale complessivo
CAA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	5	0	4	11	3	20	2	6	0	30	13	7	101
CAB	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE	15	0	10	15	8	47	11	6	1	57	12	8	190
CAD	DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA MEDICA	3	0	3	10	2	22	8	2	0	19	4	4	75
CAF	DIP. SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO	3	0	0	3	1	12	4	0	0	16	10	2	51
CAI	DIPARTIMENTO SCIENZE CARD.E RESP.	6	0	5	7	1	24	3	6	0	55	2	2	111
CAW	DIPARTIMENTO MAL.INFETTIVE E TROPICALI	4	0	4	27	15	44	13	6	4	88	19	8	232
CAX	DIPARTIMENTO TERAPIA MEDICA	8	0	8	22	6	37	11	4	1	46	6	18	167
CAY	DIPARTIMENTO MEDICINA CLINICA	4	0	6	30	6	58	10	4	5	61	9	8	201
CCA	DIPARTIMENTO CHIRURGIA PIETRO VALDONI	7	0	15	27	10	57	18	8	0	104	23	9	278
CCB	DIP.CHIR.GEN.SPEC.CHIR.TRAPIANTI P. STEFANINI	10	0	7	37	8	62	14	10	1	163	20	7	339
CCC	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	2	0	6	10	9	52	16	5	0	78	33	2	213
CCD	DIP. SCIENZE CHIR.CHE E T.GIE MED.APPLICATE	0	0	4	12	4	34	9	1	0	44	5	4	117
CCF	ISTITUTO CHIRURGIA CUORE e GROSSI VASI	9	0	8	19	6	20	8	2	0	107	15	5	197
CCG	ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.	3	1	4	23	6	17	5	2	0	48	4	12	125
CGK	DIPARTIMENTO NEUROLOGIA OTORINO	4	0	7	7	4	27	5	4	0	31	8	11	108
CDA	DIPARTIMENTO OTORINO AUDIOLOGIA FONIATRIA	3	0	6	6	2	18	3	1	0	19	7	4	69
CDM	ISTITUTO OFTALMOLOGIA	11	0	4	11	4	33	6	4	1	50	6	4	134
CEA	ISTITUTO CL.ODONTOIATRICA	6	0	7	3	3	30	9	6	0	20	20	2	106
CEM	DIP. SCIENZE APPARATO LOCOMOTORE	3	0	6	9	3	22	8	8	0	48	32	26	163
CFA	DIP. MAL.CUTANEE CHIR.PLAST.RIC.VA	10	0	4	8	4	28	3	3	0	25	15	1	91
CFG	DIPARTIMENTO UROLOGIA	5	0	4	14	5	34	6	5	0	39	15	5	132
CFH	DIP.SC.GIN.PERINATOL. PUERICULTURA	24	0	25	30	7	86	15	12	1	105	120	10	435
CFM	ISTITUTO CL.PEDIATRICA	8	0	11	19	14	65	12	4	3	129	29	8	302
CFO	DIP. SC.NEURO e PSICH. dell'ETA'EVOLUTIVA	11	0	6	21	1	25	5	6	0	29	7	15	126
CGA	DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE	16	0	19	36	15	63	12	10	1	156	20	20	368
CGD	DIP.SC.PSICHIATRICHE.e MED.PSICOLOGICA	7	0	6	7	2	21	5	6	1	13	2	1	71
CHA	DIPARTIMENTO SCIENZE SANITA' PUBBLICA	22	0	6	6	1	9	5	7	9	3	23	18	109
CHD	DIP.TO BIOTECNOL. CELL.ARI E EMATOLOGIA	14	5	21	44	11	59	5	7	25	93	20	31	335
CHH	ISTITUTO MEDICINA LEGALE	4	0	7	4	0	14	2	7	0	0	3	1	42
CHI	DIPARTIMENTO FISIOLOGIA FARMACOLOGIA	4	0	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	9
CLA	DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE	5	0	17	17	1	43	7	4	1	22	30	22	169
CLB	DIPARTIMENTO SCIENZE ANESTESIOLOGICHE	0	0	4	15	0	90	10	2	0	51	3	11	186
CXX	DIPARTIMENTO MEDICINA SPERIMENTALE	49	0	32	31	4	61	26	24	12	33	21	53	346
H01	DEA	1	0	4	33	5	58	4	0	1	117	11	13	247
TotDPT		270	6	281	578	171	1294	278	183	67	1899	567	362	5944
	Amministrazione centrale	6	53	218	74	21	9	1	88	13	99	118	37	737
TOTALE		281	59	499	648	192	1303	279	271	80	1998	685	399	6681

La seguente tabella descrive per dipartimento e per qualifica professionale l'organico obiettivo:

ORGANICO OBIETTIVO

DPT	DESCRIZIONE	Altri Dir. Sanitari	Altro	Amministrativi	Ausiliari	Capogruppo	Dirigenti	Infermieri	Amministrativi	Dir. Sanitari non medici	Medici	Quadri Sanitari	Tecnici Sanitari	Totale complessivo
CAA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	1	0	2	3	1	9	1	1	0	22	2	0	42
CAB	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE	4	0	11	24	6	40	8	4	1	70	17	19	204
CAD	DIPARTIMENTO FISIOPATOLOGIA MEDICA	2	0	5	9	1	15	3	2	0	26	6	10	79
CAF	DIP. SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO	2	0	5	9	3	13	3	2	0	25	6	5	73
CAI	DIPARTIMENTO SCIENZE CARD.E RESP.	1	0	3	6	3	24	2	2	0	38	4	0	83
CAW	DIPARTIMENTO MAL.INFETTIVE E TROPICALI	5	0	13	27	10	52	9	5	4	115	19	10	268
CAX	DIPARTIMENTO TERAPIA MEDICA	3	0	9	18	4	26	6	3	1	50	12	14	148
CAY	DIPARTIMENTO MEDICINA CLINICA	3	0	9	18	7	42	6	4	5	95	12	5	207
CCA	DIPARTIMENTO CHIRURGIA PIETRO VALDONI	6	0	16	36	15	70	12	6	0	158	25	10	353
CCB	DIP.CHIR.GEN.SPEC.CHIR.TRAPIANTI P. STEFANINI	5	0	13	30	15	67	10	5	1	162	21	0	329
CCC	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	4	0	0	24	10	50	8	1	0	116	17	5	235
CCD	DIP. SCIENZE CHIR.CHE E T.GIE MED.APPLICATE	3	0	7	15	7	23	5	3	0	55	10	0	128
CCF	ISTITUTO CHIRURGIA CUORE e GROSSI VASI	3	0	7	15	4	37	5	3	0	52	10	10	146
CCG	ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.	1	1	3	6	3	19	2	2	0	45	4	0	86
CGK	DIPARTIMENTO NEUROLOGIA OTORINO	1	0	3	6	3	23	2	2	0	45	4	0	89
CDA	DIPARTIMENTO OTORINO AUDIOLOGIA FONIATRIA	2	0	5	9	3	17	3	2	0	29	6	5	80
CDM	ISTITUTO OFTALMOLOGIA	2	0	5	9	3	24	3	2	1	43	6	5	103
CEA	ISTITUTO CL.ODONTOIATRICA	3	0	7	15	6	11	5	3	0	14	10	5	78
CEM	DIP. SCIENZE APPARATO LOCOMOTORE	3	0	7	15	7	21	5	3	0	65	10	0	136
CFA	DIP. MAL.CUTANEE CHIR.PLAST.RIC.VA	2	0	5	9	3	21	3	2	0	37	6	5	93
CFG	DIPARTIMENTO UROLOGIA	3	0	7	15	4	24	5	3	0	31	10	10	112
CFH	DIP.SC.GIN.PERINATOL. PUERICULTURA	4	0	11	24	9	59	8	4	1	131	17	10	277
CFM	ISTITUTO CL.PEDIATRICA	7	0	17	39	12	60	13	6	3	96	27	24	304
CFO	DIP. SC.NEURO e PSICH. dell'ETA'EVOLUTIVA	2	0	6	12	4	24	4	3	0	52	8	5	120
CGA	DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE	5	0	13	27	7	59	9	5	1	123	19	19	287
CGD	DIP.SC.PSICHIATRICHE.e MED.PSICOLOGICA	3	0	7	15	1	15	5	3	1	18	10	19	98
CHA	DIPARTIMENTO SCIENZE SANITA' PUBBLICA	2	0	5	9	0	9	3	2	9	-2	6	14	57
CHD	DIP.TO BIOTECNOL. CELL.ARI E EMATOLOGIA	3	5	9	18	3	49	6	3	25	67	12	19	220
CLA	DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE	2	0	6	12	1	47	4	3	1	25	8	14	124
CLB	DIPARTIMENTO SCIENZE ANESTESIOLOGICHE	5	0	13	27	3	97	9	5	0	11	19	34	222
CXX	DIPARTIMENTO MEDICINA SPERIMENTALE	8	0	21	48	4	42	16	7	12	47	33	63	302
H01	DEA	4	0	10	21	6	64	7	4	1	38	14	14	183
Tot. Dpt.		100	6	260	574	171	1150	190	104	67	1899	392	352	5.265
	Amministrazione Centrale	6	53	218	74	21	9	1	88	13	99	118	37	737
TOT.		106	59	478	648	192	1159	191	192	80	1998	510	389	6002

2.3.2. Analisi dei costi per beni e servizi

Le altre voci di costo diretto delle attività sanitarie sono:

- Consumi sanitari, costituiti da farmaci e articoli sanitari;
- Altri costi, costituiti dalle prestazioni alberghiere, relative alla mensa dei degenti ed alla lavanderia. Il costo delle prestazioni alberghiere è ottenuto dal prodotto del costo unitario della mensa per il numero dei pasti consumati dal degente (funzione delle degenze) e del costo unitario della lavanderia per le giornate di degenza.
- Costi generali e di struttura.

La necessità di tradurre in un piano strategico attuativo le linee guida del Protocollo d'Intesa sottoscritto tra la Regione Lazio e l'Università, rendono necessarie una serie di verifiche ed approfondimenti riguardanti le suddette voci di costo, utili per individuare quali siano le iniziative da intraprendere al fine di determinare il miglioramento dei conti ed il risanamento completo, da effettuarsi in un arco temporale di 4 anni.

All'uopo è necessario evidenziare alcuni ulteriori aspetti da tenere in conto e dai quali non è possibile prescindere nella predisposizione ed attuazione di un piano strategico di rilancio:

- lo slittamento degli interventi previsti nel piano di risanamento del 2001 ed il ritardo nella stipula del Protocollo d'Intesa, che determinerà nei conti del Policlinico, per l'esercizio 2002, l'aggravarsi del deficit, previsto per circa 110 milioni di Euro.
- In sede di chiusura dei consuntivi degli esercizi 2000 e 2001 (non ancora deliberati) e previa approfondita analisi delle somme impegnate ed effettivamente pagate e somme accertate e riscosse, gli uffici evidenziano la possibilità di altri eventuali recuperi che potrebbero ulteriormente ridurre la perdita attualmente prevista.
- Rimborso delle indennità di esclusività per il periodo 2002-2004 (accordo 8/8/2001 – Governo Regioni) per oltre 10 milioni di Euro annui.

2.3.3. Le azioni per il pareggio di bilancio

Ciò premesso, nel seguito si riporta un'analisi delle principali voci di costo di beni e servizi nell'ambito delle quali sono state identificate azioni di intervento finalizzate alla riduzione della loro incidenza sull'attività produttiva.

Consumi di beni sanitari

I costi evidenziati nel consuntivo 2001 evidenziano una spesa complessiva di ca. 89 milioni di Euro, così divisi:

Prodotti	***Mln/Euro***
- Prodotti Farmaceutici ed emoderivati	22,7
- Farmaci in c/Regione (*)	14,5
- Proifilassi, sieri e vaccini	1,5
- Radiografico e radioattivo	3,6
- chimici di laboratorio	8,8
- Presidi chirurgici	23,2
- Mat. Sanitario e medicazione	7,2
- Emodialisi e protesici	7,7
Totale	**89,3**

(*) Rimborsati

L'incidenza del costo totale netto della Farmacia e Presidi sugli oltre 78.000 casi del 2001 (ricoveri ordinari e accessi di Day Hospital/Day Surgery) è pari a circa 9.600 Euro per caso, mentre il rapporto dei costi di farmacia e presidi rispetto alle giornate di degenza/accesso, quantificate in oltre 619.000, sono circa 121,00 Euro a giornata.

La riorganizzazione delle attività sanitarie secondo le linee guida precedentemente indicate, in particolar modo volta:

- alla centralizzazione dei servizi,
- conseguente diminuzione dei soggetti ordinatori di spesa,
- conseguente semplificazione delle attività di controllo,

unitamente alla riorganizzazione ed alla implementazione di procedure di acquisto di beni e servizi (introduzione dell'e-procurement, estensione della gamma di beni e servizi soggetti a gare, ecc.), induce alla previsione di una riduzione della spesa, portando l'incidenza sui ricavi dal 32% attuale al 20% circa del 2006. In valore assoluto, tale riduzione è quantificabile in 27 milioni di Euro.

Contratti in essere e nuovi appalti

Ulteriori significativi risparmi si possono determinare in capo ad alcuni contratti di appalto in essere, limitatamente a quelle fattispecie che potranno essere rinegoziate.

A puro titolo di esempio, si segnala che l'affidamento dell'incarico ad un nuovo broker di curare le polizze assicurative, effettuato di recente, dovrebbe generare una significativa riduzione dei costi, attualmente ammontanti a circa 3 milioni di Euro.

Si segnala, ancora, che l'ACEA ha riconosciuto l'Azienda quale cliente idoneo per partecipare alla gestione diretta dell'energia, operazione che dovrebbe consentire risparmi di oltre 500 mila Euro all'anno.

In tale ambito si ravvisa altresì l'opportunità di conseguire significative riduzioni degli oneri relativi alle attività legate *all'information & communication technology*. Tali risparmi, come verrà

indicato più analiticamente nel seguito, riguardano le utenze telefoniche (grazie allo sviluppo di sistemi del tipo "voice over IP"), l'acquisto di HW e ricambi, la gestione documentale, ecc.

Considerate le tipologie di intervento per la riduzione dei costi non sanitari, in corso di esame da parte della Direzione Amministrativa, si ritiene ipotizzabile una riduzione dei costi per acquisizione di beni e servizi non sanitari, appalti e manutenzioni del 20% circa per il 2006 rispetto al dato di preconsuntivo del 2002, pari a circa 15 milioni di Euro.

2.3.4. Considerazioni sulla proposta di struttura organizzativa e di pianta organica a fine triennio

Premessa

A margine di un piano di riequilibrio finanziario, basato esclusivamente su criteri quantitativi, è opportuno riassumere con alcune considerazioni finali quanto già tratteggiato in modo specifico nei precedenti capitoli sulla complessa questione riguardante la futura struttura organizzativa e pianta organica che Università La Sapienza e Regione Lazio dovranno concordare ed assumere per l'Azienda Policlinico Umberto I°.

Il protocollo di intesa, stipulato dall'Università La Sapienza e dalla Regione Lazio lo scorso 2 agosto, porta, nel triennio, la dotazione strutturale dell'Azienda Policlinico Umberto I° a 1000 posti letto, comprensivi di posti letto ordinari, di Day Hospital e di letti di riabilitazione.

La riduzione del numero di posti letto comporta una contestuale ridefinizione della dotazione di personale medico, non medico ed amministrativo.

Inoltre, la modifica del numero complessivo di posti letto disponibili richiede una revisione completa del numero e della tipologia delle unità organizzative fondamentali, ovvero delle Unità Operative Complesse (UOC), nelle quali si articola l'Azienda.

Il piano di risanamento, presentato dalla Regione Lazio al Governo per il ripiano dei deficit maturati dall'Azienda nel biennio 2000-2001, considerava esclusivamente gli aspetti di macro struttura, essendo rivolto a dimostrare la possibilità di pervenire al ripiano di bilancio entro un arco temporale di 4 anni.

Gli assunti su cui si basava il piano di risanamento erano i seguenti:

- Decongestionamento dell'Azienda Policlinico Umberto I° con il trasferimento di posti letto e di personale delle diverse categorie professionali a partire dalla seconda metà del 2002, per concludersi entro la fine del 2003 (700 posti letto e circa 3000 unità di personale);
- Destrutturazione di circa 90 Unità Operative Complesse (principalmente nell'area dei servizi)
- Aumento delle attività assistenziali e della complessità della casistica trattata;
- Rafforzamento di settori strategici, in coerenza con le indicazione della programmazione regionale (ad es., trapianti, neurotraumatologia, cardiochirurgia);
- Revisione delle procedure di acquisto dei beni e servizi, con l'eventuale esternalizzazione di servizi non strategici.

Gli ultimi tre punti sono profondamente dipendenti dalla revisione della struttura organizzativa (primi due punti) poiché solo attraverso una riduzione razionale del numero di UOC è possibile avviare un piano degli investimenti per l'ammodernamento delle attrezzature sanitarie ed utilizzare in modo efficiente le unità di personale che rimangono in azienda.

E', inoltre, opportuno sottolineare che gli interventi sui beni e servizi, i cui costi rappresentano uno dei fattori più rilevanti di squilibrio finanziario per l'Azienda, sono subordinati alla scadenza di contratti in essere.

In sintesi, le leve fondamentali su cui può agire l'azienda per raggiungere un equilibrio di bilancio sono la riduzione dei costi del personale attraverso la diminuzione delle UOC, con il decentramento e la destrutturazione di unità primariati e delle unità di personale non medico, l'aumento dei volumi e della complessità della casistica e la contrazione e razionalizzazione delle spese per beni e servizi.

Il primo punto investe la definizione di una struttura organizzativa (pianta organica) coerente con questi assunti.

Metodologia e criteri per la elaborazione di un'ipotesi di struttura organizzativa e di pianta organica

Punto I

Per la definizione della pianta organica dell'Azienda Policlinico Umberto I°, non si può prescindere, pena tutta una serie di possibili ipotesi di illegittimità nell'iter della sua approvazione, da quanto previsto dal citato protocollo di intesa, che si ritiene di dover riportare, ancora una volta, testualmente (Titolo II):

"*Specifici accordi tra Regione e Università La Sapienza relativamente alle aziende di riferimento della I e della II Facoltà di Medicina conterranno la complessiva strutturazione assistenziale delle stesse... Gli accordi dovranno, quindi, indicare i posti letto, le discipline, le unità operative ed il personale docente e non docente relativo... Per quanto riguarda il Policlinico Umberto I°, detta programmazione, contenuta nella convenzione, dovrà essere compatibile con l'ipotesi di riequilibrio finanziario pluriennale fatto proprio dalla Regione con il piano di risanamento presentato al Governo in base all'accordo dell'8-8-2001. Detto piano è condizionato, peraltro, dalla struttura organizzativa e dalla pianta organica già presentata alla Regione dalla Direzione Generale dell'Azienda S. Andrea*".

E' evidente, quindi che, messi in discussione e non definiti i servizi e le specialità con i posti letto relativi da trasferire al S. Andrea e tanto meno a Latina, si è proceduto al ridisegno della struttura organizzativa del Policlinico quale potrebbe essere approvata dalla Regione nella sede degli accordi citati in luogo della preesistente convenzione del 1990.

All'interno di questo assetto complessivo, formalizzato da detto accordo, e solo allora, l'Azienda potrà, con l'atto aziendale che le è proprio, e seguendo i criteri emanati dalla Regione, elaborare nel dettaglio la propria e definitiva pianta organica.

Comunque, non appena note le decisioni della Regione e dell'Università sul S. Andrea, ed in seguito su Latina, questa Direzione Generale è in grado nei tempi brevissimi di apportare le conseguenti modifiche al modello che è stato presentato nel presente piano..

Punto II

Sono già stati citati gli indirizzi del piano di risanamento ma l'elaborazione di una pianta organica deve seguire anche gli obiettivi di miglioramento della qualità e complessità dell'assistenza e la compatibilità con la missione didattica e scientifica di un policlinico universitario votato all'innovazione tecnologica e, come tale, richiedente la coerenza con standard internazionalmente riconosciuti di personale, tecnologie e risorse dedicate.

E soprattutto sul piano della politica sanitaria interna, non si è ritenuto, come primo criterio, già citato, di sovvertire l'attuale complessa articolazione di Dipartimenti e di Istituti universitari, anche se non sempre coerenti con l'organizzazione delle Aziende ospedaliere del SSN.

Tale articolazione sarà riconsiderata nell'atto aziendale con la costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI); il che richiede un ampio dibattito e consenso con gli istituti accademici e, principalmente, l'intesa con il Rettore.

In merito al punto riguardante la riduzione dei costi del personale attraverso la ridefinizione del numero, della composizione e della dotazione organica delle UOC sui 1000 posti letto che rimarranno al Policlinico Umberto I°, è necessario di nuovo sottolineare che in assenza di una concordata e definitiva articolazione organizzativa e funzionale dei poli ospedalieri del S. Andrea e di Latina non è possibile individuare in modo univoco le Unità Operative Complesse che verranno disattivate nell'Umberto I°, e quindi la fisionomia finale di quest'ultimo.

In queste circostanze, la procedura seguita nel presente documento è stata quella di identificare la articolazione organizzativa ottimale su 1700 posti letto (ovvero, la attuale dotazione di posti letto presenti al Policlinico Umberto I°) in modo tale che il trasferimento di qualsiasi delle UOC verso uno dei due poli citati comporti lo spostamento di servizi pienamente efficienti, che potranno essere identificati e detratti dal presente modello automaticamente.

Dovendo essere coerenti, come da protocollo di intesa, con l'assunto del piano di risanamento, e per raggiungere l'obiettivo finale delle 127 Unità Operative Complesse indicate in detto piano (da cui vengono ipoteticamente detratte 71 UOC e/o primariati da trasferire nelle altre sedi, i criteri già precedentemente citatati, che sono stati utilizzati, in modo sinergico, per individuare i servizi da "disattivare", e , quindi, pervenire al presente modello, sono stati i seguenti:

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

Punto III

Le Unità Operative Complesse, che permangono nell'assetto dipartimentale citato, sono state ricondotte alle dizioni presenti nell'elenco delle discipline mediche e chirurgiche per le quali è prevista l'idoneità nazionale a dirigenti di II livello (ex primari, attuali Dirigenti di Unità Operative Complesse – UOC).

Le Unità Operative Complesse soppresse in rapporto ai criteri elencati in precedenza, possono essere mantenute con la loro denominazione quali Unità Operative Semplici all'interno dei Dipartimenti ad Attività Integrata e, come previsto nella 517/99, nel caso in cui i volumi e la complessità dei casi trattati fossero congrui e portassero ad una accettabile produttività, potrebbero essere ridefiniti come complessi.

In nessun modo, quindi, la prevista articolazione della struttura organizzativa in Unità Operative Complesse, ridotte di numero e riportate ai criteri dei servizi ospedalieri delle aziende ospedaliere del SSN, può essere considerata una invasione e perversione delle caratteristiche universitarie dirette alla didattica ed alla ricerca perché di queste si è accettata ogni preesistente articolazione di dipartimenti, reparti, servizi ad indirizzo più o meno specialistico operandone solo una riclassificazione inerente strettamente il livello di attività e di complessità che oggettivamente presentavano di se.

Conseguentemente le tipologie delle attività e delle prestazioni (DRGs) , attualmente presenti, in alcun modo saranno limitate per numero, qualità e varietà .

Solo di alcune UOC, assolutamente estranee alle attività assistenziali del Policlinico, si è ipotizzata la disattivazione tramite destrutturazione del personale in esse operante.

Punto IV

Non sono stati cambiati i posti letto attribuiti alle singole Unità operative perché si è scelto di considerare ogni grande settore dipartimentale costituente una "area omogenea" secondo gli indirizzi del SSN.

In essa potranno ricoverare i propri pazienti i Direttori delle UOC e delle UOS coordinati dal Direttore del Dipartimento secondo criteri di attrazione e/o importanza della casistica formalizzate nelle liste di attesa specifiche , e non secondo criteri di titolarità di posti letto.

Così pure il personale addetto alle Unità Operative ,ad eccezione dei Direttori di UOC , pur distinto nelle varie categorie professionali, non è stato attribuito alle singole Unità per ribadire il concetto della sua utilizzazione integrata e coordinata dal Direttore di Dipartimento e dalle Direzione Sanitaria ed Infermieristica secondo le mutanti esigenze assistenziali.

Si sta comunque procedendo agli incontri con i singoli Direttori di Dipartimento per discutere ed eventualmente concordare le varie scelte da inserire del futuro Atto Aziendale.

Punto V

L'articolazione, infine, del personale, nelle varie professionalità nei dipartimenti citati non poteva non aderire alla definizione quantitativa standard e complessiva individuata nel piano di risanamento riducendo di circa 400 unità di personale medico e 300 unità circa di personale amministrativo l'organico complessivo del personale che viene quindi per i 1700 posti letto esistenti, portato ad un rapporto di circa 3,5 unità per posto letto. non troppo dissimile da quello dei grandi complessi romani che si attestano attorno alle 3 unità per posto letto.

E' da sottolineare che tale riduzione del personale ed il calcolo degli esuberi sono legati alla previsione di un indispensabile aumento della produttività.Ciò rende la previsione degli esuberi stessi molto inferiore a quella che sarebbe necessaria permanendo le condizioni attuali di attività assistenziale.

Occorre ancora una volta specificare che gli "esuberi" individuati sono, in realtà, semplicemente eccessi di cosiddetta strutturazione di personale universitario in gran parte docenti ed amministrativi che operano in ambiente destinato ad attività assistenziali senza essere utilizzati in modo esclusivo per quest'ultima.

Le soluzioni da dare a questo problema, riguardano gli accordi che gli Enti di riferimento, Università e Regione, definiranno con le Organizzazioni Sindacali.

Non si può dimenticare che la Regione ha calcolato che il personale non medico del Policlinico costa mediamente più del 15% del personale degli altri ospedali della regione, avendo una produttività di oltre il 25% inferiore (54 milioni di lire contro i 72 milioni del s. Camillo) di queste strutture.

2.4.I risultati della pianificazione

Dall'insieme degli interventi ipotizzati sui più rilevanti settori che compongono il conto economico dell'Azienda, è derivata la proiezione sui risultati di esercizio per gli anni 2003-2006 presentati nella seguente tabella di sintesi.

Policlinico Umberto I

SCENARIO BASATO SULL'INVARIANZA DEI POSTI LETTO

Piano economico finanziario 2002-2006 (Importi in Milioni di Euro)	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Diff. 2006-2002
	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val ass.
Ricavi :															-
- Contributi Regionali a dest.indistinta	212	84,7%	233	83,6%	248	80,9%	264	81,9%	279	82,7%	293	85,9%	301	86%	53
- Altri contributi	27	10,9%	23	8,4%	24	7,8%	24	7,4%	24	7,1%	24	7,0%	24	7%	-
- Contributi Statali (Ind. Esclusività Rapporto)		0,0%		0,0%	10	3,4%	10	3,2%	10	3,1%		0,0%		0%	(10)
- Proventi da servizi	11	4,3%	17	6,0%	18	5,8%	18	5,5%	18	5,3%	18	5,2%	18	5%	-
- Altri ricavi	0,3	0,1%	6	2,0%	6	2,0%	6	1,9%	6	1,9%	6	1,8%	6	2%	-
Totale ricavi	**250**	100,0%	**279**	100,0%	**307**	98,0%	**322**	98,1%	**337**	98,1%	**341**	98,2%	**349**	98%	**42**
Costi:															
- Personale Univesitario	114	45,7%	114	41,0%	117	38,1%	114	35,2%	109	32,4%	101	29,5%	91	26%	(26)
- Personale Aziendale	58	23,0%	65	23,4%	87	28,4%	87	27,0%	87	25,8%	87	25,5%	87	25%	-
- Altri costi del personale	24	9,6%	24	8,5%	10	3,2%	10	3,0%	10	2,9%	10	2,8%	10	3%	-
- Convenzioni (outsourcing personale sanitario)	9	3,8%	13	4,8%	17	5,5%	17	5,2%	17	5,0%	17	5,0%	17	5%	
Sub totale costi personale	***205***	82,0%	***217***	77,7%	***230***	75,2%	***227***	70,5%	***223***	66,1%	***214***	62,8%	***204***	59%	***(26)***
															-
- Acquisti di beni sanitari	82	32,6%	89	32,0%	95	31,0%	90	27,9%	85	25,3%	75	22,0%	68	20%	(27)
- Acquisti di beni non sanitari	8	3,2%	7	2,6%	9	2,8%	9	2,7%	9	2,5%	9	2,5%	9	2%	-
- Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni	52	20,8%	62	22,1%	69	22,4%	65	20,1%	62	18,3%	57	16,6%	54	16%	(15)
Sub totale acq. di beni e serv.	***142***	56,6%	***158***	56,7%	***172***	56,3%	***163***	50,7%	***155***	46,1%	***140***	41,1%	***131***	38%	***(42)***
- Godimento di beni di terzi	2	0,8%	3	1,1%	4	1,2%	4	1,2%	4	1,1%	4	1,1%	4	1%	-
- Ammortamenti + accant.+ svalut.	2	0,6%	1	0,5%	3	1,0%	3	1,0%	3	0,9%	3	0,9%	3	1%	-
- Spese G&A e di direzione	0,3	0,1%	4	1,6%	7	2,1%	7	2,0%	7	1,9%	7	1,9%	7	2%	-
- Oneri/(Proventi) finanziari	0,1	0,0%	0,3	0,1%	0,3	0,1%	0,3	0,1%	0,3	0,1%	0,3	0,1%	0,3	0%	-
Sub totale costi di struttura	***4***	1,6%	***9***	3,3%	***14***		***14***		***14***		***14***		***14***	3,9%	***0***
Totale costi	**351**	2,79	**384**	2,72	**417**	2,67	**404**	2,47	**392**	2,29	**368**	2,12	**349**	196%	**-68**
Risultato di esercizio	**(101)**	-40,2%	**(105)**	-37,7%	**(110)**	-35,9%	**(82)**	-25,4%	**(55)**	-16,3%	**(27)**	-7,9%	**(0)**	0%	**110**

Come accennato in precedenza, la metodologia seguita per individuare tali effetti fa riferimento al conto economico preconsuntivo 2002, sulla base del quale vengono calcolati in maniera differenziale, anno per anno, gli incrementi e decrementi nell'ammontare delle singole voci di ricavo e costo.

La tabella seguente riporta un dettaglio degli effetti – a valere sui conti economici – scaturenti dalle azioni di recupero dell'efficienza produttiva ed incidenti sugli oneri d'esercizio (milioni di Euro).

(Riduzioni)/incrementi oneri c/esercizio rispetto anno base (2002)				
	2003	**2004**	**2005**	**2006**
- Personale	(3,3)	(7,6)	(16,3)	(26,0)
- Acquisti di beni sanitari	(5,0)	(10,0)	(20,0)	(27,0)
- Acquisti di beni non sanitari - Prestazioni di servizi, appalti e manutenzioni	(2,0)	(5,0)	(10,0)	(12,5)
(Riduz.)/ Incr. da Investimenti c/capitale				
- Apparecchiature biomedicali	1,3	1,3	1,3	1,3
- Information & comm. technology	(4,1)	(4,1)	(4,1)	(4,1)
- Sicurezza	0,7	0,7	0,7	0,7
Totale Riduzioni/incrementi	**(12,4)**	**(24,7)**	**(48,4)**	**(67,6)**

Nel seguito si riporta una descrizione dei principali effetti sul conto economico derivanti dallo sviluppo delle linee di intervento descritte nel presente piano:

Ricavi

Il piano è basato su un forte incremento dei ricavi che, in costanza del valore dei DRG nel tempo, fa leva su un sensibile incremento delle prestazioni e allo stesso tempo un significativo incremento del livello di complessità media. In particolare: l'incremento atteso delle prestazioni è pari a circa il 34%. A questa crescita, per effetto dell'innalzamento della complessità, si attende un incremento percentuale dei ricavi totali per un ammontare pari a circa il 40% rispetto all'anno base 2002.

Per quel che concerne le altre linee di ricavo, data la sostanziale stabilità registrata nel ultimo periodo storico, si ipotizza il proseguimento di tale dinamica anche per il periodo prospettico considerato, senza dunque influenzare i risultati delle azioni di risanamento e rilancio.

Fa eccezione la previsione dei contributi statali per compensazione dell'indennità di esclusività, previsti a valere sugli esercizi 2002, 2003 e 2004.

Costi del personale

Una condizione necessaria per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario è rappresentata dalla riduzione delle consistenza dell'organico sulla base della dotazione-obiettivo di circa 6.000 unità entro il 2006.

Conseguentemente, la riduzione del costo del lavoro ammonta a 26 milioni di Euro circa, determinato in funzione del costo medio unitario delle qualifiche sulle quali è concentrato l'esubero.

Tale riduzione è stata prevista con effetto graduale sul conto economico, ipotizzando azioni automatiche (pensionamenti, domande di trasferimento), azioni previste dal Protocollo d'Intesa

(trasferimenti di posti letto e personale) ed azioni da pianificare in via residuale fino a completa riduzione dell'esubero.

Tale esubero è concentrato esclusivamente sul personale universitario, in quanto caratterizzato dai seguenti aspetti:

- Il personale universitario rappresenta oltre il 60% del totale organico;
- Il personale universitario presta attività ai fini assistenziale sulla base di un orario medio ordinario settimanale di 28 ore, contro le 36 del personale aziendale.

Il costo di riferimento del personale (esercizio 2002) tiene conto degli incrementi contrattuali previsti in base agli accordi sindacali, in corso di definizione.

Acquisti di beni sanitari

Si prevedono risparmi per 27 Mln Euro, portando l'incidenza sui ricavi dall'attuale 31% al 20% circa del 2006 (tasso allineato ad altre strutture con complessità analoga), grazie anche all'introduzione di procedure di acquisto dei beni (es. e-procurement, estensione delle procedure di gara, ecc.) e gestione del magazzino.

Acquisti di beni non sanitari, appalti, manutenzioni e servizi

La riduzione prospettata ammonta a 15 Mln Euro, grazie alla rinegoziazione di contratti in essere o alla loro naturale scadenza e ad una maggior efficienza diffusa, grazie all'introduzione di procedure sulla gestione delle attività (patrimonio, economato, edilizia, informatica, ecc.).

Si segnala che il preconsuntivo 2002 include una previsione di recupero di circa 6,3 milioni di Euro derivante dalla richieste di rimborso che verranno indirizzate all'Università, concernenti quota parte degli oneri sostenuti dall'Azienda in questo ambito, a fronte dell'utilizzo che il personale universitario ed i discenti effettuano con riferimento agli spazi dedicati alla ricerca e didattica. Tale quota ammonta mediamente al 25% degli oneri legati a spese comuni, quali pulizie, energia, acqua, manutenzioni generali, ecc.

2.5.Il piano degli investimenti

L'azienda Policlinico Umberto I eredita una situazione complessa dal punto di vista dell'obsolescenza di strutture, apparecchiature medicali e sistemi informativi. In particolare, sono stati impegnati molti fondi sulle strutture edilizie ed impiantistiche ma, la dimensione complessiva dell'area ospedaliera, l'evoluzione continua dei processi di cura e le conseguenti modifiche necessarie in termini di spazi e di attrezzature, la difficoltà di programmare interventi di riqualificazione senza i condizionamenti prodotti dallo stato generale di urgenza relativa alla sicurezza ed all'adeguamento a norma degli edifici hanno ridotto l'effetto complessivo degli investimenti. In tema di informatica, arredi ed attrezzature, non si ha notizia di finanziamenti in conto capitale specificamente destinati al rinnovamento nel decennio 1991-1998 al di fuori di iniziative spot di entità ed impatto limitato.

Tale situazione comune alla maggior parte delle strutture ospedaliere italiane deriva dalla continua erosione dei finanziamenti in conto capitale della sanità ridotti negli anni '90, a seguito delle diverse leggi finanziarie, al 1,8% del PIL (contro una media europea del 3,5-4%). Per contro, in questi anni la modalità di finanziamento a rimborso ha consentito l'incremento delle spese di mantenimento, promuovendo indirettamente forme di acquisizione diverse come il leasing, gli aggiornamenti tecnologici, il service, appesantendo così il bilancio dell'Azienda.

2.5.1. Sistema Edilizio ed Impiantistico

Il Policlinico Umberto I è composto complessivamente da 54 edifici, in parte localizzati in un'area di circa 15 Ha, in parte presenti fuori dal recinto, nell'ambito della città universitaria de La Sapienza e in altre zone della città. Il Policlinico Umberto rispecchia i criteri progettuali per l'edilizia ospedaliera in voga sul finire del secolo XVIII e la situazione attuale, vede uno spazio recintato, non in relazione con l'intorno cittadino, privo, al suo interno, di spazi pubblici, di infrastrutture oggi indispensabili. Inoltre, con il succedersi nei decenni di interventi edilizi disomogenei e localizzati, si è persa la razionalità del piano originario e si sono prodotti effetti di spaesamento nell'utenza, gli edifici storici sono stati devastati da un gran numero di superfetazioni e la qualità degli edifici più recenti è di profilo decisamente basso. In termini di mantenimento in efficienza, il Policlinico è stato oggetto di forti interventi impiantistici che, senza risolvere in maniera razionale i bisogni, vedono la necessità di continui interventi parziali, parcellizzati, costosi e non risolutivi. La proprietà degli immobili risulta del Demanio che li ha assegnati in uso all'Università La Sapienza, anche se gli interventi di manutenzione vengono realizzati con fondi aziendali, dall'ufficio tecnico dell'Azienda.

Il dipartimento dei servizi tecnici impegnava, fino al 2001, quasi 16 milioni di Euro nell'appalto per la manutenzione e la gestione del servizio di riscaldamento e trattamento aria, nella manutenzione ordinaria degli immobili (edilizia e impianti) e in appalti minori che riguardano la manutenzione di giardini, cappe chimiche, acqua osmotizzata, camera iperbarica, gruppi elettrogeni, ascensori, il facchinaggio, la nettezza urbana, la raccolta rifiuti speciali, il presidio elettrico. La previsione per i prossimi anni, vede una riorganizzazione del sistema degli appalti, in modo da accorpare la manutenzione ordinaria in due gruppi, uno del valore di 5 milioni € per la manutenzione degli edifici, l'altro del valore di circa 1,5 milioni € per la manutenzione e gestione delle aree esterne e dei servizi di pulizia e facchinaggio; mantenere l'appalto della termogestione; destinare 3 milioni € anno alla riqualificazione degli spazi e alla logistica conseguente all'attivazione del piano per la realizzazione della nuova piastra di servizi centralizzata e di nuove aree di degenza.

La previsione di bilancio per l'anno 2002 è pari a 18,5 milioni € e non è prevista variazione in crescita per i prossimi anni.

2.5.2. Finanziamenti in conto capitale per la realizzazione della nuova piastra dei servizi

Da quanto fin qui esposto, è evidente che la riorganizzazione strutturale del Policlinico Umberto I non può prescindere da un radicale cambiamento di indirizzo, che finalizzi le risorse disponibili ad interventi tesi non solo alla riqualificazione strutturale ed impiantistica ma, soprattutto, a rendere possibile la riorganizzazione funzionale delle parti a servizi, in un contesto di modernità tecnologica e di efficienza gestionale.

Il programma di riqualificazione del Policlinico attraverso la realizzazione di una nuova piastra dei servizi centralizzata è stato ammesso al finanziamento a valere sui fondi art.71 L448/98, per un valore complessivo di 100 milioni di Euro. A fronte dell'ottenimento di tale finanziamento, l'Azienda ha predisposto un Documento Preliminare alla Progettazione per esaminare e dettagliare le modalità di progettazione e realizzazione della I° fase di intervento, che vede l'attivazione della piastra dove allocare i servizi diagnostici e terapeutici trasversali a tutte le attività assistenziali, nello specifico: DEA, Blocco operatorio, Radiologia, Radioterapia e Medicina Nucleare, Terapia Intensiva, Diagnostica di Laboratorio.

In una II° fase, alla piastra centralizzata potranno essere annesse nuove aree di degenza moderne ed umanizzate, in modo da realizzare, al centro dell'attuale area del Policlinico, un complesso moderno e compatto, dedicato alle attività assistenziali ed in collegamento funzionale con le aree didattiche e scientifiche che rimarrebbero nella cinta storica-monumentale.

L'Azienda ha recentemente consegnato il documento preliminare alla progettazione alla Regione Lazio, richiedendo la convocazione della Conferenza dei servizi. Una volta ottenuto il parere degli Enti preposti, l'Azienda Policlinico Umberto I proseguirà la fase di progettazione preliminare. Lo studio delle funzioni da attivare nella nuova struttura e quelle da organizzare nel più ampio recinto del Policlinico o da convenzionare con società esterne, unitamente all'analisi dell'esistente (superfici, collocazioni, collegamenti, attrezzature, funzioni, attività e prestazioni), hanno consentito di formulare un piano preliminare delle varie fasi d'attuazione. La sintesi di tale programma è il seguente:

- Fase 1 - *Finanziamento art. 71 L.448/98*; disattivazione, svuotamento e demolizione di due padiglioni di degenza; realizzazione, da cielo a terra di un primo settore del nuovo Ospedale per Acuti con il DEA completo, affiancato da parte della Diagnostica per Immagini ed Alte Energie (tale da poter sostituire le dotazioni attive nel padiglione di Radiologia), da parte del Blocco Operatorio e delle necessarie Terapie Intensive.
- Fase 2 – *Finanziamenti da ricercare*;
  - Disattivazione, svuotamento e demolizione della radiologia e dei fabbricati delle malattie infettive; primo ampliamento del nuovo blocco, con completamento del dipartimento d'immagini, dei blocchi operatori e delle terapie intensive, laboratori d'analisi e reparti di degenza; realizzazione di un primo settore dell'Ospedale di Giorno.
  - Disattivazione, svuotamento e demolizione dei padiglioni di degenza della prima fascia e delle malattie tropicali; completamento delle nuova struttura per Acuti e dell'Ospedale di Giorno.
  - Completamento delle disattivazioni, svuotamenti e demolizioni previste di fabbricati vecchi e recenti e delle superfetazioni, con integrazione delle nuove strutture, riqualificazione dell'edificio di Patologia Generale a fini amministrativi ospedalieri, realizzazione degli spazi pubblici al servizio della città.

Le indicazioni sopra riportate evidenziano solo i principali interventi e le principali funzioni sanitarie; nella realtà verranno affiancati da tutta una serie di altri interventi, sia per realizzare una nuova struttura compiutamente funzionale e funzionante, ben integrata nel contesto del Policlinico,

sia per mantenere nel corso dei lavori e poi rinnovare, i necessari collegamenti funzionali ed impiantistici con il resto della struttura e consentire la non interruzione delle attività di assistenza e di didattica.

2.5.3. Valutazioni economiche

La realizzazione della prima fase, che comporterà la demolizione di alcuni edifici esistenti, la costruzione di un primo settore della nuova struttura sanitaria, i necessari collegamenti, provvisori e definitivi, con gli altri settori sanitari che resteranno operativi, gli allacciamenti impiantistici, provvisori e definitivi, ed una prima parte delle sistemazioni esterne circostanti, può essere valutata entro i 100 milioni di euro. Tale importo comprenderà, non solo le lavorazioni descritte, ma anche la fornitura e l'installazione degli arredi e delle attrezzature medicali, le spese di progettazione, gli oneri finanziari e quant'altro necessario per dare l'opera funzionante.

2.5.4. Servizio di prevenzione e protezione

Stato attuale

Attualmente l'Organico del servizio è sottodimensionato in relazione alla dimensione ed alla complessità dell'Azienda.

Integrazione organico

Premesso che è in corso l'aggiudicazione a ditta esterna della mappatura dei rischi dell'Azienda, che sarà parte integrante del "*Documento finale di Sicurezza*" e del "*Piano di Emergenza ed Evacuazione*", tali documenti andranno successivamente gestiti ed aggiornati periodicamente dal Servizio di P.P.:

Oneri c/esercizio necessari alla completa strutturazione del servizio: 0,7 mln €

L'Azienda Policlinico, con tutti i suoi edifici (interni ed esterni) si articola su complessivi mq. 310.000; di questa superficie, ed in ogni edificio, fanno parte le ***Aree Assistenziali***, gestite dall'Azienda Policlinico, e le ***Aree Didattiche e di Ricerca***, gestite dall'Università "La Sapienza".

Le aree didattiche incidono per circa il 25% della superficie totale; ma non va trascurato che oltre le aree assistenziali e le aree didattiche esistono delle ***aree comuni*** la cui incidenza di gestione deve essere ripartita tra Policlinico ed Università.

Le aree comuni (compresi gli spazi all'aperto), oltre che dal personale assistenziale e dal personale afferente alla didattica, vengono utilizzate da studenti, specializzanti, ecc., pertanto nel dimensionare le vie di esodo, le scale di emergenza ed le uscite di sicurezza, andrà tenuto presente il complessivo flusso di persone.

Alla luce di quanto sopra esposto, discende che la partecipazione dell'Università alla gestione della sicurezza del complesso debba incidere per almeno il 30% del costo totale.

Da esperienze e calcoli attendibili l'incidenza del costo della sicurezza nelle strutture ospedaliere (con la esclusione delle attrezzature ed apparecchiature elettromedicali) è così ripartito:

Calcolo dei costi medi per la messa in sicurezza dei diversi settori ospedalieri

Destinazioni	Costo €/mq
Sale operatorie, radiodiagnostica	309,87
Laboratori, ambulatori	206,58
Reparti di degenza	103,29
Uffici, magazzini, archivi	77,47
media	***174,30***

In relazione ai dati stimati, raccolti nelle tabelle seguenti, è possibile ipotizzare un valore teorico di intervento necessario alla completa messa in sicurezza dell'azienda pari a 37,7 ml €; attualmente, tutti gli interventi in corso nelle strutture esistenti, ricomprendono al loro interno, i costi per l'adeguamento e il miglioramento della sicurezza ed è quindi possibile prevedere una relativa riduzione dell'impegno di spesa necessario.

Valutazione teorica dei costi per la messa in sicurezza delle strutture del Policlinico

Ripartizioni, percentuali e superfici	Costo in ml €
Superficie totale del Policlinico mq. 310.000	53,864
Azienda Policlinico 70% di mq. 310.000 = **mq. 217.000**	37,678
Università "La Sapienza" 30% di mq. 310.000 = **mq. 93.000**	16,186

In attesa della definizione della mappatura di rischi in corso e del conseguente necessario avvio di un programma strutturato di interventi, si riporta, nel seguito, un'ipotesi dil programma di spesa.

Intervento	Investimento totale (milioni €)	competenza 2003	competenza 2004	competenza 2005	competenza 2006	(Risparmio)/incremento c/esercizio
SICUREZZA	37,7	9,4	9,4	9,4	9,4	0,7

2.5.5. Sistemi Informativi

Tra il 1999 e il 2001 l'Azienda Policlinico ha destinato a interventi strutturali nell'ambito delle tecnologie informatiche e telematiche, e dei sistemi informativi poco più di 4 milioni di Euro, in larga parte derivanti da fondi finalizzati per il Giubileo e destinati prevalentemente all'area dell'emergenza e della prima accoglienza.

Gli interventi hanno dato una risposta al continuo stato di emergenza derivante dalla precarietà delle limitatissime ed antiquate risorse ICT del Policlinico, la cui consistenza tecnologica può essere ricondotta a un periodo temporale compreso tra la seconda metà degli anni '80 e i primi anni '90.

L'assenza di un sistema di comunicazione, di basi di dati strutturate e di risorse di calcolo adeguate alle esigenze funzionali dei servizi, aggravate dalla polverizzazione organizzativa che ha coinvolto persino il processo di individuazione, di acquisizione e di gestione delle risorse, hanno portato a disperdere le poche risorse finanziarie in una moltitudine di interventi in emergenza privi di impatto e di risultati operativi.

Il piano degli investimenti 2003-2005 e la conseguente *consecutio* degli interventi inverte la tendenza a ininfluenti interventi destrutturati e consente al Policlinico di uscire dalla politica dei

piccoli passi e dell'emergenza, facendo ricorso a sistemi tecnologici strettamente integrati tra di loro in un unico sistema tecnologico realizzato in tempi particolarmente contenuti, con il coinvolgimento diretto dei principali produttori di tecnologie avanzate nell'ambito dell'*Information and Communication Tecnology*.

La realizzazione simultanea delle diverse fasi del progetto e il rispetto cronologico delle realizzazioni secondo i *milestones* sinteticamente indicati nella tabella allegata, garantirà al Policlinico un forte recupero di efficienza e di economicità, adeguato agli obiettivi di risanamento e di rilancio.

Il finanziamento delle tecnologie e dei sistemi dovrà derivare:

- dalla disponibilità di nuove risorse interne, volano necessario per avviare un processo virtuoso che attraverso l'innovazione consenta di abbattere i costi di produzione dei servizi e di gestione;
- dalla riorganizzazione funzionale dell'area ICT;
- dal reinvestimento di una parte delle economie realizzate al termine del primo anno, quale volano per le successive economie di gestione derivanti da un maggior controllo sui sistemi e sui servizi;
- da risorse che dovranno essere messe a disposizione dalla Regione Lazio, finalizzate al miglioramento dei servizi.

Il processo di innovazione tecnologica porterà indubbi benefici anche alle attività didattiche e di ricerca che si svolgono nel campus ospedaliero e nelle sue sedi esterne.

Il progetto comprende l'intervento in tre settori strategici:

1. le infrastrutture
2. le procedure
3. i servizi.

La prima fase (2003) coniugherà importanti interventi strutturali necessari per l'utilizzazione distribuita dei sistemi informativi (completamento della rete, adeguamento dei sistemi di calcolo e implementazione di sistemi di telecontrollo e di protezione) con l'acquisizione di sistemi software che potranno contribuire già nel corso dell'anno a migliorare la funzionalità e l'efficienza dei servizi ed a ricondurre sotto controllo la spesa in settori determinanti per la vita dell'ospedale.

Proprio il recupero di efficienza e l'abbattimento dei costi per unità di prodotto in settori strategici quali la farmacia ed i magazzini, costituiranno il valore aggiunto del progetto già al termine della prima fase di realizzazione.

Saranno acquisiti i sistemi per la gestione:

- della farmacia e dei magazzini economali
- della contabilità economico-patrimoniale, delle gare e delle forniture
- del personale, degli stipendi e della rilevazione delle presenze del personale
- dei laboratori di analisi integrati nei sistemi software dell'area sanitaria in un'unica piattaforma trasversale, costituita dal portale intranet aziendale.

Saranno inoltre acquisiti già nella prima fase:

- nuovi moduli software che si integrino con i sistemi esistenti, dedicati alla gestione dei posti letto, dell'accettazione-dimissione decentrata, del percorso pazienti, della gestione reparti, del sistema logistico
- una parte dei moduli del sistema ERP per il controllo di gestione e l'analisi direzionale.

La seconda fase (2004) integra il completamento delle infrastrutture di base (rete, Voice over IP, sistemi di storage e di protezione) con sistemi software innovativi che consentiranno al Policlinico di compiere un decisivo salto di qualità in termini di efficienza, tempestività, reingegnerizzazione dei processi ed abbattimento dei costi per unità di prodotto.

La realizzazione del sistema per la gestione documentale integrato con la firma elettronica, consentirà di risolvere l'annoso problema dei tempi di processo e dei costi di conservazione/reperimento degli atti (cartelle cliniche, refertazioni, atti ammnistrativi e protocollo).

E' stimato infatti che a fronte di un investimento complessivo di 3 milioni di euro, le sole economie dirette per funzioni di *retrieving* e *storage* degli atti, siano pari a circa 1.5 milioni di euro/anno.

Saranno inoltre completati i sistemi per la gestione del personale, dei reparti, delle sale operatorie e delle radiologie, mentre il datawarehouse direzionale e il sistema ERP per il controllo di gestione consentiranno un'analisi sempre più approfondita dei fenomeni e dei dati.

La terza fase (2005) vedrà il completamento dei sistemi per la gestione documentale e di quello per il controllo di gestione.

Con la realizzazione del piano degli investimenti, il Policlinico sarà dotato delle piattaforme tecnologiche e delle infrastrutture necessarie per un funzionamento efficiente ed economico dei propri servizi.

In termini di economie di gestione, a fronte di un investimento complessivo di circa 23 milioni di euro, saranno realizzate economie di gestione dirette di circa 5 milioni di euro/anno.

In poco meno di 5 anni sarà quindi recuperato il capitale investito, senza contare la maggiore efficienza dei servizi e il maggiore controllo sulle procedure.

Lo stato delle tecnologie e dei sistemi di cui il Polclinico dispone, richiede che il piano sia attuato in tre anni, a partire dal primo gennaio 2003.

Nel seguito si riporta una tabella che riepiloga i principali interventi previsti e l'investimento ad essi associato, distinto per esercizio di competenza. Inoltre, si riporta l'effetto incrementale o diminutivo sul conto economico, derivante dalla realizzazione del programma di investimento, in termini di risparmi sulla gestione delle rispettive attività e maggiori spese per la manutenzione dei sistemi.

Intervento	Investimento totale (milioni €)	competenza 2003	competenza 2004	competenza 2005	competenza 2006	(Risparmio)/incremento a esercizio
ICT - Infrastrutture						
sistemi di comunicazione						
rete fibra ottica e strutturata fonia e dati	1,9	1,9				
apparati attivi	2,2	1,5	0,7			
voice over IP	1,8		1,8			-0,5
Totale Infrastrutture	5,9	3,4	2,5	0,0	0,0	-0,5
sistemi hardware						
cluster e server	2,4	1,4	1,0			
client e stampanti	1,8	0,7	0,7	0,4		-0,2
sistemi di storage e back-up	1,8	1,8				-0,4
sistema integrato per la sicurezza e il telecontrollo dei sistemi	2,4		2,4			-0,6
tecnologie per l'integrazione di strumentazioni	0,0					
Totale Hardware	8,4	3,9	4,1	0,4	0,0	-1,2
ICT - Applicazioni						
farmacia e magazzini	0,6	0,6				
gestione documentale (cartelle cliniche, refertazioni, protocollo, flussi documentali e atti amministrativi, firma elettronica)	3,0		2,0	1,0		-1,5
sistema economico-patrimoniale, gare e forniture	0,5	0,5				-0,3
web e sistema servizi	0,2	0,2				
controllo di gestione e sistema direzionale	2,4	0,5	1,0	0,9		
gestione reparti, accettazione-dimissione decentrata, sistema logistico, percorso pazienti	0,6	0,4	0,2			-1,0
gestione sale operatorie, laboratori di analisi, cartella infermieristica, integrazione radiologie	0,6	0,4	0,2			
gestione servizi tecnici e patrimonio	0,0					
rilevazione e gestione presenze, gestione delle carriere e degli stipendi	0,7	0,4	0,3			-0,5
Manutenzione conservativa applicazioni						0,9
Totale Applicazioni	8,6	3,0	3,7	1,9	0,0	-2,4
RIEPILOGO ICT						
infrastrutture	5,9	3,4	2,5	0,0	0,0	-0,5
hardware	8,4	3,9	4,1	0,4	0,0	-1,2
applicazioni	8,6	3,0	3,7	1,9	0,0	-2,4
Totale Riepilogo ICT	**22,9**	**10,3**	**10,3**	**2,3**		**-4,1**

2.5.6. Apparecchiature medicali

Il parco tecnologico dell'azienda comprende circa 7.500 apparecchiature elettromedicali con un'età media di circa 8,2 anni. Le apparecchiature risultano quindi non solo obsolete ma anche insufficienti per un'azienda da 1.700 posti letto ordinari.

Considerando che l'età massima di vita per un'apparecchiatura non dovrebbe superare i dieci anni e che, anzi, dopo circa 8 anni diventa generalmente antieconomico il suo mantenimento se confrontato con la sostituzione, possiamo pensare che in condizioni ideali per la sostituzione delle apparecchiature obsolete e quindi per il mantenimento dello stato corrente del parco apparecchiature l'azienda dovrebbe investire circa 7-8ml € l'anno.

Gli interventi degli ultimi anni, riportati nella tabella seguente, risultano quindi largamente insufficienti anche al semplice mantenimento del livello tecnologico, questo contribuisce a spiegare la difficile situazione attuale. In questo contesto è comprensibile la presenza di numerose tecnologie che entrate in "visione" vengono in realtà utilizzate per scopi clinici esponendo l'azienda alle pressioni dei fornitori che ne minacciano il ritiro. I tempi e i costi di manutenzione elevati, causati da un parco apparecchiature particolarmente obsoleto e insufficiente, sono spesso complici della bassa produttività ed efficienza aziendale che si riflette sullo scarso utilizzo delle tecnologie.

Interventi nel settore delle apparecchiature medicali:

anno	Reparto	Modalità di acquisto	Tecnologie	Costo in Mln € Iva esclusa
1998	I Medica	Leasing	Risonanza magnetica	0,90
1998	Vari reparti	Leasing	Ecografi, Endoscopi, Portatili radiologici	1,20
2001	Vari reparti	Leasing	Ecografi, Endoscopi, Gamma camera	1,30
2001	Cliniche chirurgiche	Leasing	Apparecchiature radiologiche	1,50
2001	Neurochirurgia:	Acquisto	Camere Operatorie e Terapie Intensive	1,35
2001	DEA	Acquisto	Pronto Soccorso e della Radiologia	1,10
2002	Oculistica	Acquisto	Varie apparecchiature	0,30
2002	Dea Pediatrico	Acquisto	Pronto soccorso e terapia intensiva	0,60
2002	Radioterapia	Leasing	Acceleratore, Piani di trattamento, Brachiterapia	1,20
2002	Vari reparti	Leasing	Ecografi, Letti operatori, ventilatori, defibrillatori, etc.	2,20
2002	Radioterapia	Acquisto	Brachiterapia	0,25
2003	Cardiochirurgia	Acquisto	CC.OO. e Emodinamica	1,65
2003	Pediatria	Acquisto	T.I. e radiologia	1,25
			SUBTOTALE	**14,80**
			Investimenti università, Provv. Opere pubbliche etc.	7,20
			TOTALE	**22,00**

Gli investimenti degli ultimi 5 anni che ammontano a circa 22 ml € sono stati finanziati per il 40% dal bilancio in conto corrente dell'azienda per il 30% dalla Regione e per il 30% da soggetti terzi.

Pianificazione generale

Partendo dalla prospettiva di un'azienda universitaria con 1.200 posti letto (media stimata per i prossimi 4 anni) e da un dato, comunemente accettato e ampiamente riscontrabile in altre realtà analoghe, di un parco apparecchiature elettromedicali di circa 55.000 € a posto letto aumentabile a 65.000 € per la complessa struttura logistica ed organizzativa peculiare del Policlinico Umberto I si ottiene un valore del parco macchine ideale pari a 78 ml €. Negli ultimi cinque anni sono stati investiti circa 22 ml € (vedi tabella precedente), e quasi nulla nel periodo 1991-1998, è evidente che

il resto delle tecnologie presenti richiederebbe una urgente sostituzione rendendo necessario un investimento di almeno 56 ml € oltre IVA. Considerato lo stato delle apparecchiature da sostituire, che già oggi hanno oltre 12 anni è necessario programmare tale investimento in un lasso temporale ristretto estendibile al massimo a 3-4 anni per non meno di 14 ml €/anno oltre IVA. Tale investimento è del 40% superiore a quello che sarebbe necessario per il semplice mantenimento di un parco apparecchiature adeguato alle esigenze aziendali. Considerando la scarsità di finanziamenti e che la centralizzazione dei servizi prevista a partire dal 2007 rende poco conveniente l'investimento in grosse tecnologie (PET) che non potrebbero essere spostate si prevede la riduzione degli investimenti al minimo indispensabile per la sopravvivenza dell'Azienda e per supportare il previsto incremento di produttività. Tale minimo, come verrà dettagliato più avanti, è pari a 45 ml € oltre IVA.

Criteri di progetto

Una corretta programmazione degli interventi di rinnovamento deve integrarsi con il complesso processo di riorganizzazione in atto.

Si tratta di progettare un intervento in grado di traghettare le strutture aziendali dalla attuale condizione di obsolescenza verso l'assetto strutturale, organizzativo e funzionale dell'azienda policlinico al momento dell'apertura della piastra di servizi che porterà alla definitiva unificazione e razionalizzazione dei servizi diagnostici ad alta concentrazione di tecnologie.

La programmazione degli investimenti dovrà tener conto:

1) della struttura organizzativa, e delle attività sanitarie previste nella riorganizzazione;
2) della necessaria dotazione minima, connessa a ciascuna attività, e della messa a norma di quelle numerose situazioni critiche che oggi comportano oltre ad un grande disagio per il personale ed a notevoli costi di gestione un elevato rischio per la sicurezza di pazienti e operatori;
3) della sostituzione per obsolescenza di quelle tecnologie standardizzate a lenta evoluzione: acceleratore lineare, scialitiche, tavoli operatori, monitoraggio, endoscopia, etc.; della sostituzione con il valore aggiunto del miglioramento qualitativo tecnologico, prestazionale e della sicurezza di quelle tecnologie che oggi sono in rapida evoluzione: gamma camere, apparecchi di anestesia, TAC etc.;
4) della raccolta e della condivisione delle informazioni diagnostiche e della conseguente integrazione funzionale di realtà fortemente distribuite, propedeutica al riassetto organizzativo e al contenimento dei costi correnti: sistema di archiviazione e condivisione delle immagini diagnostiche, sistema di archiviazione dei dati anestesiologici, etc.;
5) della struttura distribuita dell'azienda che determina necessariamente la ridondanza di alcune tecnologie;
6) della riduzione dei posti letto e conseguentemente dei carichi di lavoro sui servizi diagnostici, che raccolgono la maggiore quantità di tecnologia;
7) dell'atteso aumento di produttività connesso all'atteso aumento del tempo medio di utilizzo delle singole tecnologie;
8) dell'introduzione di alcune tecnologie di punta volte a rilanciare l'immagine aziendale e a costituire centri di eccellenza al livello nazionale.

Per entrare nel dettaglio degli interventi è opportuno utilizzare un criterio basato sulla riorganizzazione per interi settori di omogeneità tecnologica anche al fine di standardizzare le tecnologie e di spuntare prezzi vantaggiosi.

Descrizione degli interventi

Diagnostica per immagini

È in corso un processo di centralizzazione della diagnostica per immagini, oggi diffusa in 29 unità differenti, operazione indispensabile per migliorare il rendimento delle attrezzature esistenti al momento scarsamente utilizzate. Questo processo è oggetto dei lavori di una specifica Commissione convocata pressa la Direzione Sanitaria dell'Azienda ed è previsto che fornisca il progetto finale entro il mese di ottobre 2002. Le conclusioni attese sono comunque nell'ottica della concentrazione in circa 10 servizi, per i quali sono previsti, in parte, spazi già attrezzati ed adeguati. La completa realizzazione del programma avrà comunque necessità di interventi strutturali, impiantistici, informativi e di dotazioni tecnologiche e medicali. Di conseguenza, è possibile prevedere i seguenti investimenti:

- ✓ TAC: Sono presenti 7 Tac di cui 4 non sono a spirale ed hanno oltre 10 anni. Considerato l'accorpamento di alcune attività a fronte di 4 dismissioni è necessario l'acquisto di 3 macchine, di cui 1 multistrato in sostituzione del vecchia apparecchiatura presente nell'edificio della radiologia centrale, 1 multistrato nei locali dell'Istituto di chirurgia d'urgenza, per i quali dovrà essere verificata la possibilità di un acquisto "chiavi in mano" con la ditta fornitrice o, in alternativa, un intervento del dipartimento dei servizi tecnici, una Tac spirale in sostituzione delle 2 Tac presenti in Neuroradiologia.
- ✓ RM: sono presenti 5 RM (età media 5 anni) di cui due andranno sostituite entro 3 anni. Poiché la sostituzione di una macchina verrà effettuata dal Provveditorato alle opere Pubbliche; l'altra macchina (3 tesla) dovrà essere acquisita dall'azienda in sostituzione della macchina attualmente presente nell'edificio della radiologia centrale.
- ✓ Diagnostica donna: la prevista realizzazione del centro per le diagnosi femminili comporta l'accentramento dei 5 mammografi attuali (età media 11 anni) che verranno ridotti a 3, delle 6 MOC, con la sostituzione di due mammografi e di 2 MOC.

  È in corso di valutazione la sede presso cui realizzare il centro donna, è allo studio la possibilità di localizzarlo in due sedi, una esterna al Policlinico ed una all'interno.
- ✓ Rx Tradizionale: il settore della radiologia tradizionale attualmente distribuito in 29 punti all'interno dell'azienda è uno dei più obsoleti: 40 macchine con età media oltre i 20 anni. È ovviamente necessario realizzare il previsto accorpamento in 5-6 diagnostiche con un impegno di acquisizione di almeno 3 telecomandati digitali oltre ai 3 tradizionali in corso di acquisizione e 3 trocostratigrafi e relativi sistemi di stampa.
- ✓ Ecografia sono presenti 114 ecografi con un'età media di 8 anni di cui 75 ormai obsoleti. È prevista la sostituzione di 30 macchine. È in corso di valutazione la realizzazione di un ambulatorio ecografico centralizzato.
- ✓ Angiografia/Emodinamica: sono presenti 7 macchine di cui 4 obsolete (età > 15 anni) è prevista la sostituzione urgente di un angiografo e di un apparecchio per emodinamica acquistati nel 1987 per arrivare a 3 sezioni di emodinamica e 3 sezioni angiografiche. È in esame la possibilità di realizzare un'area angiografica, in sostituzione di quella attualmente presente nell'Istituto di chirurgia di urgenza.
- ✓ Medicina Nucleare: sono ora presenti 12 gamma camere distribuite in 6 reparti distinti. La prevista centralizzazione in due sedi già attive, II clinica medica e radiologia centrale, consentirà l'utilizzo di 6 gamma camere. A tal fine è necessaria l'acquisizione di 3 gamma camere computerizzate a doppia testa una cardiologia ed due whole body.
- ✓ Portatili di radiologia e radioscopia: sono presenti 29 portatili per radiologia di cui 25 hanno un'età superiore a 15 anni e 23 portatili per radioscopia di cui 18 hanno un'età superiore a 12 anni. È prevista la sostituzione di 22 portatili per radiologia e 8 portatili per radioscopia.

Per tutti gli interventi previsti si cercherà di utilizzare la formula "chiavi in mano", per quanto riguarda invece le riqualificazioni conseguenti il piano di centralizzazione dei servizi, l'ufficio tecnico ha già previsto gli interventi e, in parte, sta già redigendo la progettazione propedeutica all'attivazione delle gare per l'affidamento dei lavori.

Radioterapia

La radioterapia del policlinico comprende 2 Acceleratori lineari da 6MeV, un acceleratore da 6-15MeV di almeno 25 anni ed un'apparecchiatura per brachiterapia di recente acquisizione. È necessario ed urgente sostituire l'acceleratore da 6-15 MeV con uno da 18 MeV e rinnovare il laboratorio.

Camere Operatorie e Terapie Intensive

Nel progetto riorganizzativi le attuali camere operatorie verranno ridotte e accorpate. Verranno incrementati i posti letto di terapia intensiva adulti e neonatale. È necessaria la sostituzione delle seguenti apparecchiature, presenti anche al pronto soccorso negli ambulatori chirurgici e nelle terapie sub intensive.

Nel seguito si riporta una tabella che illustra gli interventi di sostituzione delle apparecchiature nelle aree critiche: non sono state considerate le tecnologie minori (aspiratori, pompe a siringa, etc.) ne quelle particolari (laser,microscopi operatori, colonne laparoscopiche etc.).

Apparecchiatura	Presenti	Obsoleti	Previsti	Da acquisire
Apparecchio per Anestesia	85	55	50	20
Ventilatore Polmonare	140	68	100	28
Tavolo Operatorio	82	48	46	12
Lampada Scialitica	127	58	100	31
Defibrillatore	210	130	160	80
Elettrobisturi	145	70	110	45
Monitoraggio	238	118	160	40
Centrale di monitoraggio	12	3	11	2
Chirurgico	0	0	1	1

E' prevista l'introduzione di un Robot Chirurgico, primo nel centro-sud Italia, a supporto delle attività di chirurgia digestiva, toracica, ortopedica,ginecologica,cardiaca, etc.

Endoscopia

Il settore endoscopico è uno dei più disastrati, è urgente e necessario un intervento di completo rinnovamento del parco apparecchiature. Sono attualmente presenti 115 endoscopi flessibili con un'età media di 8 anni distribuiti su 40 reparti: 56 sono obsoleti. Considerando che l'attività endoscopica verrà centralizzata in 8 ambulatori è necessaria la sostituzione di almeno 50 apparecchiature (25 carrelli di endoscopia completi) e l'integrazione di 8 sterilizzatrici oggi quasi del tutto assenti. È allo studio la realizzazione di un ambulatorio centralizzato.

Degenze, day hospital e day surgery.

Le degenze oggi distribuite su 200 "reparti" rappresentano un settore a bassa complessità tecnologica ma particolarmente delicato. È infatti in queste sedi che l'obsolescenza delle apparecchiature unita all'uso da parte di personale spesso non perfettamente addestrato causa la maggior parte degli incidenti.

È previsto un intervento generale di rinnovamento della dotazione base: arredi, poltrone di day hospital e day surgery, pompe d'infusione (da acquisire in service), un'unità base di monitoraggio, un defibrillatore, un aspiratore ed un elettrocardiografo. Sono previsti interventi particolari specifici a seconda della tipologia di degenza.

Ambulatori: fisioterapia, odontoiatria, oculistica, otorino, dialisi, etc.

Una stima dell'intervento in questo settore deve tener conto che anche negli ambulatori come nelle degenze si concentrano le apparecchiature obsolete e fuori norma. In particolare al Policlinico devono essere rinnovate tutti i riuniti odontoiatrici e buona parte delle attrezzature degli altri ambulatori, con l'unica parziale esclusione dell'oculistica in cui quasi tutte le attrezzature sono già state rinnovate.

Laboratori-anatomia patologica/Servizi infusionali.

Un discorso a parte meritano le diagnostiche di laboratorio ed il servizio infusionale, infatti poiché la spesa in conto corrente (reagenti, kit infusionali, etc.) relativa a queste tecnologie supera i costi di acquisizione è intenzione dell'azienda effettuare gare di servizi comprensive della fornitura dell'apparecchiatura, del materiale di consumo, della manutenzione con un pagamento fisso per ogni esame/prestazione realmente effettuata. E' previsto il rinnovo di centrifughe, frigoriferi e banchi attrezzati. È prevista la centralizzazione degli attuali 120 laboratori di analisi in 4 principali per la chimica clinica più 12/14 laboratori specialistici in attesa dell'accorpamento in un'unica struttura a partire dal 2007. È in corso la procedura di gara per la ristrutturazione del laboratorio centrale di analisi. È prevista la centralizzazione dell'anatomia patologica in un'unica unità operativa a partire dal 2003.

Informatizzazione dei servizi diagnostici:

- ✓ **PACS**. L'implementazione di un sistema PACS, all'interno dell'azienda Policlinico, risulta estremamente complessa a causa dell'articolazione delle diagnostiche per immagini. Nel contempo, proprio per lo stesso motivo, contiene un valore aggiunto notevole in termini di funzionalità ed efficienza del sistema. Assume quindi rilevanza cruciale la fase di progettazione. L'implementazione del sistema si muoverà inizialmente nel rispetto dell'articolazione aziendale per poi arrivare in una seconda fase ad un momento unificante di connessione e centralizzazione comune necessario in vista della realizzazione della piastra di servizi.
- ✓ **Dati di monitoraggio intensivo**. Archiviazione dei dati di monitoraggio generale, cardiologico e respiratorio unificata che segue il percorso del paziente dalle aree intensive alle zone operatorie.
- ✓ **Elettrocardiografia**. Rinnovo del parco apparecchiature, archiviazione e refertazione centralizzata con possibilità di refertazione a distanza.
- ✓ **Microscopia.** Digitalizzazione e costituzione di un database centralizzato delle immagini di microscopia di laboratorio e anatomia patologica.

Degenze, day hospital e day surgery.

Le degenze oggi distribuite su 200 "reparti" rappresentano un settore a bassa complessità tecnologica ma particolarmente delicato. È infatti in queste sedi che l'obsolescenza delle apparecchiature unita all'uso da parte di personale spesso non perfettamente addestrato causa la maggior parte degli incidenti.

È previsto un intervento generale di rinnovamento della dotazione base: arredi, poltrone di day hospital e day surgery, pompe d'infusione (da acquisire in service), un'unità base di monitoraggio, un defibrillatore, un aspiratore ed un elettrocardiografo. Sono previsti interventi particolari specifici a seconda della tipologia di degenza.

Ambulatori: fisioterapia, odontoiatria, oculistica, otorino, dialisi, etc.

Una stima dell'intervento in questo settore deve tener conto che anche negli ambulatori come nelle degenze si concentrano le apparecchiature obsolete e fuori norma. In particolare al Policlinico devono essere rinnovate tutti i riuniti odontoiatrici e buona parte delle attrezzature degli altri ambulatori, con l'unica parziale esclusione dell'oculistica in cui quasi tutte le attrezzature sono già state rinnovate.

Laboratori-anatomia patologica/Servizi infusionali.

Un discorso a parte meritano le diagnostiche di laboratorio ed il servizio infusionale, infatti poiché la spesa in conto corrente (reagenti, kit infusionali, etc.) relativa a queste tecnologie supera i costi di acquisizione è intenzione dell'azienda effettuare gare di servizi comprensive della fornitura dell'apparecchiatura, del materiale di consumo, della manutenzione con un pagamento fisso per ogni esame/prestazione realmente effettuata. E' previsto il rinnovo di centrifughe, frigoriferi e banchi attrezzati. È prevista la centralizzazione degli attuali 120 laboratori di analisi in 4 principali per la chimica clinica più 12/14 laboratori specialistici in attesa dell'accorpamento in un'unica struttura a partire dal 2007. È in corso la procedura di gara per la ristrutturazione del laboratorio centrale di analisi. È prevista la centralizzazione dell'anatomia patologica in un'unica unità operativa a partire dal 2003.

Informatizzazione dei servizi diagnostici:

- ✓ **PACS.** L'implementazione di un sistema PACS, all'interno dell'azienda Policlinico, risulta estremamente complessa a causa dell'articolazione delle diagnostiche per immagini. Nel contempo, proprio per lo stesso motivo, contiene un valore aggiunto notevole in termini di funzionalità ed efficienza del sistema. Assume quindi rilevanza cruciale la fase di progettazione. L'implementazione del sistema si muoverà inizialmente nel rispetto dell'articolazione aziendale per poi arrivare in una seconda fase ad un momento unificante di connessione e centralizzazione comune necessario in vista della realizzazione della piastra di servizi.
- ✓ **Dati di monitoraggio intensivo.** Archiviazione dei dati di monitoraggio generale, cardiologico e respiratorio unificata che segue il percorso del paziente dalle aree intensive alle zone operatorie.
- ✓ **Elettrocardiografia.** Rinnovo del parco apparecchiature, archiviazione e refertazione centralizzata con possibilità di refertazione a distanza.
- ✓ **Microscopia.** Digitalizzazione e costituzione di un database centralizzato delle immagini di microscopia di laboratorio e anatomia patologica.

La seguente tabella riepiloga la valorizzazione degli investimenti, lo scheduling negli anni tra il 2003 e il 2005.

APPARECCHIATURE MEDICALI					
Intervento	Investimento totale (milioni €)	competenza 2003	competenza 2004	competenza 2005	competenza 2006
TAC	2,2	1,0	1,2		
RM	2,2			2,2	
Diagnostica donna	1,5		1,0	0,5	
Rx tradizionale	1,5	0,5	0,5	0,5	
Ecografia	3,6	1,2	1,2	1,2	
Angiografia/Emodinamica	2,1	1,0		1,1	
Gammacamere	1,2		0,8		0,4
Portatili di radiologia e radioscopia	1,2	0,2	0,6	0,4	
Acceleratore lineare	1,6	1,6			
Apparecchio per Anestesia	1,0	0,5	0,5		
Ventilatore Polmonare	0,6	0,3	0,3		
Tavolo Operatorio	1,0		1,0		
Lampada Scialitica	0,8		0,4	0,4	
Defibrillatore	0,6	0,3	0,3		
Elettrobisturi	0,6	0,4		0,2	
Monitoraggio	0,8	0,3	0,5		
Centrale di monitoraggio	0,2	0,1	0,1		
Strumentazione varia per C.O. e T.I.	1,2	0,2	0,2	0,4	0,4
Robot Chirurgico	1,2	1,2			
Endoscopia	1,4	0,8	0,6		
Degenze, day hospital, day surgery	2,2	0,5	0,5	0,6	0,6
Ambulatori (laser eccimeri, riuniti, etc.)	3,8	0,8	1,0	1,0	1,0
Laboratori	1,4	0,6	0,8		
PACS	7,5			3,0	4,5
Informatizzazione monitor. intensivo	1,4				1,4
Informatizzazione elettrocardiografia	1,2				1,2
Informatizzazione microscopia	1,0				1,0
Manutenzione					
IVA su totale (ml €)	9,0	2,3	2,3	2,3	2,1
TOTALE APPARECCHIATURE MEDICALI	**54,0**	**13,8**	**13,8**	**13,8**	**12,6**

Fabbisogno finanziario da investimenti e copertura

Con riferimento al programma degli investimenti precedentemente descritti, è stata effettuata un'analisi delle fonti di copertura disponibili e/o da attivare per consentire la realizzazione del programma stesso secondo lo scheduling proposto.

L'analisi è stata effettuata sulle seguenti principali categorie:

- fondi iscritti in bilancio 2000 e 2001, al netto degli eventuali utilizzi effettuati nel corso del 2002 e delle spese per la riqualificazione area cardiochirurgia e gallerie ipogee (fondo interventi urgenti per Policlinico Umberto I - L.67/88, art.20);
- fondi definiti e non iscritti nel bilancio aziendale, per i quali si ipotizza la riconversione da programmi non ancora realizzati[3]; nello specifico:
  - L.135/90 – 12,9 milioni €
  - D.M. 8.06.2001 – 15,8 milioni € (fondi per la realizzazione di spazi per attività libero professionale)
  - fondo servizio trasporto emergenza neonatale (3,6 Mn Euro)
- ulteriori fondi da richiedere, a compensazione del gap risultante tra la somma dei fondi relativi alle due precedenti categorie e valore complessivo del programma degli investimenti.

Nella tabella sottostante si riporta un riepilogo delle fonti di copertura.

INVESTIMENTI E COPERTURA

(Milioni di Euro)	2003	2004	2005	2006	TOTALE
ICT	10,3	10,3	2,3	-	22,9
APPARECCHIATURE MEDICALI	13,8	13,8	13,8	12,6	54,0
SICUREZZA	9,4	9,4	9,4	9,4	37,7
TOTALE INVESTIMENTI PREVISTI	**33,6**	**33,5**	**25,5**	**22,0**	**114,6**
FONTI DI COPERTURA					
Fondo Speciale Policlinico(ex art. 20 L. 67/88)-Crediti in bilancio 2001 (al netto utilizzi 2002).	7,8				7,8
Fondo Legge 135/90	12,9				12,9
Fondo Intramoenia (DM 8/06/2001-Programma realizz. Strutture per attività libero-professionale)	9,1	6,7			15,8
Residuo Impegno 2000 disponibile per attrezzature sanitarie	0,2	2,4			2,6
Fondo servizio trasporto emergenza neonatale (da deliberare nel 2002).	3,6				3,6
Ulteriore fondo da attivare	0,0	24,4	25,5	22,0	71,9
Totale copertura c/capitale	33,6	33,5	25,5	22,0	114,6

[3] A questo riguardo sarà inviata, a breve, una specifica relazione con la richiesta di modifica di utilizzo di tali fondi alla Regione Lazio

LE CONDIZIONI NECESSARIE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

La complessità della pianificazione strategica pluriennale che il presente piano di rilancio ıprende ed integra in un documento unitario, investe competenze e momenti istituzionali ·erenti per la sua realizzazione.

Di conseguenza quest'ultima, con il raggiungimento degli obiettivi posti dal piano, richiede ; si concretizzino alcune condizioni assolutamente indispensabili, senza le quali il piano sarebbe ıciato nella sua fattibilità:

Piena attuazione del protocollo d'intesa Università/Regione Lazio del 2 agosto 2002. E' a tutti noto che sono in corso tentativi di rendere non operativo il protocollo d'intesa in toto od in parte.

Se detti tentativi sortissero gli effetti ricercati, mancherebbe quel sistema di regole che, rispettando l'assunto dell'Accordo di Governo dell'8 agosto 2001, potrebbe ricondurre la normativa vigente alla piena responsabilizzazione della programmazione regionale per l'attività assistenziale dei Policlinici;

Definizione dell'Accordo Università/Regione Lazio che, rinnovando l'ormai lontana Convenzione del 1990, definisca posti letto, specialità e unità operative complesse di cui la Regione Lazio vuole responsabilizzarsi per l'assistenza espletata dal Policlinico Umberto I;

Accordo tra Università/Regione Lazio ed OO.SS. sulle varie problematiche di natura contrattuale e non, che investono la gestione delle risorse umane, senza la cui soluzione nessun piano di risanamento e di riequilibrio economico-finanziario è possibile;

- **Accordo tra Università e Regione sulla definizione dei reciproci impegni di natura economica per quel "sostegno" integrato che il D.Lgs 517/99 prevede.**

Al riguardo, infatti, prevedendo il D.Lgs. 517/99 ed il protocollo che ne è derivato l'intesa tra Direttore Generale e Rettore per una serie di atti amministrativi fondamentali per l'Azienda, occorrerà che venga specificata nell'accordo Università/Regione Lazio la correlazione tra detti atti e la responsabilità delle ricadute relative sul bilancio.

- **Completamento del decentramento in corso di 450 posti letto all'Azienda S. Andrea, di 250 posti letto all'Azienda di Latina e di 100 posti letto all'Azienda di Bracciano** che, oltre a rappresentare, come già detto, una notevole riduzione del gigantismo e del relativo peso gestionale, consentirà di procedere all'indispensabile riorganizzazione strutturale del Policlinico.

Solo dal verificarsi delle condizioni suesposte sarà possibile per l'Azienda operare nel proprio contesto con le azioni programmate riguardanti il potenziamento delle attività, il contenimento dei costi del personale e dei beni e servizi che possono condurre a quel riequilibrio economico-finanziario che è a fondamento del piano di risanamento presentato dalla Regione al Governo.

Il piano che si presenta, infine, ha in sé la possibilità della monitorizzazione degli eventi correlati e predisponenti, che consenta la valutazione degli scostamenti dalle previsioni ed la conseguente rimodulazione del programma stesso, per la costante supervisione degli Enti di riferimento, Università e Regione Lazio.

4. CONCLUSIONI E CRITICITA'

Il piano di rilancio presenta obiettivi di rilancio economico e finanziario aggressivi: la fattibilità del sostanziale recupero dell'equilibrio economico-finanziario nell'orizzonte di 4 esercizi è subordinata a:

- Azioni di razionalizzazione identificate dal management della Azienda. Alle azioni programmate deve combinarsi il forte contributo in termini di maggiore produttività richiesto a tutte le unità operative assistenziali.
- Accordo tra Regione e Università sui contenuti del piano (azioni di razionalizzazione e semplificazione organizzativa) e sulle fonti di finanziamento degli investimenti programmati.
- Accordo tra Università, Regione ed organizzazioni sindacali sulle possibili soluzioni per correggere gli esuberi dl personale.

Si segnala che il piano di rilancio è sviluppato sullo scenario di mantenimento degli attuali posti letto ordinari (circa 1700) e che, a fine periodo, venga eliminato il vincolo legato al trasferimento di un parametro inefficiente "personale per posto letto". Il piano, infatti, non prevede il ricorso a strumenti di mobilità/esodi anticipati, ma considera un naturale assorbimento dell'esubero attraverso vari percorsi, automatici o da negoziare (pensionamenti, trasferimento risorse presso altre strutture, naturale turnover, ecc.).

Qualora nel periodo fosse avviato il decentramento dei letti – il che deve essere accompagnato dai bandi di mobilità delle relative amministrazioni (prima e seconda Università, Azienda Policlinico Umberto I) – secondo un parametro "personale per posto letto" basato sul mantenimento dell'inefficienza presso il Policlinico, la riduzione di una importante componente di efficienza produttiva e, conseguentemente, economica, peggiorerebbe il risultato-obiettivo della pianificazione in maniera significativa.

Infatti, l'attuale esubero, sulla base della permanenza dei medesimi posti letto, valutato in circa 680 unità di organico e 26 milioni di Euro di relativo costo, nello scenario di riduzione di posti letto crescerebbe a 730 unità e 28 milioni di Euro circa qualora lo stesso esubero non venisse redistribuito all'esterno dell'Azienda.

Quale ultima notazione di criticità, si segnala che il piano di rilancio, per effetto dello slittamento della stipula del protocollo di intesa tra Regione e Università, identifica il 2003 come anno di partenza per la misurazione degli effetti del piano di razionalizzazione e rilancio. Qualora gli ulteriori previsti accordi tra gli Enti contraenti non fossero tempestivamente emanati, si determinerebbe un automatico slittamento dei tempi del rilancio.

ALLEGATO D

REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO "SOCIALE"

Direzione Regionale "Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute"
Area 4A/01 Pianificazione
Area 4A/02 Giuridico Normativa e Organizzazione del Sistema Sanitario

Prot. 101506 *4A/01 – 4A/02* *Roma* 23 SET. 2003

Alla Segreteria della Giunta
Regionale
D5/5B/00
SEDE

OGGETTO: trasmissione schema di deliberazione

Si trasmette, per quanto di competenza, l'allegato schema di deliberazione concernente: *"Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - presa d'atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali aziendali, così come delineato nella deliberazione del Commissario Straordinario n.898 del 18 settembre 2003 e riconoscimento di n.3 Centri".*

IL DIRETTORE REGIONALE
(Elda MELARAGNO)

SCARICATO

FGC/ 22/09/03

RELAZIONE

OGGETTO: schema di deliberazione concernente: "Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - presa d'atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali aziendali, così come delineato nella deliberazione del Commissario Straordinario n.898 del 18 settembre 2003 e riconoscimento di n.3 Centri"

In considerazione del fatto che l'apertura delle attività assistenziali afferenti alle specialità di cardiochirurgia, terapia intensiva cardiologia e cardiochirurgia, del settore di radioterapia nonché le attività cliniche relative alla Stroke – Unit dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea hanno implicato modifiche ed adeguamenti tali da comportare una rimodulazione dei tempi di realizzazione originariamente previsti, si sottopone all'esame della Giunta Regionale l'allegato schema di deliberazione concernente la presa d'atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali del succitato nosocomio, così come delineato dal provvedimento del Commissario Straordinario n.898 del 18 settembre 2003.

Valutato, altresì, il rilevante ruolo didattico che l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea esercita, quale sede della II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, si intende prendere atto, con il presente provvedimento, della costituzione e dell'avvio presso l'Azienda stessa delle seguenti strutture, così come individuate nella deliberazione del Commissario Straordinario n.903 del 19 settembre 2003:

1. Centro di medicina del sonno pediatrico e per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS);
2. Centro di procreazione umana medicalmente assistita (PMA);
3. Centro Cefalee.

IL DIRETTORE REGIONALE
(Elda MELARAGNO)

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 26 SET. 2003

ADDI' 26 SET. 2003 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	IANNARILLI	Antonello	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	PRESTAGIOVANNI	Bruno	"
AUGELLO	Andrea	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SAPONARO	Francesco	"
DIONISI	Armando	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
FORMISANO	Anna Teresa	"	VERZASCHI	Marco	"
GARGANO	Giulio	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Tommaso NARDINI

.....OMISSIS

ASSENTI: FORMISANO-

DELIBERAZIONE N. - 929 -

OGGETTO: *"Azienda Ospedaliera S ant'Andrea - presa d'atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali aziendali, così come delineato nella deliberazione del Commissario Straordinario n.898 del 18 settembre 2003 e riconoscimento di n.3 Centri"*

SEGRETERIA DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: "Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - presa d'atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali aziendali, così come delineato nella deliberazione del Commissario Straordinario n.898 del 18 settembre 2003 e riconoscimento di n.3 Centri"

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità,

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2002 n.3: "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6: "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale";

VISTO il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n:1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il "Riordino del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421";

VISTO, in particolare, l'art.6 bis del summenzionato D.Lgs n.502/92 che disciplina i rapporti tra le Regioni, le Università e le strutture del Servizio Sanitario Regionale;

VISTA la Legge 30 novembre 1998 n.419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di adozione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al D.Lgs 30 dicembre 1992 n.502" ed in particolare l'art.6 che ridefinisce i rapporti tra Università e Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il DPCM del 22 luglio 1999 che individua la struttura ospedaliera "S.Andrea" di Roma quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specialità e la costituisce Azienda Ospedaliera, ai sensi dell'art.4, comma 4, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.L.n.431 del 1° ottobre 1999, convertito in Legge 3 dicembre 1999, n.453, concernente "Disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico Umberto I° di Roma e per l'Azienda Ospedaliera S. Andrea di Roma" che ha costituito l'Azienda Ospedaliera S. Andrea di Roma destinandola e sede della 2° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza di Roma;

VISTO il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n 517 concernente la disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

VISTO il DPCM 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art.1, comma 2, del D.Lgs 21 dicembre 1999, n.517. Intesa, ai sensi dell'art.8 della Legge 15 marzo 1997, n.59";

VISTO l'accordo dell'8 agosto 2001 sancito in sede di conferenza Stato Regioni che ha previsto la riconduzione dell'assistenza dei Policlinici Universitari nell'ambito della programmazione sanitaria regionale;

CONSIDERATO che la Regione Lazio, con nota prot.472 del 27 febbraio 2001, ha preso atto degli accordi intervenuti tra l'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I° di Roma e l'Azienda Ospedaliera S. Andrea di Roma, allo scopo di consentire l'avvio dell'attività ambulatoriale presso quest'ultima struttura;

PRESO ATTO del Protocollo d'Intesa stipulato in data 2 agosto 2002 tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, ai sensi dell'art.1, comma 1, del D.Lgs n.517/99 che ha previsto all'art.9, tra l'altro, l'attribuzione all'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di n.400 posti letto di degenza ordinaria e di n.50 posti letto di degenza diurna, nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico Umberto I°;

CONSIDERATO che, a seguito di numerosi incontri con l'università di Roma "La Sapienza", con il Direttore Generale del Policlinico Umberto I° e dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, è stata raggiunta un'intesa in ordine ad una prima riorganizzazione strutturale comprensiva di n.362 posti letto di degenza ordinaria (a fronte dei n.400 posti attribuiti) e n.50 posti letto di degenza diurna, con riserva di articolare successivamente i residuali 38 posti letto in relazione alle esigenza assistenziali;

CONSIDERATO che il Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, sulla base di quanto concordato negli incontri di cui sopra, ha approvato con deliberazione n.611/02 l'organizzazione dipartimentale e le relative articolazioni delle attività assistenziali con la specificazione del cronoprogramma di avvio delle stesse nonché la dotazione organica complessiva relativa sia ai dirigenti medici, suddivisa per disciplina di appartenenza, che a tutto il rimanente personale necessario;

RILEVATO che predetta organizzazione, così come specificatamente previsto all'interno del sopra citato provvedimento aziendale n.611/02, è *"da considerarsi meramente indicativa e provvisoria, in attesa dei lavori di completamento e di allestimento nonché del completamento delle nuove struttura edilizie"*;

RILEVATO, altresì, che le summenzionate proposte di riorganizzazione dei servizi e della relativa dotazione organica *"rappresentano uno strumento necessario per l'avvio delle attività nella nuova struttura ospedaliera ma che le stesse devono essere considerate come prima ricognizione dei fabbisogni aziendali in questa fase di avviamento dell'attività di ricovero e debbono essere considerate suscettibili di modificazioni ed integrazioni nel corso del triennio in relazione"*, tra l'altro, *"alle eventuali mutate esigenze connesse con l'apertura delle nuove realizzazioni strutturali previste nel programma presentato alla Regione Lazio"*;

VISTA la propria deliberazione n.1506 del 15 novembre 2002, con la quale si è provveduto, tra l'altro, a prendere atto dell'organizzazione dipartimentale in argomento e delle relative attività assistenziali, con la specificazione del cornoprogramma dell'avvio delle stesse, così come individuate nel provvedimento aziendale n.611/02;

VISTA la propria DGR n.254 del 21 marzo 2003 "Presa d'atto delle attività assistenziali di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea" che contiene l'indicazione delle specialità attivate a far data dal 28 settembre 2001 e del regime di erogazione in atto presso la struttura per complessivi n.122 posti letto ordinari e n.44 degenze diurne;

26 SET. 2003

CONSIDERATO che l'Azienda Sant'Andrea, allo scopo di accorpare temporaneamente specialità omogenee nell'area medica e nell'area chirurgica per consentire il completamento dei lavori di adeguamento e di messa a norma di alcuni reparti del Complesso Ospedaliero, ha pianificato, con deliberazione del Commissario Straordinario n.323 del 28 marzo 2003, l'attivazione, a partire dal 28 marzo 2003, di ulteriori n.183 posti letto, da aggiungersi ai precedenti n.166 di cui alla succitata DGR n.254/03, per complessivi n.349 posti letto di degenza ordinaria ed a ciclo diurno nonché di n.2 posti letto di terapia intensiva post-operatoria;

VISTA, al riguardo, la propria deliberazione n.727 del 25 luglio 2003 con la quale l'Esecutivo regionale, in considerazione delle summenzionate esigenze manifestate dall'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, ha preso atto del succitato provvedimento aziendale n.323/03, a seguito del quale l'Azienda Ospedaliera di cui sopra risulta essere dotata di complessivi n.349 posti letto di degenza ordinaria ed a ciclo diurno nonché n.2 posti letto di terapia intensiva post operatoria;

CONSIDERATO che l'apertura delle attività assistenziali afferenti alle specialità di cardiochirurgia, terapia intensiva cardiologia e cardiochirurgia, del settore di radioterapia nonché le attività cliniche relative alla Stroke – Unit dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea ha implicato modifiche ed adeguamenti tali da comportare una rimodulazione dei tempi originariamente previsti;

CONSIDERATO che l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea ha inteso comunque procedere all'incremento dell'attività assistenziale, avendo a riferimento il cronoprogramma sopra citato con i necessari adattamenti e modificazioni che, peraltro, non hanno inciso sul numero complessivo dei posti letto dello stesso nosocomio;

VISTA la deliberazione aziendale n.898 del 18 settembre 2003 "Incremento delle attività assistenziali – Attivazione di complessivi n.414 posti letto di degenza ordinaria e a ciclo diurno nonché di complessivi n.9 TIPO presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma";

RITENUTO opportuno, pertanto, prendere atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali aziendali, così come delineato nella surrichiamata deliberazione del Commissario Straordinario n.898/03, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, in attesa della completa attivazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, come previsto dal Protocollo d'Intesa Regione Lazio – Università "La Sapienza" del 2 agosto 2002;

VISTA, altresì, la deliberazione aziendale n. 903 del 19 settembre 2003 con la quale sono stati costituiti presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea i Centri di seguito indicati:

1. Centro di medicina del sonno pediatrico e per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS);
2. Centro di procreazione umana medicalmente assistita (PMA);
3. Centro Cefalee;

PRESO ATTO del rilevante ruolo didattico che l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea esercita, quale sede della II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, tale da implicare un particolare e continuo impegno nell'attività di ricerca e sperimentazione allo scopo di offrire all'utenza un'assistenza quanto mai qualificata e mirata nel contempo a produrre una elaborazione scientifica innovativa;

RITENUTO, quindi, opportuno prendere atto della costituzione e dell'avvio presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea delle predette strutture, così come individuate nella suddetta deliberazione del Commissario Straordinario n.903/03, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

26 SET. 2003

all'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni sopra evidenziate, che integralmente si richiamano,

- di prendere atto del temporaneo assetto delle attività assistenziali aziendali, così come delineato nella surrichiamata deliberazione del Commissario Straordinario n.898 del 18 settembre 2003, da considerarsi parte integrante del presente provvedimento, in attesa della completa attivazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, come previsto dal Protocollo d'Intesa Regione Lazio – Università "La Sapienza" del 2 agosto 2002;

- di prendere atto della costituzione e dell'avvio presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea delle seguenti strutture, così come individuate nella deliberazione del Commissario Straordinario n.903/03, che costituisce parte integrante del presente provvedimento:
  1. Centro di medicina del sonno pediatrico e per la prevenzione della sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS);
  2. Centro di procreazione umana medicalmente assistita (PMA);
  3. Centro Cefalee;

- di trasmettere la presente deliberazione all'ASP per gli adempimenti di competenza.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

Per copia conforme
Il Responsabile
(Paola Botta)

29 SET. 2003

AZIENDA OSPEDALIERA
SANT' ANDREA
UNIVERSITÁ DI ROMA "LA SAPIENZA"
SECONDA FACOLTÁ
DI MEDICINA E CHIRURGIA

DELIBERAZIONE N° 903 *DEL* 19/09/2003

STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Oggetto: Identificazione e costituzione del "Centro Cefalee", del "Centro di Procreazione Umana Medicalmente Assistita" (P.M.A.)" , del "Centro di Medicina del sonno pediatrico e per la Prevenzione della Sindrome della Morte Improvvisa in Culla (SIDS)".

L'estensore — Il Commissario Straordinario Avv. Francesco Rocca

Il presente provvedimento è composto da n. 5 pagine. Prop. N.

Parere del Direttore Amministrativo

☒ Favorevole ☐ Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 19 SET. 2003

Parere del Direttore Sanitario

☒ Favorevole ☐ Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 19 SET. 2003

Atto sottoposto al controllo preventivo del Collegio Sindacale ☐

Firma (presidente del collegio) _____ Data _____

Con osservazioni ☐ Senza osservazioni ☐
(da allegare al presente atto)

Il Funzionario addetto al controllo di budget *con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.*

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: p.p.v.

Visto del funzionario addetto al controllo di budget
(Dott. Egisto Bianconi) Firma _____
Data 19.09.2003

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento: (Dott.ssa Rosa D'Arca)
Data 19/9/2003 Firma _____

Il Dirigente: (Dott.ssa Rosa D'Arca)
Data 19/9/2003 Firma _____

OGGETTO: Identificazione e costituzione dei Centri: "Centro Cefalee", "Centro di Procreazione Umana Medicalmente Assistita" (P.M.A.)", "Centro di Medicina del sonno pediatrico e per la Prevenzione della Sindrome della Morte Improvvisa in Culla (SIDS)".

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la Legge n. 453 del 03.12.1999, con la quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" integrata con la II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza" di Roma;

VISTA la D.G.R. n. 1763 del 20.12.2002 di nomina dell'Avv. Francesco Rocca quale Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea";

VISTO il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni concernete il riordino del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il DPCM del 22 Luglio 1999 che individua la Struttura Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma quale Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità e la costituisce Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art. 4, comma 4, del D. Lgs. 30 Dicembre 2002 n. 502 e successive modificazioni;

VISTO il D. Lgs. n. 431 del 1° Ottobre 1999, convertito in Legge 3 Dicembre 1999, n. 453 concernente "Disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico "Umberto I°" di Roma e per l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma" che ha costituito l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma destinandola a sede della II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La sapienza" di Roma;

VISTO il Decreto Legislativo 21 Dicembre 1999 n. 517 concernete la disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università a norma dell'art. 6 della Legge 30 Novembre 1998, n. 419;

VISTO il DPCM 24 Maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale" ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 21 Dicembre 1999, n. 517, intesa ai sensi dell'art. 8 della Legge 15 Marzo 1997, n. 59;

PREMESSO che in data 02.08.2002 è stato stipulato il protocollo d'intesa tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, ai sensi dell'art. 1, comma 1 del D. Lgs. 517/99 che prevede all'art. 9 l'attribuzione all'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di n. 400 posti letto di degenza ordinaria e di n. 50 posti letto di degenza diurna, nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico "Umberto I°";

CHE con deliberazione n. 611 del 31.10.2002 è stata approvatà la proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria, prevedendo che l'attivazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria e in regime di Day Hospital avvenga in tre fasi;

E CHE in ottemperanza al suindicato protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" con deliberazione n. 641 del 15.12.2002 ha provveduto ad attivare n. 166 posti letto;

VISTA la D.G.R. n. 254 del 21.03.2003 "Presa d'atto delle attività assistenziali di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Sant'Andrea" con la quale la Regione Lazio ha preso atto dell'attivazione delle specialità in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital come di seguito elencate:

• area medica	n. 88 posti letto ordinari	n. 32 degenze diurne
• area chirurgica	n. 24 posti letto ordinari	n. 10 degenze diurne
• area materno infantile	n. 10 posti letto ordinari	n. 2 degenze diurne
Totale	n. 122 posti letto ordinari	n. 44 degenze diurne

CONSIDERATO che l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" con deliberazione n. 898 ha attivato complessivi n. 414 posti letto di degenza ordinaria e a ciclo diurno, nonché di complessive n. 9 unità di T.I.P.O. presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma;

ATTESO che l'U.O.C. di Pediatria già fornisce all'utenza attività assistenziali rivolte alla prevenzione dei disturbi del sonno e della sindrome della morte improvvisa in culla;

CONSIDERATO che l'U.O.C. di Ginecologia già fornisce attività assistenziali relative alla procreazione umana medicalmente assistita;

TENUTO conto del fatto che l'U.O.C. di Medicina Interna 3 già si occupa della prevenzione, diagnosi e cura delle cefalee ;

VISTA la proposta del Direttore Sanitario Aziendale che prevede l'attivazione dei Centri di riferimento regionali "Centro Cefalee", "Centro di Procreazione Umana Medicalmente Assistita" (P.M.A.)", "Centro di Medicina del sonno pediatrico e per la Prevenzione della Sindrome della Morte Improvvisa in Culla (SIDS)" (allegati 1-2-3);

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento :

1. di costituire i seguenti Centri:-

   - "Centro Cefalee", collocato nell'ambito delle attività dell'U.O.C. di Medicina Interna 3;
   - "Centro di Procreazione Umana Medicalmente Assistita" (P.M.A.)", collocato nell'ambito delle attività dell'U.O.C. di Ginecologia;
   - "Centro di Medicina del sonno pediatrico e per la Prevenzione della Sindrome della Morte Improvvisa in Culla (SIDS)", collocato nell'ambito delle attività dell'U.O.C. di Pediatria.

2. di inviare la presente delibera all'Assessorato Regionale alla Sanità affinché il "Centro Cefalee", il "Centro di Procreazione Umana Medicalmente Assistita" (P.M.A.)" e il "Centro di Medicina del sonno pediatrico e per la Prevenzione della Sindrome della Morte Improvvisa in Culla (SIDS)" vengano identificati e riconosciuti quali Centri di riferimento regionale;
3. di pubblicare la presente deliberazione all'albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della R.L. Lazio n. 45/96.

La presente deliberazione non è soggetta al controllo preventivo di cui alla D.G.R. n. 1306 del 27.09.2002 e diviene, pertanto, immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 33, ultimo comma, della L.R. Lazio n. 5/1987.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Avv. Francesco ROCCA)"

ALLEGATO E

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 luglio 2003, n. 720.

Presa d'atto dell'accordo Università-Regione di cui al Titolo II del Protocollo d'Intesa del 3 agosto 2002 tra l'Università degli Studi di Roma «La Sapienza» e la Regione Lazio per la disciplina della attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università (art. 1, comma 1, decreto legislativo n. 517/99) presso il Polo Pontino.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

Visto lo Statuto della Regione Lazio;

Vista la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

Visto il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina della materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed in particolare l'art.6 che disciplina i rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università;

Vista la legge 30 novembre 1998, n. 419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502" ed in particolare l'art. 6 che ridefinisce i rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

Visto il DPCM 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.L.vo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59";

Visto l'accordo approvato in Conferenza Stato Regioni l'8 agosto 2001 che prevede la piena riconduzione dell'assistenza dei Policlinici Universitari alla programmazione sanitaria regionale, nelle more delle indicazioni legislative che scaturiranno dagli Accordi tra i Ministeri del MURST e della Salute in materia, per pervenire al modello azienda ospedaliera – universitaria prevista dal decreto legislativo 517/1999;

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

Considerato che in data 2 agosto 2002 è stato sottoscritto il protocollo d'intesa tra l'Università degli studi di Roma "La Sapienza e la regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università (art. 1, comma 1, decreto legislativo 517/1999) il cui schema è stato approvato con propria deliberazione 26 aprile 2002 n. 529;

Visto in particolare l'art. 9 di suddetto protocollo di intesa, laddove specifica la ripartizione dei posti letto per l'attuazione del processo di decentramento dal policlinico Umberto I presso alcune Aziende Sanitarie, tra le quali l'azienda Usl di Latina, nella quale vengono individuati 220 posti letto di ricovero ordinario e 30 posti letto di ricovero diurno (DH);

Visto, altresì, il titolo II del sopraccitato protocollo il quale prevede che specifici accordi Università-Regione dovranno riguardare, tra l'altro, ogni ipotesi di trasferimento dei posti letto dal Policlinico alla sede di Latina, che dovrà essere preceduta "*da una chiara definizione riguardante cattedre e unità operative complesse il cui trasferimento è dato per certo perché richiesto e/o accettato dai responsabili così come richiamato dallo specifico capitolo relativo al personale*";

Considerato che in data 27 marzo 2003, in sede di tavolo di trattativa tra Università - Regione - Organizzazioni sindacali, di cui all'art. 6 del Protocollo in argomento, è stato presentato il piano di decentramento per Dipartimento, ivi compreso il trasferimento dei posti letto dal Policlinico Umberto I° al Polo Pontino;

Visto l'accordo Università-Regione, di cui al titolo II del Protocollo d'intesa del 3 agosto 2002 tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università (art. 1, comma 1, decreto legislativo 517/1999) presso il Polo Pontino, sottoscritto dal rettore dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e dal Presidente della Regione Lazio, in data 16 maggio 2003;

Ritenuto di dover prendere atto del succitato accordo e di dare mandato al Dipartimento Sociale, anche attraverso le Direzioni Regionali dell'Assessorato alla Sanità, ciascuna per la parte di competenza, di avviare il processo di decentramento con le modalità previste nell'accordo medesimo;

All'unanimità.

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa che integralmente si richiamano:

- Di prendere atto dell'"Accordo Università-Regione di cui al titolo II del Protocollo d'intesa del 3 agosto 2002 tra l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università (art. 1, comma 1, decreto legislativo 517/1999) presso il Polo Pontino", sottoscritto dal Rettore dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e dal Presidente della Regione Lazio, in data 16 maggio 2003, che fa parte integrante della presente deliberazione;

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

- Di dare mandato al Dipartimento Sociale, anche attraverso le Direzioni Regionali dell'Assessorato alla Sanità, ciascuna per la parte di competenza, di avviare il processo di decentramento con le modalità previste dall'accordo medesimo.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul *Bollettino Ufficiale*.

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

Accordo Università-Regione di cui al Titolo II del Protocollo d'intesa del 03/08/2002 tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina della attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università (art. 1, comma 1 D. L.vo 517/99) presso il Polo pontino.

---

1. Premessa

1.1 Il presente accordo è previsto dal titolo II del Protocollo d'intesa 03/08/2002 (pubblicato sul BURL del 30/09/2002) tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università (art. 1 D. L.vo 517/99).

1.2 Debbono intendersi qui richiamati e trascritti i riferimenti normativi e i principi di collaborazione tra Università e Regione costituenti la premessa del predetto Protocollo d'Intesa.

1.3 Il presente accordo riguarda il decentramento nell'Azienda USL di Latina di 220 posti letto per acuti e 30 posti di Day Hospital dell'Azienda Policlinico Umberto I, per le finalità e con i criteri e le modalità di cui all'art. 9 del citato protocollo. Le parti convengono altresì di assegnare al potenziale assistenziale accreditato per il Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, per consentire la didattica universitaria, 20 posti di riabilitazione, individuandoli tra quelli già accreditati, sempre per riabilitazione, nell'ambito dell'Azienda USL di Latina.

1.4 Le parti intendono identificare, col presente accordo, non solo le strutture assistenziali in cui vengono organizzati i posti decentrati, in modo da risultare funzionali al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma altresì le attività formative per le professioni sanitarie e per le Scuole di Specializzazione da prevedere nel territorio pontino e in quelli limitrofi collegati, ai sensi dell'art. 6 del D.L.vo 502/1992 e succ. modd. e integr.

1.5 Il decentramento si attua mediante la chiusura di posti letto già accreditati presso l'Azienda Policlinico Umberto I, e la riconversione e l'utilizzazione in potenziale assistenziale per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di altrettanti posti letto tra quelli accreditati nelle strutture pubbliche e private del territorio dell'Azienda USL di Latina.

2. Piano del decentramento

2.1 Il decentramento in questione deve tener conto delle esigenze della programmazione regionale e aziendale e di quelle dell'Università ed è sempre ispirata all'assolvimento ottimale dei rispettivi compiti istituzionali.

2.2 In particolare, l'identificazione, la definizione e il dimensionamento delle strutture assistenziali complesse e semplici e dei raggruppamenti disciplinari deve tener conto di quanto precisato al precedente punto 2.1, dei parametri (nei limiti in cui risultino

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

applicabili analogicamente) di cui agli artt. 8 e 9 del Protocollo d'intesa, della necessità di agevolare la frequenza obbligatoria secondo i piani didattici del Corso di Laurea.

2.3 Il potenziale assistenziale oggetto del decentramento e di quant'altro stabilito in premessa è così individuato, definito, dimensionato e collocato:

a) sede di Latina [16 UOC – 130 p.l., di cui 116 p.l. ordinari + 14 DH]: [sono indicate solo 13 UOC-UUnità Operative Complesse prefissate a direzione universitaria, lasciando 3 UOC per attivazioni successive, in particolare relativamente alle previste Unità Operative Semplici-UOS]

Unità operativa dipartimentale/*Unità didattico-scientifica integrata*	Direz. II livello/UOC [indicate anche alcune *UOS*]	Sede	P.letto
MED/09 medicina interna; MED/18 chirurgia generale; MED 24 urologia, MED/38 pediatria-MED/39 neuropsichiatria infantile (*medicina clinica integrata medico-chirurgica, compresa la medicina di famiglia e la medicina dell'età evolutiva*)	MED/09 Medicina interna MED/18 Chirurgia generale MED/17 Malattie infettive *MED/38 Pediatria* *UOS MED/40 Ginecologia e ostetricia* *UOS MED/24 Urologia* *[UOS MED/39 Neurops. Infantile c/o* UOC a direzione medicoASL-*Servizio speciale Priverno*] [*]	S. Marco	20 pl med-pediatria-chirurgia +2 DH + 6 pl urologia [le *UOS* di pediatria e ginecologia sono coordinate da UOC site nell'ospedale di Fondi]
MED/12 gastroenterologia-MED/18 chirurgia (*malattie gastroenterologiche medico-chirurgiche*) [16 p.l. + 4 DH];	MED/12 Gastroenterologia *UOS MED/18 chirurgia*	S. Marco	16 p.l. +4 D.H.
MED/13 endocrinologia (*malattie endocrino-metaboliche, andrologia e diabetologia*)	MED/13 Endocrinologia *UOC MED/13 Diabetologia*	S. Marco	4 DH
MED/04-MED/06 oncologia medica-MED/15 ematologia: (*oncologia clinica - oncologia molecolare, oncologia medica, ematologia*)	MED/06 Oncologia medica con *UOS di oncologia molecolare* e di *MED/18 chirurgia oncologica* MED/15 Ematologia	Goretti	12 p.l. +4 DH
MED/09-MED/18-MED/26 neurologia-MED/27 neurochirurgia-MED/41 anestesiologia: (*emergenza* - medicina-chirurgia d'urgenza, neurochirurgia, rianimazione	UOC a direzione ospedaliera – *2 posizioni subapicali con UOS specifiche in medicina d'urgenza e neurotraumatologia* - *UOS di chirurgia generale con attività di chirurgia d'urgenza* [nell'ambito della UOC a direzione ospedaliera di chirurgia generale] [*]	Goretti	08 p.l. Sulla ubicazione della UOS di chirurgia generale-chirurgia d'urgnza è previsto il consenso del Direttore Generale della ASL Latina e del responsabile della struttura complessa di Chirurgia
MED/05 patologia clinica-MED/07-MED/08 anatomia patologica (*medicina di laboratorio: patologia clinica, microbiologia clinica, anatomia patologica*)	MED/05 Patologia clinica MED/08 Anatomia patologica *UOS MED/04 Patologia molecolare*	ICOT/S. Marco *[possibile consulenza per Osp. Goretti]*	
MED/36 radiologia-MED/37 neuroradiologia (*diagnostica per immagini-neuroradiologia*)	MED/36 Radiologia *UOS Medicina nucleare*		
MED/41 anestesiologia (*anestesia, terapia intensiva*)	MED/41 Anestesiologia *UOS MED/41 Anestesia-terapia intensiva*		
MED/10 Mal app. respiratorio-MED/11 cardiologia-MED/14 Nefrologia MED21 chir. vascolare-MED/23 cardiochirurgia: (*malattie cardio-toraco-vascolari medico-chirurgiche e nefrologia*)	MED/11 Cardiologia *UOS MED/23 Cardiochirurgia* *UOS MED/10 Malattie respiratorie* *UOS MED/11 Emodinamica* *UOS MED/14 Nefrologia* [eventualmente *UOS di chirurgia generale-chirurgia d'urgenza* in caso di mancato parere favorevole Direttore di Chir. Generale Osp. Goretti per integrazione della *UOS universitaria* presso UOC Chirurgia generale del presidio ospedaliero]	ICOT	38 p.l.

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

MED/33 ortopedia-MED/34 riabilitazione (*ortopedia e riabilitazione*)	MED/33 Ortopedia *UOS MED/34 Riabilitazione* [coordinata con UOC a direzione ospedaliera] [*] *UOS MED/19 Chirurgia plastica* [coordinata con UOC MED/35 Ospedale Fiorini]	ICOT	16 p.l. riabilitazione a direzione ospedaliera

b) sede di Terracina-Fondi: [14 UOC – 120 p.l. di cui 104 p.l. ordinari+16 DH] [sono prefissate 12 UOC a direzione universitaria, lasciando un margine di 2 UOC a sviluppi successivi in particolare relativamente alle previste *Unità Operative Semplici-UOS*]

Unità operativa dipartimentale/*Unità didattico-scientifica integrata*	Direz. II livello/UOC [*UOS*]	Sede	P.letto
MED/09 medicina interna/geriatria; MED/09 medicina interna/medicina molecolare clinica (*medicina interna*)	MED/09 Medicina interna/geriatria *UOS Med/09 Medicina interna/me-dicina molecolare*	Osp.Fiorini -Terracina	12 + 4 DH
MED/09 medicina interna-MED/18 chirurgia generale-MED/11 cardiologia - MED/41 anestesiologia (*medicina e chirurgia clinica e d'urgenza, compreso il pronto-soccorso*)	MED/09 Medicina interna/medicina d'urgenza MED/18 Chirurgia generale *UOS MED/41 Anestesiologia* *UOS MED/11 Cardiologia*	Fiorini	20
MED/05 patologia clinica/medicina di laboratorio-MED/36 radiologia	MED/05 Patologia clinica *UOS MED/07 Microbiologia clinica* *UOS MED/36 Radiologia*	Fiorini	----
MED/30 oftalmologia, MED/31 otorinolaringoiatria, MED/32 audiologia (*medicina degli organi di senso*)	MED/30 Oftalmologia MED/31 Otorinolaringoiatria *UOS MED/32 Audiologia*	Fiorini	18
MED/28 odontostomatologia [*odontostomatologia, chirurgia orale e chirurgia maxillofacciale*]	MED/28 Odontostomatologia *MED/28 Pedodonzia* *MED/28 Chirurgia orale*	Fiorini	poltrone
MED/35 dermatologia-MED/19 chirurgia plastica (*malattie dermatologiche e chirurgia plastica e ricostruttiva*)	MED/35 Dermatologia	Fiorini	12+4 DH
MED/09 medicina interna/immunologia clinica-MED/16 reumatologia-MED/17 malattie infettive-MED/04 Immunologia (*immunologia diagnostica cellulare ed immunologia clinica, reumatologia e malattie infettive*)	MED/09 Med. Interna-Immunologia clinica *UOS MED/04 Immunolog. diagnostica* *UOS MED/16 Reumatologia* MED/17 Malattie infettive-medicina tropicale	Fiorini	12+4 DH
MED/26 neurologia-MED/25 psichiatria (*neurologia e psichiatria*)	MED/26 Neurologia *UOS MED/25 Psichiatria*	Fiorini	12+4DH
MED/38 ginecologia e ostetricia-MED/40 pediatria/neonatologia (*ostetricia-neonatologia*)	MED/38 Pediatria *UOS MED/38 Neonatologia* *UOS MED/40con strutturazione sub-apicale nel reparto ospedaliero di ginecologia ed ostetricia* coordinato da UOC a direzione ospedaliera [*] *UOS Ginecologia oncologica*	Osp. Fondi	18 p.l. di pediatria-neonatologia

L'Azienda USL di Latina mette a disposizione le proprie strutture assistenziali per le esigenze di MED/42 Igiene generale e applicata (*management sanitario; igiene dell'ambiente, del territorio e degli alimenti*);

3. Lauree professioni sanitarie e Scuole di Specializzazione

L'Università s'impegna a mantenere attive o ad attivare con frequenza nei reparti clinici presso le strutture convenzionate per il Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, nonchè presso altre strutture accreditate e primariamente presso quelle delle ASL di Latina e di Frosinone, le seguenti Lauree per le professioni sanitarie e Scuole di Specializzazione:

Corsi di Laurea	Sedi ASL di Latina		
Infermieri	Distretto nord	Distretto Centro	Distretto Sud
Tecnico di Laboratorio biomedico	Sede unica		
Fisioterapisti	Sede nord-centro		Distretto Sud
Logopedisti	Sede unica		
Neuropsicomotricità età evolutiva	Distretto nord-centro		---
Tecnico ortopedico	Sede unica		

Dietisti (indirizzo nutrizionale)	Sede unica

Corsi di Laurea	Sedi ASL di Frosinone e altre	
Infermieri	Frosinone-ospedale Umberto I	Cassino-ospedale civile
Fisioterapisti	Sede determinata dalla ASL	
Tecnici di Radiologia medica	Sede unica, con Regione Molise	

Scuole di Specializzazione [strutture ASL Frosinone e Latina]	No. max immatricolazioni
Medicina interna	12
Neurologia	09
Cardiologia	09
Dermatologia	05
Ematologia	06
Endocrinologia	06
Gastroenterologia	09
Malattie infettive	06
Malattie respiratorie	06
Medicina del lavoro	06
Medicina fisica e riabilitazione	12
Oncologia	06
Pediatria	12
Psichiatria	06
Chirurgia generale	12
Cardiochirurgia	04
Chirurgia toracica	04
Chirurgia vascolare	06
Neurochirurgia	06
Oftalmologia	06
Ortopedia e traumatologia	09
Otorinolaringoiatria	06
Urologia	06
Anatomia patologica	06
Anestesiologia	18
Igiene e medicina preventiva	09
Medicina dello Sport [Sabaudia: indirizzo sport d'acqua; Formia: indirizzo atletica]	09
Patologia clinica	09
Radiodiagnostica	12
Radioterapia	06
Scienza dell'Alimentazione	06

4. Attività clinica

4.1 Con riguardo allo svolgimento delle attività integrate didattico-scientifiche e clinico-assistenziali del corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia, le parti convengono quanto segue:

a) alle attività relative ai corsi integrati che non richiedono l'integrazione con le attività assistenziali è destinata la sede a tal fine messa a disposizione dal Comune di Latina (stabile ex granai), nella quale si svolgeranno altresì le attività degli analoghi corsi integrati del corso di laurea per tecnici sanitari di laboratorio biomedico;

b) le attività cliniche e formative si svolgeranno nelle sedi e secondo le strutturazioni di cui alle tabelle del precedente punto 3;

c) quanto previsto alle precedenti lettere a e b potrà essere modificato con accordo Regione-Università in dipendenza dell'eventuale edificazione di nuove strutture ospedaliere o comunque di un diverso assetto delle strutture disponibili per finalità didattico-scientifiche o clinico-assistenziali.

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

4.2 Le attività cliniche previste presso l'ospedale S. Maria Goretti di Latina, l'ospedale Fiorini di Terracina e l'Ospedale di Fondi e comunque presso strutture nella piena disponibilità dell'Azienda USL di Latina saranno gestite dall'Azienda USL di Latina che potrà attivare,ove se ne presenti l'opportunità, modelli gestionali sperimentali secondo le direttive regionali.

4.3 Fermo restando quanto disposto al successivo punto 5 in tema di tariffazione, l'organizzazione delle attività cliniche presso l'ICOT e la Casa di Cura S. Marco sarà disciplinata da specifici e separati accordi attuativi tra Azienda USL, Casa di Cura ed Università, da adottarsi entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo e sottoposta ad approvazione regionale.
Con i predetti accordi attuativi in particolare:

a) dovranno essere individuati i posti attualmente accreditati da "riconvertire" in quelle di cui alle tabelle del precedente punto 3;
b) dovranno essere definite le risorse finanziarie, umane e strumentali che l'Università e le Case di Cura mettono a disposizione delle singole attività cliniche;
c) dovranno essere stabiliti i tempi di avvio delle singole attività cliniche previste;
d) dovranno essere precisate le eventuali ulteriori funzioni dell'Azienda USL rispetto ai compiti alla stessa attribuiti dalla normativa vigente con riguardo alla vigilanza e al controllo sulle strutture accreditate;
e) dovrà essere previsto che l'esecutività degli accordi attuativi e comunque subordinata ai prescritti provvedimenti regionali di modifica degli attuali provvedimenti di autorizzazione e accreditamento delle strutture interessate .

4.4 Entro lo stesso termine di giorni trenta dalla sottoscrizione del presente accordo viene stipulato analogo accordo attuativo tra Azienda USL Latina e Università per l'organizzazione delle attività cliniche svolte nelle strutture aziendali.
L'Azienda USL di Latina si impegna ad adottare senza indugio le modifiche al vigente Atto aziendale discendenti dal contenuto del presente accordo e degli accordi attuativi.

5. Tariffazione e finanziamento della Azienda USL di Latina.

5.1 Il finanziamento per l'attività assistenziale svolta all'interno delle strutture dell'Azienda USL di Latina e presso le strutture private accreditate, sedi del piano di decentramento di cui al precedente punto 3, avverrà secondo le disposizioni contenute nell'art. 5 del Protocollo d'intesa, fermo restando il principio che le Aziende territoriali sono finanziate a quota capitaria.

5.2 La Regione procederà a determinare la misura della percentuale da applicare a detrazione del valore annuo della attività assistenziale, prevista dal comma 2 dell'art.5 del Protocollo d'intesa, non appena sarà definito per ogni struttura il costo del personale docente a carico del MIUR.

5.3 La Regione si impegna a riconoscere all'Azienda USL di Latina, in sede di concordamento del budget annuale, con gradualità decrescente, gli oneri aggiuntivi delle strutture a gestione diretta (personale e beni e servizi) connessi alle attività ospedaliere previste dal piano di decentramento di cui al precedente punto 3, nonché le risorse finanziarie idonee a garantire l'adeguata copertura degli oneri anzidetti.

6. Specifiche previsioni in tema di riparto di oneri.

Farà comunque carico all'Università la corresponsione degli stipendi del personale strutturato, identificato dall'Università secondo le procedure vigenti e nei limiti della dotazione organica delle strutture interessate, il canone di locazione e i costi per la manutenzione ordinaria, la pulizia, il riscaldamento e le utenze per i locali adibiti ad esclusiva attività scientifico-didattica anche se posti all'interno dei plessi assistenziali, secondo le indicizzazioni adottate dall'Università per le Facoltà ed i Dipartimenti.

Farà viceversa carico alla Azienda USL di Latina o agli enti gestionali delle strutture assistenziali convenzionate la corresponsione delle indennità contrattuali di posizione, di risultato e di esclusività di rapporto per il personale universitario strutturato, fermo restando quanto previsto dall'art. 17 dell'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001. I conseguenti oneri per indennità di posizione e di risultato non potranno superare gli oneri complessivi (stipendio ed indennità) che sarebbero dovuti per la dotazione organica virtuale di struttura ospedaliera di pari complessità, come determinata con atto della Azienda USL o del competente ente gestionale. In caso di persistenti passività gestionali di una Unità Operativa a direzione universitaria, l' Azienda USL o l'ente gestionale si riserva di declassare l'Unità operativa a programma infra o inter-dipartimentale, ai sensi dell'art. 5 comma 4 del decreto legislativo n. 517/1999, acquisito il parere favorevole del competente Consiglio di Facoltà sull'attività minima necessaria per lo svolgimento delle attività istituzionali.

7. Sviluppo ulteriore delle attività formative

L'Università si impegna a promuovere nel Polo Pontino la istituzione di un Corso di Laurea in Scienze motorie, applicato ad attività amatoriali e sportive anche in relazione alle indicazioni della Regione e degli Enti locali (Provincia e Comuni della Provincia). L'Università si impegna altresì a valutare – anche in relazione agli standard di accreditamento delle strutture formative disposti dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca – se si possa attuare un ulteriore decentramento di attività formative del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia nel Polo Pontino.

I Consigli di Corso di Laurea, compreso quello del Corso di Laurea Specialistico in Medicina e Chirurgia possono conferire attività di docenza ai responsabili ospedalieri di UOC-UOS, in particolare ai dirigenti di II livello delle UOC indicate con [*] al precedente punto 2, ovviamente previo consenso esplicito della Direzione generale della ASL o del presidio ospedaliero [ICOT, S. Marco] cui afferisce la UOC-UOS a direzione non universitaria.

8. Commissione paritetica Università-Regione

Al fine di individuare le modalità attuative del presente accordo che dovessero risultare necessarie anche dopo l'adozione degli accordi attuativi previsti al precedente punto 4, nonché al fine di coordinare l'esecuzione del presente accordo con l'attivazione armonica del Polo nelle sue componenti didattiche-scientifiche-assistenziali, entro trenta giorni dal presente accordo è costituita la commissione paritetica Università-Regione composta da un Presidente nominato dal Presidente della Regione d'intesa con il Rettore, e da quattro esperti di organizzazione e programmazione sanitaria nominati due dal Presidente della Regione e due dal Rettore. Il direttore Generale dell'Azienda USL di Latina e i legali rappresentanti dell'ICOT e della Clinica S. Marco partecipano.

20-9-2003 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 26 - Parte prima

anche a mezzo di loro delegati, alle sedute della predetta commissione paritetica con funzioni meramente consuntive.

9. Norme transitorie e finali.

9.1 Il presente accordo ha la durata di anni nove. Ove la Regione o l'Università non portino a conoscenza dell' altra rispettiva parte almeno due anni prima della scadenza la volontà di non rinnovare l'accordo o di non volerlo rinnovare negli stessi termini, il presente accordo si rinnoverà tacitamente per ulteriori anni tre.

9.2 Le parti si impegnano a rivedere tempestivamente il presente accordo qualora per qualsivoglia ragione il Protocollo d'intesa dovesse in tutto o in parte risultare modificato.

10. Esecutività del presente accordo.

Per l'attuazione del presente Accordo l'Università si impegna a garantire che gli incarichi di direzione delle 30 UOC previste al punto 2 quale strutturazione del potenziale assistenziale accreditato per il Corso di Laurea Specialistica di Medicina e Chirurgia vengano ricoperti da altrettanti docenti universitari ordinari della 1° Facoltà di medicina e chirurgia, titolari di UOC presso il Policlinico Umberto I, a tal fine trasferiti al Polo Pontino.

L'Università si impegna altresì, d'intesa con il Direttore Generale dell'Azienda Policlinico Umberto I , nel caso in cui si verificasse una indisponibilità da parte dei predetti docenti al trasferimento o comunque tale trasferimento non dovesse avvenire, a procedere alla destrutturazione dei docenti universitari, di cui al precedente capoverso, titolari di UOC del Policlinico Umberto I che non hanno aderito al trasferimento, tranne il caso in cui sia presenti all'interno del Policlinico Umberto I due soli primaristi della stessa disciplina nel qual caso si destrutturerà un numero corrispondente di altri primaristi in accordo fra Università e Regione Lazio. Gli incarichi non ricoperti, per le motivazioni di cui al comma precedente, potranno anche essere conferiti al personale ospedaliero, applicando le procedure previste dalla normativa vigente.

Roma 16 maggio 2003

Il Rettore dell'Università
degli Studi di Roma "La Sapienza"
D'Ascenzo

Il Presidente
della Regione Lazio
Storace

PAGINA BIANCA

ALLEGATO F

AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I

PROGRAMMA DI RIORGANIZZAZIONE E ATTIVITÀ FUTURA

CGIL SNUR CISL UNIV. UIL-PA-UR CISAPUNI SNALS UNIV.

Al Magnifico Rettore dell'Università
di Roma "La Sapienza"

All'Assessore alla Salvaguardia della
Salute della Regione Lazio

Al Delegato del Rettore per le
Relazioni Sindacali

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda Policlinico

RICHIESTE DI MODIFICA E/O DI INTEGRAZIONE DEL DOCUMENTO:
"Bozza di Programma di riorganizzazione ed attività futura"
Versione 16/01/2004

In riferimento alla versione del Piano indicata come 16/01/2004, queste OO.SS. richiedono le seguenti modifiche e/o integrazioni, alcune delle quali già contenute nella nota inviata in data 9.1.2004:

A) Nel punto 7.b 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 biennio e nell'articolo 21 II 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.*

Roma, 19.1.2004

CGIL SNUR A. D'Alessio — CISL UNIV. S. Lazzarini — UIL-PA-UR M. Commissari — CISAPUNI B. Altezza — SNALS UNIV. A. Pierucci

Le OO.SS. di cui al Tavolo ex art. 6 del Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 2 agosto 2001 (B.U.R 30.IX.2002, n.27) condividono i contenuti del "Programma di riorganizzazione ed attività futura" del Policlinico Umberto con le osservazioni allegate

Roma 20.X.2004

CISL Medici Aziendali

CGIL SNR

UIL FPL

UIL FPL

UIL-PA-UR

CISAPUNI

UGL UNIVERSITÀ

CGIL FP

CGIL Roma e Lazio

CGIL-MEDICI

AAROI

CGIL F

UGL MEDICI

CISL UNIVERSITÀ

CONFSAL SNALS UNIVERSITÀ

FED. CISAPUNI SNALS

UGL Sanità

FPCGIL Medici Rg.

Roma 20/1/2004

- Azienda Policlinico Umberto I – Programma di riorganizzazione ed attività futura

Indice

1. Premessa
2. La riorganizzazione generale
3. Ristrutturazione edilizia
4. Dipartimenti ad attività integrata (DAI)
5. La struttura organizzativa interna ai DAI: Unità Operative Complesse/Unità Operative Semplici
6. La qualità scientifico-assistenziale del Policlinico Umberto I
7. L'equilibrio finanziario
8. La verifica di qualità, appropriatezza, efficienza
9. Pianta organica, provvedimenti per il personale, direzione sanitaria, umanizzazione

1. Premessa

1.0 Introduzione

Il programma che si sottopone all'esame di tutte le parti interessate è necessariamente sintetico e tuttavia si ritiene sufficientemente valutabile per i diversi aspetti di rilievo.

Il piano di rilancio del Policlinico precedentemente presentato, nonché la collaborazione della Facoltà, che ha messo a disposizione il lavoro già predisposto in merito all'ipotesi di istituzione dei DAI, hanno costituito punti di riferimento importanti per la elaborazione del presente documento. In concreto ci si è impegnati a tracciare una ipotesi progettuale che contenesse gli orientamenti strategici e gli impegni organizzativi, operativi e di riequilibrio economico funzionali ad un concreto rilancio del Policlinico dal punto di vista della qualità dell'offerta dei servizi, del recupero e valorizzazione dei punti di eccellenza nonché di una produttiva ed effettiva integrazione tra l'area della formazione, della ricerca e dell'assistenza. Detti sforzi presuppongono una promozione ancora più accentuata ed una valorizzazione delle risorse umane che costituiscono i veri strumenti di un cambiamento e di un rilancio ormai impegno sinergico di tutte le componenti del processo.

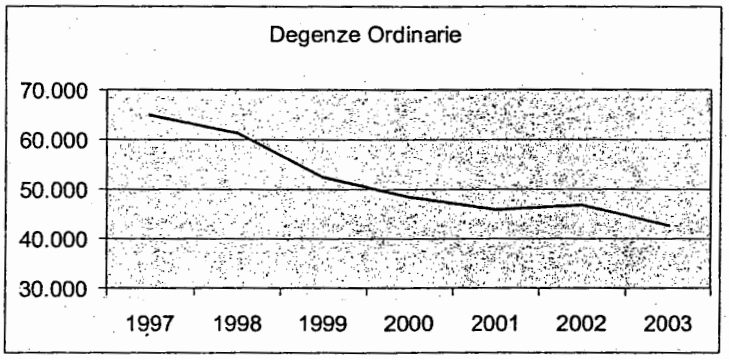
L'ipotesi di Piano che si sottopone prevede come indicazione una serie di principi e criteri di revisione dell'attuale organizzazione dell'azienda che devono essere considerati punti di riferimento essenziali per la stesura del successivo Atto aziendale nonché di altri eventuali provvedimenti anche di natura tecnica che saranno oggetto di preventiva informazione ed eventuale concertazione con le organizzazioni sindacali.

Gli ulteriori trasferimenti di posti letto, con particolare riguardo al Polo Pontino, saranno disposti sulla base della concreta ricettività delle aziende e tenuto conto dei posti letto effettivamente disattivabili dal Policlinico, delle esigenze dell'utenza nonché della possibile flessibilità dei piani già fissati
Risulta, pertanto, evidente la necessità di rimodulare il piano del 2001, sulla base della situazione attuale, sia sul versante della programmazione e degli obiettivi sanitari che su quello economico finanziario.

1.2. L'attività assistenziale negli ultimi anni

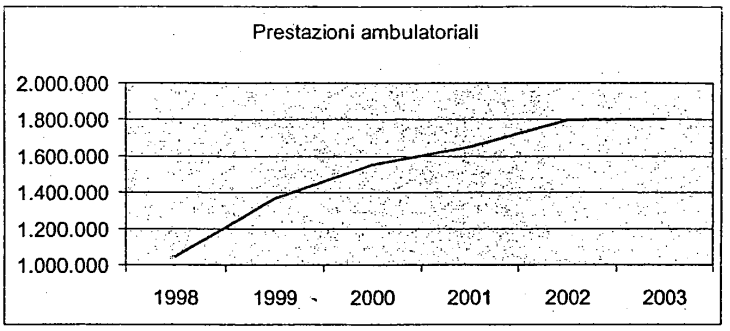
1.2.1. Attività ospedaliera in ricovero ordinario

L'attività di ricovero ordinario è stata caratterizzata, a partire dal 1997 fino al 2001, da una progressiva riduzione dei volumi (-29,2%).
Gli interventi di tipo organizzativo e gli innesti di nuove unità di personale nei settori maggiormente carenti hanno determinato una inversione di tendenza con una ripresa delle attività nel 2002 (3,5%) e un sostanziale mantenimento delle stesse performance nel 2003, nonostante il decentramento progressivo di 377 posti letto ordinari presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.
L'aumento di attività si è avuto principalmente nei settori, ritenuti di rilevanza strategica anche dal PSR, a maggiore complessità assistenziale e caratterizzati da rilevanti flussi migratori (Neurochirurgia, cardiochirurgia, trapianti, ...).



1.2.2. Attività ospedaliera in ricovero diurno

I ricoveri a ciclo diurno presentano un andamento meno netto dei ricoveri ordinari poiché sono caratterizzati da una iniziale crescita (1997-1999), da una riduzione nel 2000 e da una ripresa dei volumi di attività nel periodo seguente ed una attuale stabilizzazione.
La ripresa delle attività è frutto di interventi orientati al potenziamento di questo settore, i cui effetti (aumento delle unità di degenza diurna, ristrutturazione di camere operatorie dedicate, aumento del personale infermieristico dedicato) si manifesteranno nel breve e nel medio termine, anche tenuto conto ed in linea con le nuove disposizioni relative ai livelli minimi di assistenza. I settori oggetto di



1.2.4 Attività di emergenza-urgenza

Con i suoi oltre 150.000 casi all'anno, il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) del Policlinico Umberto I° rappresenta il DEA di II livello con i maggiori volumi di attività su base regionale e nazionale.
L'andamento delle prestazioni di Emergenza e Pronto Soccorso, sia nel DEA centrale sia nei PPSS periferici, riguarda i soli anni 2000-2003 poiché il diverso sistema di remunerazione rende impossibile il confronto con le attività degli anni precedenti.
Il numero di prestazioni di emergenza subisce variazioni minime negli anni.
La situazione del Policlinico Umberto I (Riduzione programmata dei letti), determinerà l'esigenza di concordare in tempi brevi con la Regione Lazio una revisione dei criteri di selezione dei pazienti che giungono al Pronto Soccorso del Policlinico tramite il sistema di emergenza 118, sia in termini di bacino di utenza, sia in termini di complessità, e ciò al fine di evitare condizioni di sovraffollamento e di indisponibilità assoluta di posti letto, che potrebbero costringere la direzione a limitare le accettazioni ai soli codici rossi

Anno	2000	2001	2002	2003
Prestazioni	152.987	158.398	155.452	153.120

1.3. CRITERI DI MASSIMA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PROGRAMMA

Il presente programma presenta alcune modifiche alle precedenti proposte, rendendolo diverso nella filosofia di base indirizzata a porre in evidenza scelte realizzabili, anche avvalendosi dell'organo di indirizzo dell'Azienda (nel quale si contemperano la rappresentanza dell'Università/Facoltà e la rappresentanza della Regione) che esprimerà il proprio avviso per consentire la concretizzazione delle ipotesi maturate dal vertice aziendale.

Basi per un sistema di monitoraggio di macrostrutture cliniche		Interventi
01	Tipologie dei pazienti che afferiscono all'ospedale	Analisi epidemiologica-organizzativa
02	Tipologie dei pazienti che vengono curati fuori Regione/fuori Italia	
03	Tipologie dei pazienti maggiormente a rischio	
04	Tipologie d'intervento riaggregate per grandi aree	Analizzare la dispersione tra aree e la possibilità di riaggregazione
05	Esami diagnostici maggiormente utilizzati	Analizzare la dispersione tra aree e la possibilità di riaggregazione
06	Itinerari terapeutici maggiormente utilizzati	Analizzare la dispersione tra aree e la possibilità di riaggregazione
07	Complicanze rilevate	Differenziare i reparti per intensità di cura
08	Liste d'attesa	Modulare l'offerta almeno per il 50% secondo le liste d'attesa
09	Attese dei pazienti (soddisfazione raggiunta/non raggiunta)	Carta dei servizi; rilievo della *customer satisfaction*

Per la rilevazione è necessario un tempo di 3 mesi e, successivamente alla programmazione dei relativi interventi (da discutere ed attuare con i Direttori dei DAI), saranno analizzati i DRG prodotti nel Policlinico, e tenere conto, nella successiva programmazione sanitaria, dell'esigenza di "incentivare" l'alta specializzazione al fine di meglio rispondere alle esigenze dell'utenza offrendo interventi sanitari a più alta complessità e, quindi, aumentare il "peso medio" degli stessi DRG.

Occorre, inoltre, programmare con scadenze pre-determinate il raggiungimento di obiettivi rivolti al miglioramento organizzativo, in termini obiettivi (efficienza-qualità misurata) ed in termini di percezione del miglioramento (efficienza-qualità percepita), con miglioramenti quindi di:

	Vantaggi attesi	
	Per l'Azienda	**Per il cittadino-utente**
Appropriatezza diagnostica	Economie (esami inutili; "accanimento diagnostico")	Diagnosi migliori, meno esami, evitati esami inutili, minori attese
Appropriatezza terapeutica	Economie (farmaci; presidi; minori complicanze)	Meno danni iatrogeni
Appropriatezza organizzativa	Economie; introiti diversificati (DRG, riabilitazione, lungo-degenza)	Soddisfacimento dei bisogni secondo la condizione clinica e/o le aspettative personali
Qualità delle procedure diagnostico-terapeutiche	Diminuzione errori, miglioramento diagnosi, degenze più brevi	Attività assistenziali mirate, efficaci, non inutilmente ripetute
Qualità dei processi gestionali	Degenze più brevi, maggiore sicurezza, economie di gestione	Disservizi evitati
Qualità dei processi tecnici	Maggiore sicurezza, economie di gestione	
Qualità dei processi d'implementazione sociale	Miglioramento immagine, maggiore accesso di cittadini	Rapporto positivo con l'istituzione; rapporto positivo di familiari, amici, etc. con l'istituzione di un diverso e più efficace servizio di informazione
Soddisfazione degli operatori	Coinvolgimento positivo nella gestione-organizzazione	Senso di appartenenza, sforzo per il miglioramento continuo della propria professionalità e dell'istituzione nel suo complesso
Carriera degli operatori (singoli-équipe)	Coinvolgimento positivo nella gestione-organizzazione	

2.3 I primi interventi devono riguardare alcune strutture organizzative che costituiscono la "porta di accesso" all'ospedale o il sistema di appropriatezza organizzativa dei ricoveri:

strutture attuali, dei punti di studio e cura delle malattie della terza età, di particolari affezioni dermatologiche, di malattie infettive, ecc.. Già da ora, inoltre, agli anziani dimessi che necessitano di controlli costanti, viene assicurata la necessaria vigilanza mediante le telemedicina.
L'Azienda dovrà inoltre elaborare programmi sperimentali di assistenza domiciliare, ovvero di ospedalizzazione domiciliare, al fine di rendere concretamente possibili, le dimissioni protette, modalità queste atte a ridurre i costi di ricovero, offrendo nel contesto tutti gli interventi terapeutici idonei a raggiungere i risultati voluti, lasciando i malati nel proprio ambito familiare, con la certezza però di avere la necessaria assistenza sanitaria.

V. La valorizzazione e la riconversione del Policlinico verso un impegno nelle aree di alta specializzazione, aumentando la presenza di servizi dedicati in tal senso, ad alto contenuto scientifico e tecnologico.
Sarà richiesta ai fini del perseguimento dell'obiettivo una graduale modifica da parte dell'utenza nella scelta del Policlinico come struttura di alta specializzazione, piuttosto che per le prestazioni e gli interventi di media complessità, disponibili anche presso le altre strutture ospedaliere del Lazio.

VI. L'adeguata offerta dei servizi ed una più moderna e razionale organizzazione, sono state ritenute essenziali nella riorganizzazione ospedaliera dalle stesse norme nazionali sull'obbligo di predisporre una *carta dei servizi* e sulle disposizioni relative ai *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), che hanno identificato una serie di prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza; per molte di queste prestazioni deve essere rimodulata l'offerta da degenza ordinaria a *day-surgery* o attività ambulatoriale. La rimodulazione non richiede solo una riorganizzazione strutturale, ma implica soprattutto una riqualificazione delle linee organizzative.
Così ad esempio una *funzione avanzata di day surgery* presenta una serie di fattori organizzativi cruciali: I *qualità* dell'assistenza (non può essere inferiore a quella in degenza ordinaria); II *elevata professionalità* degli operatori; III organizzazione e gerarchia indipendente dalle Unità Operative di origine, anche se con esse correlate (previsione ad es. di UOS autonome); IV formalizzazione dei protòcolli operativi; V rapporti con la medicina di base; VI logistica ed ambienti adeguati, etc. [si veda al riguardo: Montaguti U., *Day care*, ANM Roma, 2003].
Analogamente l'*attività ambulatoriale* (oggi cospicua, pur in presenza di un difficile accesso logistico, di una segnaletica insufficiente o fuorviante, di mancanza di un punto d'informazioni visibile ed organizzato nel lato di accesso da Viale Regina Elena) deve risultare offerta in modo chiaro attraverso la *carta dei servizi*, oggi inesistente.
Inoltre, una volta definito l'assetto generale del Policlinico, dovrà essere attuato un sistema chiaro, organico e completo di informazioni anche su

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 riaggregazioni 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	*Emergenza* *Accettazione* *Traumatologia* *Neurotraumatologia* *Chirurgia maxillofacciale* *Terapia intensiva* *Stroke Unit* *[centro antirabbico; centro anti-veleni]*	CUPS Chirurgia Valdoni Chirurgia Stefanini Ortopedia Medicina interna Medicina sperimentale e pat Scienze Neurologiche Anestesiologia	*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
02	Medicina interna e specialità mediche	*Medicina interna* *Terapia medica* *Gastroenterologia* *Reumatologia* *Endocrinologia* *Diabetologia* *Nutrizione clinica* *Andrologia*	Medicina interna Medicina clinica Medicina sperimentale e pat Scienze cliniche Fisiopatologia medica Terapia medica	
03	Chirurgia generale e specialità chirurgiche	*Chirurgia generale* *Chirurgia toracica* *Chirurgia vascolare* *Trapianti d'organo [addominali; polmone]*	Chirurgia Valdoni Chirurgia Stefanini Scienze Chirurgiche (ex III) Chirurgia Durante	
04	Ginecologia ostetricia	*Ginecologia* *Ostetricia* *Patologia neonatale* *Progetto prevenzione [*]*	Scienze ginecologiche	Puericultura

		Oncologia (oncologia medica) [*] *Monitoraggio farmaci-tossicologia*		
19	Diagnostica per immagini e radioterapia	*Radiologia [*]* *Neuroradiologia* *Radioterapia* *Medicina nucleare*	Scienze radiologiche	Neuroscienze Dip. chirurgici Dip. medici etc.
20 (1)	Organizzazione sanitaria e sanità pubblica	*Organizzazione sanitaria* *Controllo strutture sanitarie* *Medicina legale*	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 *customer satisfaction*	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 dalPoliclinico 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 cardiochirurgia, 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 equilibro finanziario, rientrando tra quelli normalmente utilizzati in studi similari, 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, nonchè 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 Qualità 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 dell'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^ biennio e nell'articolo 21 II^ 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 F. 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

Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma - Tel. 0649971 - Partita I.V.A. 05865511009

Cod. 3318 - Menes 2001

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 dimessi 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;

- **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-costo, 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 primariali (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, cardiochirurgia, 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 die 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.

- **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**

La riqualificazione in questione risulta essere possibile nell'arco di un quinquennio visto che, per la prima volta, la regione Lazio dispone di un programma concordato con l'Università degli Studi La Sapienza per il quale sono previste le risorse finanziarie necessarie (è del 2 febbraio us l'individuazione da parte del Ministero della Sanità dei progetti di cui all'art. 71 l. 448/98 che destina al Policlinico oltre 200 miliardi, che coprono una parte di un più corposo ed articolato project financing).

L'operatività del Policlinico non può però prescindere da una serie di interventi strutturali urgenti che non possono attendere il completamento di nuove, importanti strutture. Dovrà quindi essere validato e completato il piano riguardante il Dipartimento di Emergenza, i Complessi Operatori, i Laboratori e le Radiologie in un'ottica di centralizzazione dei servizi diagnostici e terapeutici trasversali.

- **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.**

Un Policlinico Universitario, infatti, è il punto più alto e nello stesso tempo più complesso di uno dei cinque fondamentali disegni strutturali aziendali che va sotto il nome di "burocrazia professionale", contraddistinta da una programmazione, una organizzazione e una gestione del tutto peculiari per il ruolo che in esse esercitano i gruppi professionali costituenti le unità operative. Gli articolati rapporti tra i gruppi stessi e i servizi centrali di supporto, con la numerosità eccezionale degli enti coinvolti rendono particolarmente difficili il coordinamento, il processo decisionale l'individuazione delle deleghe e dei livelli di responsabilità. Nell'ambito del disegno aziendale assumono rilevanza numerosi obiettivi subordinati all'aziendalizzazione:

- Definizione dell'organizzazione dipartimentale con la creazione dei Dipartimenti ad attività integrata scientifica,didattica e clinica;
- Definizione della dotazione dei posti letto con relativa pianta organica;
- Definizione dei centri di costo e di responsabilità, con i regolamenti ed i processi amministrativi;
- Istituzione di un completo controllo di gestione;
- Definizione di un sistema di gestione delle risorse umane basato sulla valutazione delle attività e dei risultati e, coerentemente con il nuovo contratto, connesso con un sistema premiante;
- Informatizzazione progressiva delle attività non solo amministrative ma principalmente clinico-scientifiche.

Gli aspetti progettuali del disegno aziendale potrebbero essere completati nell'arco di 6-8 mesi e suggellati con l'assunzione formale dell'ATTO AZIENDALE mentre la messa a

regime dell'intero sistema dovrebbe avvenire nell'arco di un biennio salvo per il processo incessante dell'informatizzazione.

- **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.**

Questo obiettivo non può certo attendere il completamento di aspetti fondanti come la ristrutturazione ambientale e l'aziendalizzazione per esprimere quel miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni atteso dai cittadini e dal Governo delle istituzioni di riferimento. Numerose sono le azioni programmatiche previste nell'ambito di questo obiettivo e spaziano da materie e settori clinico-assistenziali a materie e settori gestionali ed amministrativi. Se ne elencano solo alcune tra quelle prioritarie:

- Completa riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza, già oggetto del citato completamento strutturale, perché possa costituire uno dei punti di eccellenza del Policlinico nei confronti dei cittadini utenti;

- Rivisitazione di tutta l'accessibilità ai servizi prestati dal Policlinico in termini di unicità di informazioni, prenotazioni,accettazione e pagamento dei ticket, tempestività di risposta con riduzione e/o abolizione delle liste di attesa, umanizzazione dei servizi erogati, semplificazione dei percorsi di pazienti e visitatori;

- Miglioramento delle attività di preospedalizzazione, di dimissione protetta e di ospedalizzazione a domicilio, con riduzione della degenza media, anche al fine del già indicato aumento dei casi di ricovero;

- Miglioramento delle funzionalità delle camere operatorie e degli altri servizi centralizzati con l'ottimizzazione dell'utilizzazione del personale non medico;

- Utilizzazione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche 24 h su 24 per il conseguimento dei precedenti obiettivi;

- Potenziamento delle politiche di outsourcing con integrazione dei servizi esternalizzati ed economicità di gestione degli stessi;

- Promozione della qualità assistenziale attraverso l'adozione di misure di governo clinico con la previsione di meccanismi di formazione medica continua, l'adozione di comportamenti coerenti con la medicina basata sulle prove di efficacia e, infine, la promozione ed il rafforzamento del trasferimento dei risultati delle attività di ricerca nella pratica assistenziale. E' questo evidentemente l'ambito in cui più modernamente viene inteso e si esalta l'insostituibile ruolo dell'Università nel progresso della medicina nelle sue fondamentali componenti di scienza e pratica clinica.

Il complesso delle azioni programmatiche descritte, certamente non esaustivo, non può essere attuato senza un contemporaneo, importante potenziamento delle attività amministrative dell'Azienda nei più diversi settori:

- Le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa dovranno essere rese congrue, in termini di numero e di competenze degli appartenenti, al coordinamento delle attività di

programmazione, gestione e controllo delle attività clinico-assistenziali, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento ed i Responsabili delle Unità Operative complesse.

- Particolare rilevanza ha l'istituzione del Nucleo di Valutazione previsto dalla normativa vigente per attivare i descritti meccanismi di migliore gestione delle risorse umane.

- Fondamentale, inoltre, risulta essere la riorganizzazione ed il potenziamento degli uffici amministrativi da concordare con il Direttore Amministrativo dell'Università degli Studi La Sapienza, per raggiungere sempre nell'ambito della reciproca collaborazione, i necessari livelli di efficienza operativa, nella distinzione dei compiti e/o nella definizione delle necessarie integrazioni. Al riguardo, ad esempio, appare evidente come sia del tutto convenzionale l'ascrizione di responsabilità amministrativo-gestionali, nell'ambito del Policlinico, a seconda della specificità di servizi diretti alla parte didattica e di ricerca od alla parte assistenziale. In molti casi, la bipartizione delle responsabilità conduce solo a sovrapposizioni e sprechi; l'ideale sarebbe concordare l'unicità di responsabilità e di gestione cui far seguire la ripartizione parametrica dei costi.

- Nel settore amministrativo appare assolutamente necessaria la completa riorganizzazione del settore Acquisti e Magazzino e del settore Servizi Tecnici, cui la gran parte delle Unità Operative fa risalire importanti disfunzioni.

- Il grave squilibrio finanziario che il Policlinico presenta, infine, deve porre al primo posto il raggiungimento di una economicità di gestione, che deve partire da una analisi interna dei costi, avendo a riferimento complessi universitari similari per individuare con immediatezza gli eventuali scostamenti.

3. Azioni programmatiche prioritarie per il rilancio del "sistema policlinico"

1. QUESTIONI POLITICO - ISTITUZIONALI

a) LEGGI DI RIFERIMENTO

Il D.Lgs. 517/99 del Governo D'Alema, con il suo macchinoso iter di LINEE GUIDA – PROTOCOLLI D'INTESA – CONVENZIONI, ma principalmente con il disegno di "aziende integrate" dai prevedibili effetti paralizzanti; non appare idoneo a risolvere il nodo gestionale dei policlinici universitari (attualmente Aziende integrate Università-Regione), che sono solamente quattro in tutto il paese.

Il Governo sta varando una commissione Università–Sanità, in cui sono previsti tre rappresentanti delle Regioni, per adottare indirizzi di gestione per gli stessi.

Sembra opportuno che il Presidente Storace faccia inserire dal Presidente Ghigo un proprio designato in detta commissione.

b) BILANCIO

In particolare il D.Lgs. 517/99 non scioglie il nodo della responsabilità del bilancio del Policlinico.

E' LA PRIMA QUESTIONE DA RISOLVERE!

Creatasi l'azienda nel novembre del '99 il policlinico ha già 130 miliardi circa di deficit per il 2000, come già citato, e oltre 170 miliardi di deficit nel bilancio di previsione del 2001 firmato dall'ex direttore generale dr. Fatarella.
CHI APPROVA DETTI BILANCI?
Il Rettore nega ogni possibilità che l'Amministrazione Universitaria della Sapienza se ne faccia carico.
Se, ponendo fine all'attuale confusione paralizzante, sarà deciso che detto bilancio sia a carico della Regione, da questa decisione discenderà ogni altro indirizzo (in particolare relativamente al protocollo d'intesa Regione-Università), avendo finalmente chiarito che il responsabile della gestione assistenziale nel Policlinico è la REGIONE, ATTRAVERSO L'AZIENDA.

c) PROTOCOLLO D'INTESA

Ciò permetterà la stipula del protocollo d'intesa senza l'attuale impostazione in cui l'Università (con la Facoltà di Medicina come guida-ombra) detta condizioni per garantire il perpetuarsi di una intollerabile situazione per cui Consiglio di Facoltà ed Università prendono decisioni a prescindere dalle disponibilità di bilancio che automaticamente l'Azienda deve recepire, creando deficit.
DEVE ESSERE CHIARO A TUTTI CHE QUESTO METODO HA GENERATO LO STATO ATTUALE DI SFASCIO CON LA CREAZIONE DI CIRCA 330 PRIMARIATI (120 DEI QUALI PRODUCONO MENO DI 150 MILIONI DI RICAVI ALL'ANNO PER LE PRESTAZIONI DI COMPETENZA).
Non è possibile inoltre che ogni azione dell'Azienda debba essere concordata "d'intesa con l'Università" creando solo la PARALISI ISTITUZIONALE.
Nella stipula del protocollo d'intesa, o per lo meno per la preparazione dello stesso, l'Università e la Regione hanno ignorato le esigenze e le responsabilità dell'Azienda (alcuni fondamentali correttivi alla bozza dello stesso sono stati apportati solo dal Consigliere per la Sanità del Presidente).

d) RELAZIONI SINDACALI

L'Azienda non può essere lasciata sola nella definizione delle politiche sindacali.
I due gruppi di personale (1600 di derivazione regionale ed oltre 5000 di derivazione universitaria che con la "strutturazione" e le indennità aggiuntive cercano costantemente di raggiungere non già l'equiparazione economica con gli ospedalieri, ma ulteriori privilegi), sono apparentemente divisi come arabi ed israeliani, ma hanno insieme creato una rincorsa senza fine al rialzo, alternandosi sapientemente nelle proteste e nei ricatti nel confronto del binomio Università-Azienda, debolissimo per propria natura ed impossibilitato a contrastare anche le richieste più evidentemente pretestuose.
La soluzione di questo problema sindacale è sicuramente al di fuori del binomio Università – Azienda; la Regione se ne farà carico?
Attualmente il Direttore Generale ha promesso al personale universitario di garantire l'equiparazione economica dei due gruppi, non appena gli uffici dimostrassero che, a parità di qualifica, di posizione e di anzianità, gli ultimi istituti contrattuali approvati (il passaggio delle cosiddette "fasce") abbiano comportato una reale sperequazione a favore delle retribuzioni del personale ospedaliero.
Ciò non è bastato alle organizzazioni CISL-CGIL Universitari, che continuano nell'agitazione, chiedendo che la stessa maggiorazione retributiva dovuta alle fasce venga tout-court estesa agli universitari.

Le RSU locali, d'altro canto, pretendono un contratto integrativo senza tenere in alcuna considerazione il fato che i fondi previsti dal CCNL negli articoli 38 e 39 sono largamente stati esauriti per tutti gli istituti contrattuali già approvati.

2. QUESTIONI GESTIONALI DELL'AZIENDA E PROGRAMMA DI RILANCIO DELL'ASSISTENZA E DELL'IMMAGINE DEL POLICLINICO

E' evidente che quanto esposto nelle questioni "politico istituzionali" è mirato a consentire l'indispensabile supporto all'azione dell'Azienda ed in particolare del suo Direttore Generale, che non potrà fare nulla senza una forte investitura politica (già avuta) ed un continuo e coerente supporto dell'Amministrazione Regionale nell'attuazione delle misure di riorganizzazione, sempre naturalmente concordate preventivamente.

a) In termini d'immagine, del tutto occasionalmente, occorre citare la necessità della creazione di un efficiente ufficio stampa e comunicazioni interne.
Il Policlinico, infatti, è su tutti i giornali come esempio di caos ed inefficienza totale, mentre le sue attività di eccellenza assoluta nazionale, non vengono mai comunicate all'opinione pubblica.
L'esempio eclatante è stato l'interesse suscitato alcuni giorni fa per un trapianto di fegato eseguito a Modena, per cui il fegato di un donatore, diviso in due, è stato trapiantato in due riceventi.
Ebbene, lo stesso intervento era stato eseguito tre mesi prima nel Policlinico con l'ulteriore complicazione che il fegato sinistro (più piccolo) del donatore era stato inviato in altra città per essere trapiantato in un bambino morente!!

b) La Direzione Generale, intende nell'immediato effettuare interventi di riorganizzazione e potenziamento dei seguenti settori prioritari (senza accennare ai programmi di sistema, come la qualità, la valutazione, la formazione professionale continua etc.):

Settore Sanitario

Dipartimento d'Emergenza

E' uno dei settori critici per i pazienti e per il personale.
Occorre:

- Individuare e nominare una serie di responsabili
- Potenziare l'organico, specie infermieristico
- Creare un laboratorio dedicato
- Creare un reparto di osservazione e breve degenza di 30 letti (attualmente, come già detto, circa 4000 pazienti l'anno, dopo il trattamento d'emergenza, vengono trasferiti in altri ospedali)

Trapianti D'organo

Occorre attivare la Terapia Intensiva, già pronta, con l'assunzione indispensabile degli infermieri. Dovrà presto riprendere l'attività sui trapianti cardiaci con la ristrutturazione della camera operatoria dedicata.

Reparti clinici d'eccellenza (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Ortopedia, Pediatria etc.)

Sono tutti in sofferenza per carenze infermieristiche.

Servizi specialistici (Anestesiologia, Radiologia, Ortopedia, etc.)

Il sistema universitario. con oltre 2000 medici, ha tuttavia determinato paradossali carenze su settori specialistici, che però mettono in sofferenza l'intero sistema (gli anestesisti paralizzano le terapie intensive e principalmente le 60 camere operatorie, che fanno 1,3 interventi mediamente al giorno, contro lo standard di 4).

Riorganizzazione e centralizzazione dei servizi

Il sistema universitario ha creato 113 laboratori (con circa 50 primari del settore, mentre ne basterebbero non più di 3-4!!) con circa 500 addetti, ed oltre 30 servizi di radiologia, con evidenti e rilevantissimi sprechi di personale e risorse finanziarie.

Riorganizzazione e computerizzazione dei sistemi di prenotazione (CUP) per la massima riduzione possibile delle liste di attesa

Il policlinico nel settore ambulatoriale è di gran lunga l'ospedale regionale con maggiore attrazione e maggiore produttività. Oltre un milione di prestazioni ambulatoriali nel 2000 (con un aumento del 30% nei primi 4 mesi del corrente anno) stanno a testimoniarlo. Deve però essere migliorata la qualità e la tempestività nell'accesso alle prestazioni stesse per aumentare il grado di soddisfazione dell'utenza.

COSA SI CHIEDE ALLA REGIONE?

Nell'immediato. nelle more della stipula del protocollo d'intesa, è necessario che la Regione supporti queste azioni urgenti di rilancio, approvando puntuali richieste del Direttore Generale di modesti stralci di pianta organica per i settori specifici delineati, perché questi maggior costi del personale IMMEDIATAMENTE possano avere riflessi positivi sull'aumento dei casi di ricovero e delle attività di day hospital e/o ambulatori e, aumentando i ricavi, ridurre il deficit.
Prioritari obiettivi di queste azioni urgenti sono la qualità e la quantità di servizi di eccellenza rese ai pazienti ed i riflessi positivi sulla sanità regionale per ridurre le migrazioni dei nostri assistiti!.

NON POSSIAMO ATTENDERE OLTRE PER MOTIVI BUROCRATICI CENTRALI, E PER NOSTRA INDETERMINATEZZA E INDECISIONE E RITARDARE RISULTATI RILEVANTI PER I PAZIENTI E PER L'OPINIONE PUBBLICA!

Settori Amministrativi

L'Azienda deve naturalmente tendere a raggiungere il pareggio di bilancio, così come indicato dalla normativa vigente, anche in presenza di una evidente sottostima del fabbisogno finanziario del settore sanitario nel suo complesso. Le linee precedentemente indicate per il potenziamento del settore sanitario sono evidentemente tese oltre al miglioramento dell'assistenza, all'aumento della produttività e quindi dei ricavi.

Occorre, però, agire ovviamente anche sulla determinazione dei costi con azioni amministrative riguardanti i costi del personale ed i costi dei beni e servizi.

- Personale

  Da quanto emerge dalle considerazioni precedenti un incontestabile aggravio di costi per l'Azienda risulta dalla moltiplicazioni di servizi scarsamente produttivi. La razionalizzazione della spesa non può non passare attraverso la riduzione mirata, graduale, ma progressiva e continua di queste formidabili aree di spreco: **blocco dei**

primariati, mancato rinnovo degli stessi per i servizi inefficienti e non strategici, centralizzazione dei servizi, migliore distribuzione del personale sono gli strumenti con cui si intende realizzare la riduzione dei posti del settore.

- Beni e servizi

  La quasi inesistenza di organismi centrali di amministrazione e gestione, con le incontrollate richieste di oltre 380 unità operative, ha generato un sistema di autarchia-anarchia negli approvvigionamenti e nella gestione dei servizi non sanitari che è tutta da ricomporre in un sistema coordinato ed efficiente teso all'economicità della gestione. Esempio eclatante di ciò sono i 130 miliardi di spesa per farmaci, acquistati a "go'go'" da ogni reparto, servizio o singolo medico senza alcuna valutazione, coerenza con indicazioni di prontuario o attenzione agli aspetti di economicità nell'acquisto (contratti di somministrazione, gare, etc.). In questo settore le azioni amministrative idonee non possono non passare per una coerente e concreta realizzazione della così detta aziendalizzazione.

- Organizzazione aziendale

  Per tutto il complesso delle azioni programmatiche riportate in questa breve ed impressionistica relazione, non può essere sottaciuta la indispensabile necessità di riempire di contenuti il termine "Azienda" con uno snello ma estremamente competente nucleo di dirigenti amministrativi in grado di rimodellare e rendere operativi i sistemi gestionali in essere o del tutto carenti:

  - contabilità analitica
  - organizzazione budgettaria per centri di costo
  - controllo di gestione
  - riorganizzazione strutturale e tecnologica
  - etc.

  sono tutti settori la cui organizzazione deve essere ricreata e che necessitano di un management con specifiche caratteristiche e competenze professionali attualmente non presenti all'interno dell'Azienda.

Le decisioni da assumere riguardano l'immediata nomina di un Direttore Amministrativo, posizione attualmente non ricoperta e la chiamata di pochi dirigenti per i quali è stata prevista una variazione a stralcio della pianta organica, anch'essa da sottoporre alla regione nelle more della futura convenzione.

Capitoli del tutto separati ma di fondamentale importanza sono rispettivamente la computerizzazione dei vari sistemi citati (sanitari ed amministrativi), nonché quello della "creazione di una nuova struttura ospedaliera" per la quale potrebbero essere disponibili rilevanti risorse del Ministero della Sanità.

Per entrambi questi settori la Direzione Generale sta predisponendo proposte organiche e/o studi di fattibilità da sottoporre sia all'Università che alla Regione.

CONCLUSIONI

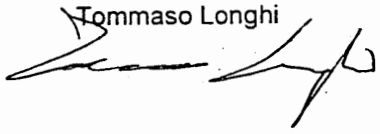
Si spera di essere riusciti in queste brevi note a significare che mentre gli Enti responsabili sono impegnati nel concordare il disegno definitivo dell'Azienda, questo non deve essere inteso come un ostacolo insormontabile alle azioni immediate descritte che, se condivise dalla regione che potrà così sostenere l'azione del Direttore Generale, potranno sicuramente far raggiungere obiettivi eclatanti in termini di: **qualità dell'assistenza erogata ed impatto sull'opinione pubblica.** Questi risultati riguarderanno non solo le capacità gestionali del Policlinico, ma la stessa valutazione dei risultati dell'azione innovatrice della giunta nella sanità regionale.

Troppo spesso, infatti, gli ostacoli alle concrete realizzazioni di programmi validi e possibili hanno avuto come alibi il "rifugio nello strategico".

Alla relazione viene allegato anche una proposta di piano strategico aziendale realizzato dalla precedente amministrazione che è attualmente oggetto di revisione e completamento anche in funzione delle normative regionali e nazionali in corso di emanazione.

Il Direttore Generale

Tommaso Longhi



ALLEGATO G
(Sub allegato 3)

ALL. 1

SINTESI DELLA PRODUTTIVITÀ
ANNO 2000

PAGINA BIANCA

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv. Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
CAA DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA																
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	CAA	9	9	0	0	0	0	142	9	0	0	0	1	12	0	0
DIV.CLINICA MEDICA 1	CAA01	3.521	3.345	450	2.869	0	0	7.440	476	0	0	175	8	20	20	0
s.a.radiologia TAC-RMN	CAA0102	9.213	384	0	0	0	0	1.328	384	0	0	8.829	8	20	0	0
s.a.patologia clinica speciale	CAA0103	1.863	40	0	0	0	0	8.068	40	0	0	1.823	1	7	0	0
s.a.batteriologia/virologia	CAA0104	62	1	0	0	0	0	73	1	0	0	62	0	1	0	0
DIV.CL.MEDICA 4	CAA02	2.681	2.681	398	2.664	0	0	509	14	0	3	0	2	20	17	0
S.S.SEM.MEDICA 5/Fisiopat.ric.lip.	CAA05	129	129	0	0	0	0	3.203	129	0	0	0	2	0	0	0
S.S.MEDICINA NUCLEARE-RADIOIMMUNOLOGIA	CAA06	126	126	0	0	0	0	1.315	126	0	0	0	2	4	0	0
S.S.DAY HOSPITAL	CAA10	569	569	0	0	384	558	389	10	0	0	0	1	5	0	2
Totali Dip/Ist		18.173	7.285	848	5.533	384	558	22.467	1.191	0	3	10.888	25	89	37	2
CAB DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE																
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE	CAB	16	16	0	0	0	0	4.996	16	0	0	0	2	39	0	0
DIV.CLINICA MEDICA 2	CAB01	2.383	2.383	328	2.279	0	0	3.680	104	0	0	0	6	14	16	0
sez.unita'coronarica	CAB0101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0
s.a.diagnostica per immagini	CAB0102	340	73	0	0	0	0	1.152	73	0	0	267	2	2	0	0
DIV.PATOLOGIA MEDICA 1	CAB02	1.721	1.668	207	1.625	0	0	1.662	42	0	0	54	6	3	15	0
DIV.PATOLOGIA MEDICA 4	CAB03	1.838	1.837	179	1.217	477	619	20	0	0	0	1	5	12	12	5
s.a.malattie ricambio minerale	CAB0301	435	278	0	0	0	0	16.154	278	0	0	157	2	2	0	0
DIV.MEDICINA COSTITUZ.LE-ENDOCRINOLOGIA	CAB04	1.738	1.738	154	906	657	704	5.014	128	0	0	0	6	13	9	5
s.a.immunoendocrinologia	CAB0401	1.532	684	0	0	0	0	17.825	684	0	0	849	8	2	0	0
DIV.GASTROENTEROLOGIA	CAB05	1.612	1.597	223	1.374	0	0	5.291	224	0	0	15	6	13	10	0
S.S.NEFROLOGIA E DIALISI	CAB06	1.206	807	115	735	0	0	2.824	72	0	0	400	7	1	5	0
emodial.(5 p.l.)dial.dom.(attivabili 3)	CAB0601	340	340	0	0	0	0	898	340	0	0	0	1	5	0	0
S.S.MEDICINA NUCLEARE	CAB07	390	383	0	0	0	0	4.910	383	0	0	8	2	4	0	0

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
CAI DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOLOGICHE E RESPIRATORIE																
DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOLOGICHE E RESPIRATORIE	CAI	31	31	0	0	0	0	779	31	0	0	0	9	22	0	0
DIV.MAL.APP.CARDIOVASCOLARE 1	CAI01	3.809	3.809	498	2.903	0	0	10.895	705	200	0	0	9	39	13	0
sez.unita'coronarica	CAI0101	2.562	2.562	207	2.562	0	0	0	0	0	0	0	3	0	11	0
S.S.ANGIOLOGIA	CAI02	1.399	1.399	170	1.360	0	0	568	40	0	0	0	3	0	4	0
Totali Dip/Ist		7.802	7.802	875	6.825	0	0	12.242	776	200	0	0	24	61	28	0
CAM ISTITUTO TERAPIA MEDICA SISTEMATICA																
ISTITUTO TERAPIA MEDICA SISTEMATICA	CAM	2	2	0	0	0	0	62	2	0	0	0	0	6	0	0
DIV.TER.MED.MALATTIE FEGATO E RICAMBIO	CAM01	2.348	2.348	237	1.460	267	547	1.815	338	1	3	0	12	10	9	4
s.a.analisi chimico-cliniche	CAM0101	356	65	0	0	0	0	12.866	65	0	0	290	4	3	0	0
s.a.radiologia	CAM0102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
S.S.DIETOLOGIA	CAM02	94	94	0	0	0	0	3.490	94	0	0	0	6	9	0	0
Totali Dip/Ist		2.800	2.509	237	1.460	267	547	18.233	499	1	3	290	24	30	9	4
CAW DIPARTIMENTO MAL.INFETTIVE E TROPICALI																
DIV.MALATTIE TROPICALI 1	CAT01	3.524	3.524	633	3.498	0	0	1.052	27	0	0	0	3	19	21	0
s.a.analisi microbiologiche	CAT0101	15	15	0	0	0	0	1.298	15	0	0	0	0	0	0	0
s.a.analisi chimico-cliniche	CAT0102	46	46	0	0	0	0	4.323	46	0	0	0	0	0	0	0
s.a.radiologia	CAT0103	20	20	0	0	0	0	497	20	0	0	0	1	3	0	0
S.S.EPATOL.MONITOR (sorv. port. HBV-HCV)	CAT02	1.899	1.899	242	1.449	346	346	3.755	105	0	0	0	2	3	6	5
S.S.MALATTIE TROPICALI 2	CAT03	1.618	1.618	193	1.125	462	474	358	19	0	0	0	3	5	9	3
S.S.CHEMIOTERAPIA MAL.PARASSITARIE	CAT04	55	55	0	0	0	0	6.147	55	0	0	0	1	0	0	0
S.S.PREOSPEDALIZZAZIONE e DIM.PROTETTA	CAT05	41	41	0	0	0	0	1.415	41	0	0	0	2	1	0	0
S.S.FISIOPATOLOGIA CLINICA	CAT06	766	224	0	0	0	0	4.353	224	0	0	542	5	3	0	0

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		*Valore Totale Attivita'*	*Ricavi Diretti*	*Ricoveri Ordinari*		*Day Hospital*		*Ambul. Esterni*		*Fattur*	*Altri Ricavi*	*Valore Attiv Interna*	*Personale e Posti Letto*			
				Attività	*Ricavi*	*Attività*	*Ricavi*	*Attività*	*Ricavi*				*San.Lau.*	*Altro Pers*	*PL_Ord*	*PL_DH*
CAY	**DIPARTIMENTO MEDICINA CLINICA**															
DIV.CLINICA MEDICA 3	CAC01	2.211	2.211	*321*	2.142	*0*	0	*1.763*	69	0	0	0	10	25	12	0
s.a.consulenze infettivologiche	CAC0101	159	16	*0*	0	*0*	0	*1.488*	16	0	0	143	2	3	0	0
s.a.radiologia	CAC0102	130	18	*0*	0	*0*	0	*438*	18	0	0	112	1	0	0	0
S.S.ALLERGOLOGIA-IMMUNOLOGIA CLINICA	CAC02	3.678	3.627	*138*	886	*514*	2.115	*19.009*	586	0	40	51	12	15	6	12
S.S.DIAGN.TER.IMMUNODEFIC.PRIMIT.e ACQ.	CAC03	80	63	*0*	0	*0*	0	*2.793*	63	0	0	17	1	1	0	0
DIV.GASTROENTEROLOGIA	CAC04	4.257	4.257	*563*	4.005	*0*	0	*4.442*	251	0	0	0	10	15	16	0
S.S.FISIOPATOLOGIA RENALE	CAC05	415	328	*0*	0	*0*	0	*6.091*	328	0	0	87	3	3	0	0
S.S.NUTRIZIONE CLINICA	CAC06	277	14	*0*	0	*0*	0	*539*	14	0	0	262	4	0	0	0
DIV.CLINICA MEDICA 6	CAE01	2.144	2.141	*349*	2.074	*0*	0	*1.889*	67	0	0	3	7	20	10	0
DIV.PATOLOGIA MEDICA 2	CAE02	4.982	4.935	*638*	3.702	*228*	1.066	*5.201*	167	0	0	46	14	17	21	3
s.a.analisi chimico-cliniche	CAE0201	952	130	*0*	0	*0*	0	*24.769*	130	0	0	822	2	2	0	0
s.a.radiologia	CAE0202	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	0	3	0	0
S.S.PREV.-CURA DANNI EPATICI ALCOOLE	CAE03	1.458	1.458	*0*	0	*235*	1.422	*1.360*	36	0	0	0	4	2	0	6
S.S.CARDIOLOGIA ECOCARDIOGRAFIA	CAE04	239	239	*0*	0	*0*	0	*3.210*	239	0	0	0	5	3	0	0
S.S.IMMUNOLOGIA CLINICA ED ALLERGOLOGIA	CAE05	312	312	*0*	0	*0*	0	*12.719*	312	0	0	0	3	1	0	0
DIPARTIMENTO MEDICINA CLINICA	CAY	9	9	*0*	0	*0*	0	*291*	9	0	0	0	1	22	0	0
Totali Dip/Ist		21.302	19.759	*2.009*	12.810	*977*	4.603	*86.002*	2.306	0	40	1.543	79	132	65	21
CCA	**DIPARTIMENTO CHIRURGIA "P. VALDONI"**															
DIPARTIMENTO CHIRURGIA "P. VALDONI"	CCA	10	10	*0*	0	*0*	0	*298*	10	0	0	0	4	93	0	0
DIV.CLINICA CHIRURGICA 1	CCA01	3.593	3.593	*467*	3.454	*0*	0	*2.915*	139	0	0	0	7	14	21	0
DIV.CLINICA CHIRURGICA 5	CCA02	2.268	2.268	*315*	2.259	*0*	0	*358*	6	0	3	0	2	10	12	0
DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 1	CCA03	2.440	2.440	*466*	2.383	*0*	0	*2.291*	56	0	0	0	4	15	18	0
DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 4	CCA04	3.251	3.251	*505*	3.214	*0*	0	*2.694*	37	0	0	0	3	12	24	0
DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 9	CCA05	3.495	3.495	*539*	3.428	*0*	0	*1.814*	67	0	0	0	6	13	24	0

Fattur. = ***Prestazioni fatturate a terzi***
San. Lau = ***Personale Sanitario Laureato***
Altro Pers. = ***Altre Categorie di Personale***
PL.Ord = ***Posti Letto Ordinari***
PL. DH = ***Posti Letto Day Hospital***

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		*Valore Totale Attivita'*	*Ricavi Diretti*	*Ricoveri Ordinari*		*Day Hospital*		*Ambul. Esterni*		*Fattur*	*Altri Ricavi*	*Valore Attiv. Interna*	*Personale e Posti Letto*			
				Attività	*Ricavi*	*Attività*	*Ricavi*	*Attività*	*Ricavi*				*San.Lau.*	*Altro Pers.*	*PL.Ord*	*PL.DH*
emodialisi	CCB0301	290	290	*0*	0	*0*	0	*907*	290	0	0	0	0	6	0	0
DIV.CHIRURGIA TORACICA	CCB04	3.975	3.975	*410*	3.836	*0*	0	*301*	8	0	130	0	6	17	13	0
DIV.CHIRURGIA VASCOLARE 1	CCB05	3.369	3.369	*316*	3.186	*0*	0	*3.829*	182	0	0	0	7	18	18	0
DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 7	CCB06	4.617	4.617	*898*	4.588	*0*	0	*1.102*	29	0	0	0	3	14	22	0
S.S.ANALISI CHIMICO-CLINICHE-RADIOIMMUN.	CCB07	1.771	268	*0*	0	*0*	0	*36.756*	268	0	0	1.503	1	8	0	0
DIV.CLINICA CHIRURGICA 6	CCB08	3.027	3.027	*535*	2.969	*0*	0	*704*	59	0	0	0	7	12	22	0
DIV.CHIR.VASC.2/Chir.vasc.d'urgenza	CCB09	3.259	3.259	*399*	3.155	*0*	0	*2.637*	101	0	3	0	6	14	20	0
S.S.CHIR.PLASTICA RICOSTRUTTIVA	CCB10	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	3	0	0	0
S.S.CHIRURGIA D'URGENZA 4	CCB11	1.445	1.445	*297*	1.444	*0*	0	*60*	1	0	0	0	3	1	8	0
S.S.NUTRIZIONE CLINICA	CCB12	791	791	*0*	0	*0*	0	*164*	3	0	788	0	5	0	0	0
S.S.PREOSP.DIM.PROTETTA	CCB13	17	17	*0*	0	*0*	0	*650*	17	0	0	0	3	4	0	0
S.S.CHIR.ENDOSCOP. DIGESTIVA	CCB14	330	330	*0*	0	*0*	0	*2.800*	289	41	0	0	5	1	0	0
S.S.ENDOCRINOCHIRURGIA	CCB15	46	46	*0*	0	*0*	0	*592*	46	0	0	0	1	0	0	0
Totali Dip/Ist		37.144	35.635	*4.428*	31.959	*0*	0	*57.572*	1.592	71	2.014	1.509	80	231	146	0

CCC ISTITUTO CL.CHIRURGICA 3

ISTITUTO CL.CHIRURGICA 3	CCC	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	1	108	0	0
DIV.CLINICA CHIRURGICA 3	CCC01	3.151	3.151	*507*	3.083	*0*	0	*2.583*	67	1	0	0	8	12	17	0
DIV.PATOLOGIA CHIRURGICA 8	CCC02	2.878	2.878	*459*	2.864	*0*	0	*739*	14	0	0	0	5	1	16	0
S.S.CHIRURGIA GENERALE ED ENDOCRINA	CCC03	1.904	1.904	*353*	1.904	*0*	0	*0*	0	0	0	0	4	0	12	0
S.S.METOD.CHIR.CARDIOVASC.E FLEBOL.AMB.	CCC04	849	668	*99*	488	*0*	0	*2.884*	180	0	0	181	4	0	4	0
S.S.CHIRURGIA ONCOLOGICA	CCC05	38	38	*0*	0	*0*	0	*1.332*	38	0	0	0	3	0	0	0
S.S.CHIR.GEN,MICROCHIR.E CHIR.LASER ASS.	CCC06	1.452	1.452	*263*	1.448	*0*	0	*210*	4	0	0	0	2	0	11	0
S.S.PREOSP.DIM.PROTETTA	CCC07	30	30	*0*	0	*0*	0	*1.674*	30	0	0	0	2	1	0	0
S.S.CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA	CCC08	7	7	*0*	0	*0*	0	*293*	7	0	0	0	2	0	0	0
S.S.FISIOP.CHIR.EPATOP.IPERT.PORT.	CCC09	17	17	*0*	0	*0*	0	*902*	17	0	0	0	2	0	0	0
S.S.CHIR.D'URGENZA 5	CCC10	1.806	1.806	*351*	1.804	*0*	0	*78*	2	0	0	0	2	0	10	0

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
CCF ISTITUTO CHIRURGIA CUORE e GROSSI VASI																
ISTITUTO CHIRURGIA CUORE e GROSSI VASI	CCF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	24	0	0
DIV.CHIRURGIA DEL CUORE-GROSSI VASI	CCF01	5.632	5.627	329	5.618	0	0	333	9	0	0	5	12	88	17	0
s.a.analisi chimico-cliniche	CCF0101	3.584	5	0	0	0	0	132	4	1	0	3.580	1	0	0	0
DIV.MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE 2	CCF02	1.690	1.690	151	1.306	0	0	6.846	384	0	0	0	9	1	5	0
sez.unita'coronarica	CCF0201	1.530	1.530	87	1.530	0	0	0	0	0	0	0	3	0	6	0
S.S.EMODINAMICA 1	CCF03	2.229	126	0	0	0	0	0	0	126	0	2.103	2	6	0	0
S.S.EMODINAMICA 2	CCF04	282	282	0	0	0	0	0	0	282	0	0	3	7	0	0
S.S.ASSIST.MECC.CIRCOLO/LAB.ELETTRONICO	CCF05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
DIV.CARDIO CHIRURGIA II	CCF06	8.014	8.013	472	8.000	0	0	418	11	2	0	1	1	20	19	0
Totali Dip/Ist		22.962	17.273	1.039	16.455	0	0	7.729	408	410	0	5.689	41	146	47	0
CCG ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.																
ISTITUTO CL.CHIR.URGENZA e PRONTO SOCC.	CCG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	30	0	0
DIV.CL.CHIR.GEN.E D'URGENZA/P.S.	CCG01	3.786	3.786	748	3.746	0	0	1.889	36	0	3	0	12	18	19	0
s.a.analisi chimico-cliniche	CCG0101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
S.S.SEM.CHIR.7/Fisiop.chir.d'urgenza	CCG02	1.653	1.622	327	1.619	0	0	0	0	0	3	31	1	14	12	0
S.S.CHIR.URGENZA-P.S.	CCG03	2.076	2.076	279	1.304	428	772	0	0	0	0	0	2	0	12	3
S.S.CHIRURGIA di PRONTO SOCCORSO	CCG04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	25	0	0
S.S.TECNOL.DIAGN.IMMAG.INTERV.CHIR.URG.	CCG05	8	8	0	0	0	0	0	0	8	0	0	2	14	0	0
S.S.CHIR.PLASTICA RICOSTRUTT.URG./PS	CCG06	6	6	0	0	0	0	405	6	0	0	0	2	0	0	0
Totali Dip/Ist		7.529	7.498	1.354	6.669	428	772	2.294	43	8	6	31	26	101	43	3
CDA ISTITUTO CL.OTORINOLARINGOIATRICA																
ISTITUTO CL.OTORINOLARINGOIATRICA	CDA	3	3	0	0	0	0	114	3	0	0	0	0	71	0	0
DIV.CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA 1	CDA01	2.615	2.615	381	2.043	411	426	5.723	145	0	0	0	9	4	11	3

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
S.S.ODONTOIATRIA CONSERVATIVA	CEA05	81	81	0	0	0	0	2.090	81	0	0	0	3	1	0	0
S.S.PARADONTOLOGIA	CEA06	81	81	0	0	0	0	2.527	81	0	0	0	2	1	0	0
S.S.ODONTOIATRIA INFANTILE	CEA07	81	81	0	0	0	0	2.539	81	0	0	0	3	2	0	0
S.S.CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	CEA08	2.533	2.533	321	2.416	0	0	2.539	117	0	0	0	8	1	7	0
S.S.CHIR.SPEC.ODONTOSTOMATOL.	CEA09	722	714	140	644	0	0	2.371	70	0	0	8	3	0	3	0
Totali Dip/Ist		4.975	4.968	768	4.125	0	0	19.110	843	0	0	8	45	58	20	0
CEM	**DIPARTIMENTO SCIENZE DELL'APPARATO LOCOMOTORE**															
DIPARTIMENTO SCIENZE DELL'APPARATO LOCOMOTORE	CEM	142	2	0	0	0	0	77	2	0	0	140	2	111	0	0
DIV.CLINICA ORTOPEDICA 1	CEM01	3.092	3.092	454	2.836	0	0	9.778	253	0	3	0	2	1	18	0
DIV.CLINICA ORTOPEDICA 2	CEM02	2.481	2.481	330	2.344	0	0	5.128	136	0	0	0	3	0	14	0
DIV.CLINICA ORTOPEDICA 3	CEM03	1.176	1.176	198	1.145	0	0	1.235	31	0	0	0	1	0	7	0
DIV.TERAPIA FISICA	CEM04	1.180	1.180	161	885	0	0	29.041	295	0	0	0	4	13	9	0
S.S.ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA GERIATRICA	CEM05	550	550	63	529	0	0	798	21	0	0	0	2	0	4	0
S.S.ETEROPLASIE-DISPLASIE SCHELETRO	CEM06	889	889	102	864	0	0	926	25	0	0	0	2	0	4	0
S.S.ORTOPEDIA E TRAUMATOL.DELLO SPORT	CEM07	731	731	113	713	0	0	740	19	0	0	0	1	0	4	0
S.S.PRONTO SOCC.TRAUM.-ORTOPED.	CEM08	1.210	1.210	79	800	0	0	16.087	410	0	0	0	12	0	4	0
Totali Dip/Ist		11.449	11.310	1.500	10.114	0	0	63.810	1.192	0	3	140	29	125	64	0
CFA	**ISTITUTO CL.DERMATOLOGICA**															
ISTITUTO CL.DERMATOLOGICA	CFA	3	3	0	0	0	0	154	3	0	0	0	0	20	0	0
DIV.CLINICA DERMOSIFILOPATICA 1	CFA01	3.837	3.775	403	2.457	422	580	27.895	738	0	0	62	12	17	10	2
DIV.CLINICA DERMOSIFILOPATICA 2	CFA02	1.081	1.081	164	781	194	300	6	0	0	0	0	2	16	7	1
DIV.CHIRURGIA PLASTICA ed USTIONATI	CFA03	2.619	2.619	287	1.807	342	665	6.102	147	0	0	0	9	0	9	2
S.S.DERMATOL.ALLERG.PROFESS.-ANAL.MICOL.	CFA04	1.152	1.147	187	790	182	240	3.229	117	0	0	5	1	5	6	1
Totali Dip/Ist		8.693	8.626	1.041	5.835	1.140	1.785	37.386	1.005	0	0	67	24	58	32	6

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur.	Altri Ricavi	Valore Attiv. Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San. Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
Totali Dip/Ist		10.631	10.631	2.527	8.431	944	1.516	20.516	685	0	0	0	45	135	39	10
CFI	**ISTITUTO CL.OSTETRICA e GINECOLOGICA 2**															
ISTITUTO CL.OSTETRICA e GINECOLOGICA 2	CFI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	68	0	0
DIV.CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA 2	CFI01	2.862	2.862	561	2.467	0	0	12.366	395	0	0	0	12	35	12	0
s.a.lab. biochimica ormoni sessuali	CFI0101	774	97	0	0	0	0	2.986	97	0	0	678	2	2	0	0
s.a.radiologia	CFI0102	263	197	0	0	0	0	2.351	197	0	0	66	2	3	0	0
DIV.CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA 4	CFI02	3.206	3.206	704	2.634	0	0	10.643	572	0	0	0	8	20	12	0
DIV.CL.OST.GIN.5	CFI03	2.049	2.049	596	1.930	0	0	5.899	119	0	0	0	3	1	12	0
S.S.STERILITA'	CFI04	89	89	0	0	0	0	2.513	89	0	0	0	3	4	0	0
S.S.ACC.P.S.PREOSP.GIN./DIM.PROTETTA	CFI05	35	35	0	0	0	0	1.717	35	0	0	0	7	7	0	0
S.S.CL.DIAGN.ENDOCRIN.OST.GIN.PIAN.FAM.	CFI06	118	118	0	0	0	0	3.440	118	0	0	0	4	4	0	0
S.S.PROFILASSI in GIN.OST.	CFI07	47	47	0	0	0	0	2.061	47	0	0	0	2	0	0	0
Totali Dip/Ist		9.443	8.700	1.861	7.031	0	0	43.976	1.669	0	0	744	46	144	36	0
CFM	**ISTITUTO CL.PEDIATRICA**															
ISTITUTO CL.PEDIATRICA	CFM	9	9	0	0	0	0	315	9	0	0	0	3	64	0	0
DIV.CLINICA PEDIATRICA 1	CFM01	1.477	1.477	429	1.451	1	0	1.307	26	0	0	0	6	17	8	3
S.S.ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	CFM0101	503	503	0	0	575	412	3.275	91	0	0	0	2	1	0	0
s.a.diabetologia pediatrica	CFM0102	21	21	0	0	0	0	914	21	0	0	0	1	1	0	0
DIV.CLINICA PEDIATRICA 2/ter.int.neonat.	CFM02	1.525	1.490	110	1.348	70	116	1.059	25	0	0	35	9	21	14	4
s.a.trasporto ed emergenze neonatali	CFM0201	2.755	2.755	0	0	0	0	0	0	0	2.755	0	17	12	0	0
S.S.CLINICA PEDIATRICA 3	CFM03	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
S.S.ALLERGOL.IMMUNOL.PEDIATRICA	CFM0301	256	245	0	0	0	0	7.152	245	0	0	11	1	2	0	0
DIV.CLINICA PEDIATRICA 4	CFM04	2.001	2.001	306	1.008	1.233	764	6.551	230	0	0	0	6	8	4	8
S.S.CLINICA PEDIATRICA 5/Mal.geneticne	CFM05	706	706	237	706	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0
s.a.citogenetica-consultorio genetico	CFM0501	81	81	0	0	0	0	489	81	0	0	0	1	3	0	0

Fattur. = ***Prestazioni fatturate a terzi***
San. Lau = ***Personale Sanitario Laureato***
Altro Pers. = ***Altre Categorie di Personale***
PL.Ord = ***Posti Letto Ordinari***
PL. DH = ***Posti Letto Day Hospital***

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		*Valore Totale Attivita'*	*Ricavi Diretti*	*Ricoveri Ordinari*		*Day Hospital*		*Ambul. Esterni*		*Fattur*	*Altri Ricavi*	*Valore Attiv Interna*	*Personale e Posti Letto*			
				Attività	*Ricavi*	*Attività*	*Ricavi*	*Attività*	*Ricavi*				*San.Lau.*	*Altro Pers.*	*PL.Ord*	*PL.DH*
DIPARTIMENTO SCIENZE NEURO E DELL'ETA' EVOLUTIVA	CFO	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	0	19	0	0
DIV.NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 1	CFO01	2.701	2.669	*383*	1.694	*1.429*	898	*2.918*	77	0	0	31	9	20	8	8
s.a.dosaggio farm.neurotropi-psicotropi	CFO0101	281	17	*0*	0	*0*	0	*2.304*	17	0	0	263	1	3	0	0
s.a.neurofisiopatologia età evolutiva	CFO0102	243	99	*0*	0	*0*	0	*1.724*	99	0	0	144	4	4	0	0
s.a.cefalee età evolutiva	CFO0103	21	21	*0*	0	*0*	0	*727*	21	0	0	0	0	1	0	0
DIV.NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 2	CFO02	1.658	1.658	*119*	565	*217*	923	*4.803*	170	0	0	0	11	22	6	7
S.S.NEUROPSICOLOGIA-D.H.	CFO03	3.105	3.105	*0*	0	*776*	2.974	*4.688*	131	0	0	0	9	11	0	18
S.S.RIABILIT.PSICOMOTORIA	CFO04	50	50	*0*	0	*0*	0	*2.255*	50	0	0	0	2	8	0	0
S.S.OSPEDALE DIURNO GENERALE	CFO05	886	886	*0*	0	*1.055*	865	*56*	2	0	20	0	2	1	0	7
S.S.IGIENE MENTALE	CFO06	40	40	*0*	0	*0*	0	*1.391*	40	0	0	0	3	1	0	0
Totali Dip/Ist		8.985	8.547	*502*	2.260	*3.477*	5.660	*20.866*	608	0	20	438	41	90	14	40

CGA DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE

DIPARTIMENTO SCIENZE NEUROLOGICHE	CGA	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	2	60	0	0
DIV.CLINICA NEUROLOGICA 1	CGA01	2.239	2.239	*229*	1.356	*381*	752	*4.819*	128	0	3	0	7	17	16	6
DIV.CLINICA NEUROLOGICA 3	CGA02	4.512	4.480	*532*	3.408	*570*	902	*6.014*	167	0	3	32	10	31	17	5
DIV.CLINICA NEUROLOGICA 5	CGA03	2.785	2.772	*334*	2.070	*420*	552	*5.132*	147	0	3	13	8	19	15	6
DIV.NEUROCHIRURGIA 1	CGA04	5.486	5.486	*412*	5.391	*1*	2	*1.366*	62	0	31	0	7	29	24	0
DIV.NEUROCHIRURGIA 2	CGA05	4.740	4.740	*524*	4.633	*0*	0	*1.448*	86	0	21	0	3	29	24	0
S.S.NEUROTRAUMATOLOGIA	CGA06	2.914	2.914	*488*	2.808	*0*	0	*707*	19	0	87	0	10	34	10	0
S.S.NEURORADIOLOGIA 1	CGA07	1.933	33	*0*	0	*0*	0	*96*	32	0	0	1.900	8	6	0	0
S.S.NEURORADIOLOGIA 2	CGA08	1.899	28	*0*	0	*0*	0	*841*	27	1	0	1.871	10	20	0	0
S.S.ELETTROENCEFALOGRAFIA	CGA09	103	54	*0*	0	*0*	0	*1.561*	54	0	0	50	2	3	0	0
S.S.ELETTR.MIOGR./NEUROFISIOPATOLOGIA	CGA10	151	96	*0*	0	*0*	0	*4.174*	96	0	0	56	2	1	0	0
S.S.PATOL.CLIN.NEUROL.IMM.LIQUORALE	CGA11	1.131	212	*0*	0	*0*	0	*21.174*	185	27	0	919	2	4	0	0
S.S.NEUROFISIOPATOLOGIA	CGA12	244	176	*0*	0	*0*	0	*4.503*	176	0	0	68	4	8	0	0
S.S.RIABILIT.MOTORIA E DEL LINGUAGGIO	CGA13	276	268	*0*	0	*212*	248	*975*	20	0	0	8	3	5	0	3

Fattur. = ***Prestazioni fatturate a terzi***
San. Lau = ***Personale Sanitario Laureato***
Altro Pers. = ***Altre Categorie di Personale***
PL.Ord = ***Posti Letto Ordinari***
PL. DH = ***Posti Letto Day Hospital***

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
S.S.ANALISI MICROBIOLOGICHE 2	CHA02	114	0	0	0	0	0	17	0	0	0	113	10	11	0	0
S.S.ANALISI MICROBIOLOGICHE 3	CHA03	83	60	0	0	0	0	2.865	60	0	0	23	5	3	0	0
Totali Dip/Ist		2.726	65	0	0	0	0	2.946	65	0	0	2.661	28	33	0	0
CHB ISTITUTO PARASSITOLOGIA																
ISTITUTO PARASSITOLOGIA	CHB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
S.S.ANALISI PARASSITOLOGICHE	CHB01	18	1	0	0	0	0	40	1	0	0	17	5	9	0	0
Totali Dip/Ist		19	1	0	0	0	0	40	1	0	0	17	6	9	0	0
CHC ISTITUTO IGIENE																
ISTITUTO IGIENE	CHC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	29	0	0
S.S.IGIENE E TECNICA OSPEDALIERA	CHC01	11	0	0	0	0	0	24	0	0	0	11	2	1	0	0
s.a.servizio antirabbico	CHC0101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
s.a.prev.diagn.toxoplasmosi/inf.perinat.	CHC0102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
S.S.IGIENE AMBIENTALE	CHC02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Totali Dip/Ist		11	0	0	0	0	0	24	0	0	0	11	12	32	0	0
CHD DIPARTIMENTO BIOTECNOLOGIE CELLULARI E EMATOLOGIA																
s.a.fisiop.prot.sier.coag.	CCB0801	773	0	0	0	0	0	0	0	0	0	773	1	0	0	0
DIPARTIMENTO BIOTECNOLOGIE CELLULARI E EMATOLOGIA	CHD	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	6	0	0
S.S.CITOGENETICA UMANA	CHD12	131	129	0	0	0	0	1.296	129	0	0	3	6	0	0	0
S.S.BIOCHIMICA CLINICA	CHD13	11.693	238	0	0	0	0	26.657	238	0	0	11.455	10	28	0	0
DIV.EMATOLOGIA	CHD15	34.297	31.185	791	24.781	0	0	318.668	4.951	73	1.380	3.112	38	141	52	0
s.a.anal.ematologiche special.	CHD1501	391	0	0	0	0	0	0	0	0	0	391	1	0	0	0
S.S.CENTRO TRASFUSIONALE-IMMUNOEMATOL.	CHD16	15.739	1.698	0	0	0	0	14.471	908	126	864	13.840	18	37	0	0
S.S.PR.SOCC.ACCETT.OSP.DIURNO EMATOL.	CHD17	11.495	11.495	286	2.804	4.991	8.670	460	11	0	10	0	18	17	5	15

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
S.S.RADIOLOGIA 4/diagnostica	CLA03	3	3	0	0	0	0	30	3	0	0	0	6	0	0	0
S.S.RADIOLOGIA 5/diagnostica	CLA04	42	42	0	0	0	0	673	42	0	0	0	2	2	0	0
S.S.RADIOTERAPIA ESTERNA	CLA05	341	341	0	0	0	0	5.082	341	0	0	0	2	3	0	0
S.S.BRACHITERAPIA	CLA06	4	4	0	0	0	0	158	4	0	0	0	2	5	0	0
Totali Dip/Ist		6.992	4.783	213	2.307	0	0	31.605	2.477	0	0	2.208	42	93	27	0
CLB ISTITUTO ANESTESIOLOGIA																
ISTITUTO ANESTESIOLOGIA	CLB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	36	0	0
DIV.ANESTESIOL.E RIANIMAZIONE	CLB01	9.462	8.743	433	7.631	0	0	4.022	623	30	459	719	37	42	15	0
S.S.ANESTESIA 2	CLB02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
S.S.ANESTESIA 3	CLB03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
S.S.ANESTESIA 4	CLB04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
S.S.ANESTESIA ODONTOSTOMATOLOGICA	CLB05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
S.S.TERAP.ANTALGICA	CLB06	1	1	0	0	0	0	27	1	0	0	0	1	0	0	0
S.S.TOSSICOLOGIA D'URGENZA	CLB07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
S.S.ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA	CLB08	148	148	0	0	0	0	3.244	146	2	0	0	2	0	0	0
S.S.TERAPIA INTENSIVA (pronto soccorso)	CLB09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
S.S.ANESTESIA 5	CLB10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
S.S.CONSULTAZ.AMB.ANEST.	CLB11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Totali Dip/Ist		9.611	8.892	433	7.631	0	0	7.293	770	32	459	719	84	78	15	0
CXX DIPARTIMENTO MEDICINA SPERIMENTALE																
S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 1	CHD01	315	42	0	0	0	0	265	12	30	0	273	4	8	0	0
S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 2	CHD02	1.051	50	0	0	0	0	740	26	25	0	1.001	5	4	0	0
S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 3	CHD03	251	10	0	0	0	0	246	10	0	0	241	5	4	0	0
S.S.ANATOMIA/ISTOL.PATOLOGICA 4	CHD04	221	23	0	0	0	0	300	13	10	0	198	4	4	0	0
S.S.ANATOMIA/PATOLOGICA 5	CHD05	301	49	0	0	0	0	567	27	23	0	252	7	6	0	0

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

Azienda Policlinico Umberto I

Sintesi della Produttività anno 2000 - Ricavi in Lire/milioni

UNITA' FUNZIONALE		Valore Totale Attivita'	Ricavi Diretti	Ricoveri Ordinari		Day Hospital		Ambul. Esterni		Fattur	Altri Ricavi	Valore Attiv Interna	Personale e Posti Letto			
				Attività	Ricavi	Attività	Ricavi	Attività	Ricavi				San.Lau.	Altro Pers.	PL.Ord	PL.DH
Totali Dip/Ist		17.672	12.617	*158*	1.193	*1.812*	6.029	*95.029*	3.446	119	1.831	5.055	146	210	12	16
H01	**ACCETTAZIONE CENTRALE**															
ACCETTAZIONE CENTRALE	H01	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	38	69	0	0
S.S.ACCETTAZIONE-PREOSPEDALIZZAZIONE *	H0101	114	57	*0*	0	*0*	0	*2.652*	57	0	0	57	4	18	0	0
DIV.OSSERVAZIONE DONNE	H0102	3.330	3.330	*764*	3.330	*0*	0	*0*	0	0	0	0	15	34	8	0
DIV.OSSERVAZIONE UOMINI *	H0103	3.221	3.221	*632*	3.221	*0*	0	*0*	0	0	0	0	12	27	8	0
S.S. CONSUL. INTERN. CHIR.URG.	H0104	0	0	*0*	0	*0*	0	*0*	0	0	0	0	0	0	0	0
S.A.URGENZE MINORI	H0105	4	4	*0*	0	*0*	0	*152*	4	0	0	0	0	0	0	0
Totali Dip/Ist		6.670	6.612	*1.396*	6.551	*0*	0	*2.804*	61	0	0	57	69	148	16	0
423	***Totale Generale***		416.903	*48.549*	309.736	*28.474*	50.220	*1.551.072*	46.056	1.083	9.807	82.302	1.816	3.993	1.639	270

Fattur. = *Prestazioni fatturate a terzi*
San. Lau = *Personale Sanitario Laureato*
Altro Pers. = *Altre Categorie di Personale*
PL.Ord = *Posti Letto Ordinari*
PL. DH = *Posti Letto Day Hospital*

PAGINA BIANCA

ALLEGATO G
(Sub allegato 4)

ALL. 2

CONFRONTO ATTIVITÀ DI RICOVERO
1° SEMESTRE '99 - 1° SEMESTRE 2000

PAGINA BIANCA

AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I

CONFRONTO ATTIVITA' DI RICOVERO 1° SEMESTRE 2000 - 1999

PRODUZIONE DI RIFERIMENTO	I semestre 2000		I semestre 1999		Variazione %	
	Valore	DRG	Valore	DRG	Valore	DRG
ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO						
N° RICOVERI REGIME ORDINARIO	25655	31634,68	28851	36288,12	-11,08%	-12,82%
N° casi accettati	22747	30135,62	28571	36138,78	-20,38%	-16,61%
N° casi rifiutati	2908	1499,06	280	129,75	938,57%	1055,34%
N° ricoveri <= 1 giorno	3209	2489,07	4573	3788,42	-29,83%	-34,30%
N° ricoveri > 1 giorno entro la soglia	19538	27631,5	22840	30462,5	-14,46%	-9,29%
N° ricoveri > oltre la soglia	1125	1514,1	1438	2037,19	-21,77%	-25,68%
N° ricoveri <=1 giorno Chirurgici	236	300,07	359	428,99	-34,26%	-30,05%
N° ricoveri <=1 giorno Non Chirurgici	2731	2189,01	4214	3393,73	-35,19%	-35,50%
N° GIORNATE DI DEGENZA	276172		301058		-8,27%	
N° Giornate di degenza oltre la soglia	44323		57803		-23,32%	
DEGENZA MEDIA	10,76		10,43		3,16%	
Degenza media corretta	10,73		10,52		2,00%	
TASSO DI OCCUPAZIONE %	88,12		96,34		-8,53%	
INDICE DI TURN-OVER	1,45		0,39		272%	
INDICE DI ROTAZIONE	14,89		16,61		-10,36%	
PUNTO MEDIO	1,32		1,25		5,60%	
indice di attrazione fuori regione %	13		12,1		7,44%	
TASSO DI RIAMMISSIONE %						
INDICE DI OPERATIVITA' %	34,35		36,03		-4,66%	
N° MEDIO POSTI LETTO	1722		1736		-0,81%	

* tra le schede rifiutate sono incluse le 1730 non pervenute

PAGINA BIANCA

ALLEGATO G
(Sub allegato 5)

ALL. 5

ANALISI ATTIVITÀ AMBULATORIALE

PAGINA BIANCA

IL SIAS

Le attività relative al SIAS ebbero inizio nell'agosto 1998, dopo una lettera dell'Assessore Regionale che diffidava il Policlinico ad attivare nel più breve tempo possibile il sistema ed a trasmettere i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali, pena la sospensione delle già insufficienti anticipazioni mensili. La Regione Lazio aveva iniziato a sollecitare oltre un anno prima, intorno al maggio 1997, gli erogatori perché organizzassero la raccolta e la trasmissione delle informazioni. Il Policlinico non aveva fatto praticamente nulla di quanto richiesto e, a maggio 1998, aveva risposto all'ennesimo sollecito con una lettera che diceva all'incirca "...siamo spiacenti ma, per problemi organizzativi, non siamo in grado di soddisfare la richiesta...". Il gruppo di lavoro a suo tempo costituito era riuscito, in 15 mesi, ad installare presso 8 casse il sistema informatico e mancava del tutto la gestione coordinata delle informazioni.

Nell'agosto 1998 si avviò la raccolta dei dati 1998 e, in parallelo, l'informatizzazione delle casse ticket.

Entro il febbraio 1999 si riuscì a documentare parzialmente l'attività del 1998, consentendo alla Regione di assegnare una pur inadeguata RCR (Remunerazione Complessiva di Riferimento). A luglio 1999 si giunse ad allinearsi alle scadenze temporali prescritte dalla Regione per l'invio dei flussi. Per tutto il 1999 proseguì l'attività di informatizzazione delle casse, fino ad averne automatizzate 26 su 36, migliorando progressivamente la qualità delle informazioni. Il tutto fu realizzato utilizzando esattamente le stesse risorse impiegate nella prima fase, antecedente il luglio 1998.

Tutto ciò consentì al Policlinico di conquistare, già per il 1999, il **primo posto in Regione Lazio tra gli erogatori** di prestazioni ambulatoriali, come attestato dal rapporto pubblicato dall'ASP. Le attività ambulatoriali complessivamente consuntivate per il **1999 ammontarono a 1,3 milioni di prestazioni per L. 39,3 miliardi** a valore nominale.

Il lavoro proseguì nel **2000** con l'affinamento del sistema e con una continua opera di sensibilizzazione degli operatori, consentendo di migliorare ulteriormente i risultati – furono superati i **45,2 miliardi di lire con 1,55 milioni di prestazioni** – e, importante per le finalità del Controllo di Gestione, la precisione nell'attribuzione dei ricavi alle Unità Operative.

Parallelamente, tra la fine del 1998 e l'inizio del 1999, fu realizzata, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, un'attività di revisione e messa a punto del tariffario, che portò alla definizione di alcune centinaia di assimilazioni ed alla richiesta di autorizzazione per oltre 50 nuove prestazioni. La Regione ci autorizzò alla fine del 1999 e, per il 2000, furono documentate per la prima volta tali attività.

Nel giugno 2000 producemmo, con le informazioni allora disponibili, una versione provvisoria del **"Catalogo delle prestazioni ambulatoriali"**, che indicava per ogni prestazione le U.O. erogatrici, chiedendo ai responsabili di comunicare le eventuali rettifiche. Siamo ora quasi pronti a stampare e distribuire la prima versione ufficiale del documento.

Nel **primo trimestre 2001** i risultati dell'attività ambulatoriale sono ulteriormente migliorati. Rispetto al primo trimestre 2000 si è registrato un **incremento** del 2,5% nel numero di prestazioni erogate – passate da 426.713 a 437.475 – e **dell'8,7% in valore** – da L. 12.406 milioni a L. 13.484 milioni – marcando un'apprezzabile crescita del peso medio.

Azienda Policlinico Umberto I

Attività ambulatoriale per esterni - primi 5 erogatori in Regione Lazio

	1999 (pubblicazione ASP) N° prestazioni	2000 (dal sito Internet ASP) N° prestazioni
Policlinico Umberto I	1.257.205	1.521.015
Policlinico Gemelli - Columbus	1.194.327	1.328.869
S. Camillo - Forlanini	786.330	984.516
S. Giovanni - Addolorata	655.043	666.496
Bambin Gesù Palidoro	582.330	689.602

Alle prestazioni registrate dall'ASP si aggiungono quelle che vengono trasmesse a parte (dialisi, prestazioni AIDS e STP, speciali). I totali del Policlinico Umberto I divengono così 1.367.952 per il 1999 e 1.551.072 per il 2000. Non sono noti i dati complessivi degli altri erogatori.

Tab. 3.1: Volume di prestazioni e pesi medi per soggetto erogatore e branca

906 - Umberto I°

Codice	Denominazione	Cod. Branca	Denominazione Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
120023	POL.UNIV. UMBERTO I	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	573.058	1,671
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	13.197	0,920
		08	Cardiologia	52.606	1,668
		09	Chirurgia generale	13.447	1,624
		12	Chirurgia Plastica	2.171	1,611
		19	Endocrinologia	24.267	0,980
		29	Nefrologia	4.361	1,347
		30	Neurochirurgia	1.458	0,990
		32	Neurologia	41.031	1,196
		34	Oculistica	47.572	0,997
		35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	19.447	0,928
		36	Ortopedia e Traumatologia	22.037	0,930
		37	Ostetricia e Ginecologia	36.356	1,043
		38	Otorinolaringoiatria	26.172	1,021
		40	Psichiatria	29.189	0,988
		43	Urologia	7.820	1,500
		52	Dermosifilopatia	31.546	1,122
		56	Medicina Fisica e Riabilitazione	46.550	1,784
		58	Gastroenterologia-Chirurgia ed Endoscopia Digest	16.959	1,169
		61	Diagnostica per Immagini - Medicina Nucleare	4.054	1,061
		64	Oncologia	8.763	0,846
		68	Pneumologia	11.205	1,066
		69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	62.982	1,154
		70	Radioterapia	9.100	0,999
		79	Risonanza Magnetica	2.107	0,961
		82	Anestesia	3.093	4,771
		99	Altro	146.657	0,520
120023				1.287.205	1,353

Tab. 3.1: Volume di prestazioni e pesi medi per soggetto erogatore e branca

901 - S.Camillo/Forlanini

Codice	Denominazione	Cod. Branca	Denominazione Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
002401	POLIAMBULATORIO SAN CAMILLO/FORLANINI	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	349.062	1,270
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	9.558	1,012
		08	Cardiologia	52.992	1,297
		09	Chirurgia generale	8.795	0,970
		12	Chirurgia Plastica	2.882	0,816
		19	Endocrinologia	9.956	1,261
		29	Nefrologia	769	0,281
		30	Neurochirurgia	1.828	1,128
		32	Neurologia	10.929	1,097
		34	Oculistica	20.604	1,146
		35	Odontostomatologia-Chirurgia maxillo-facciale	11.937	1,187
		36	Ortopedia e Traumatologia	23.612	1,037
		37	Ostetricia e Ginecologia	9.890	1,101
		38	Otorinolaringoiatria	29.548	1,163
		40	Psichiatria	4.333	0,984
		43	Urologia	7.577	1,123
		52	Dermosifilopatia	9.529	1,239
		56	Medicina Fisica e Riabilitazione	33.954	2,035
		58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digest	11.018	1,088
		61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	5.895	1,407
		64	Oncologia	1.358	1,162
		68	Pneumologia	16.809	1,123
		69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	76.177	1,471
		70	Radioterapia	19.182	1,184
		79	Risonanza Magnetica	4.079	0,957
		82	Anestesia	8.513	0,625
		99	Altro	45.544	1,317
002401				786.330	1,272

Tab. 3.1: Volume di prestazioni e pesi medi per soggetto erogatore e branca

902 - S.Giovanni/Addolorata

Codice	Denominazione	Cod. Branca	Denominazione Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
000101	AZIENDA OSPED. S.GIOVANNI / ADDOL.	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	351.642	1,258
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	13.980	0,935
		08	Cardiologia	19.308	1,189
		09	Chirurgia generale	12.770	0,785
		12	Chirurgia Plastica	1.372	1,400
		19	Endocrinologia	1.829	0,930
		29	Nefrologia	864	0,277
		30	Neurochirurgia	1.498	0,974
		32	Neurologia	4.112	1,302
		34	Oculistica	37.827	1,231
		35	Odontostomatologia-Chirurgia maxillo-facciale	1.414	0,820
		36	Ortopedia e Traumatologia	20.450	0,968
		37	Ostetricia e Ginecologia	14.437	0,994
		38	Otorinolaringoiatria	10.932	0,957
		40	Psichiatria	1.874	1,076
		43	Urologia	7.781	0,980
		52	Dermosifilopatia	13.125	0,967
		56	Medicina Fisica e Riabilitazione	43.822	2,067
		58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digest	3.954	1,424
		64	Oncologia	1.993	1,025
		68	Pneumologia	6.901	1,028
		69	Diagnostica per Immagini - Radiologia Diagnostica	38.101	1,575
		70	Radioterapia	7.903	1,078
		79	Risonanza Magnetica	30	1,361
		82	Anestesia	8.045	0,500
		99	Altro	29.481	1,332
000101				665.043	1,281

Tab. 3.1: Volume di prestazioni e pesi medi per soggetto erogatore e branca

004 - Bambino Gesù

Codice	Denominazione	Cod. Branca	Denominazione Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
	POLIAMBULATORI				
600501	BAMBIN GESU'/PALIDORO	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	330.008	1,326
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	2	1,528
		08	Cardiologia	35.586	1,190
		12	Chirurgia Plastica	68	0,384
		32	Neurologia	5.447	1,542
		34	Oculistica	15.525	0,899
		35	Odontostomatologia-Chirurgia maxillo-facciale	8.146	1,014
		36	Ortopedia e Traumatologia	33.980	1,142
		37	Ostetricia e Ginecologia	1.182	0,810
		38	Otorinolaringoiatria	10.297	0,862
		40	Psichiatria	119	1,180
		43	Urologia	59	0,634
		52	Dermosifilopatia	4.169	1,345
		56	Medicina Fisica e Riabilitazione	19.078	1,255
		58	Gastroenterologia-Chirurgia ed Endoscopia Digest	1.808	1,414
		68	Pneumologia	2.654	1,148
		69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	25.714	0,924
		79	Risonanza Magnetica	41	1,132
		82	Anestesia	55	0,179
		99	Altro	87.398	0,004
600501				582.330	1,197

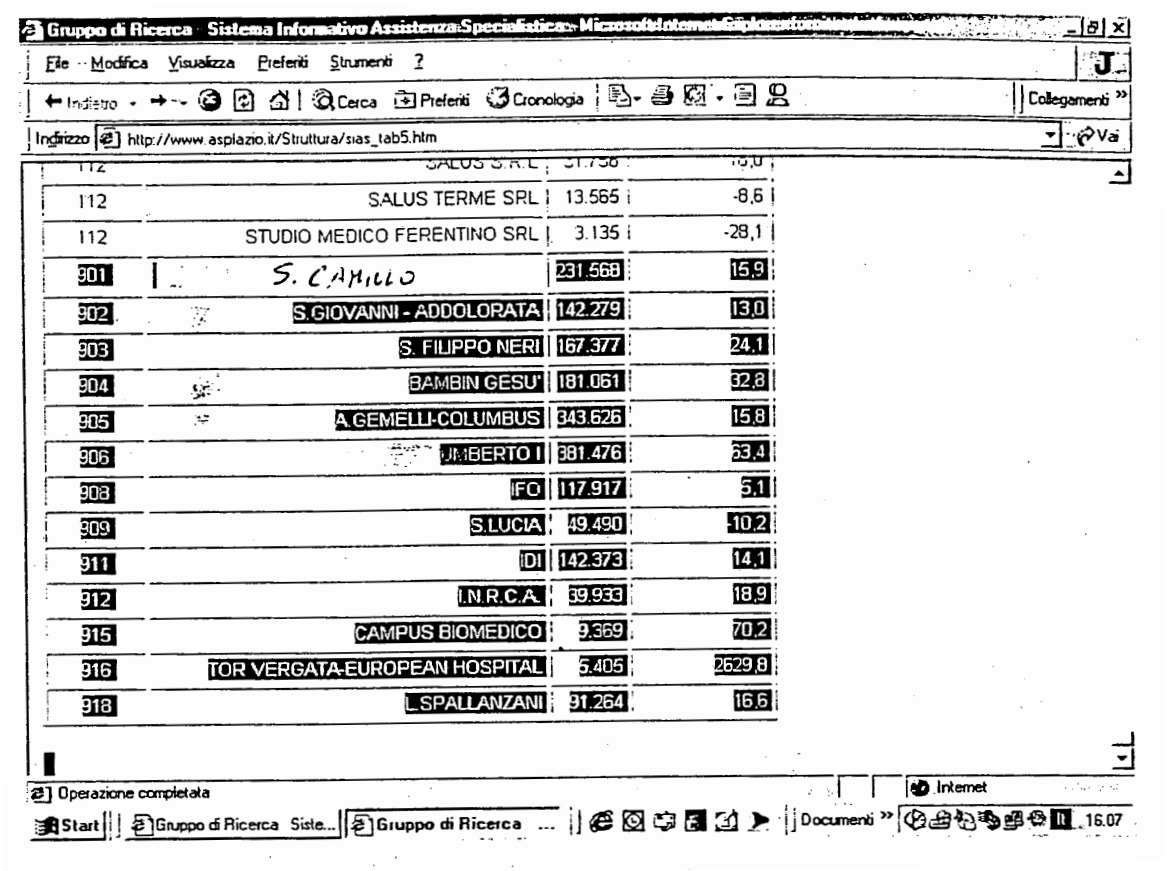
Tab. 3.1: Volume di prestazioni e pesi medi per soggetto erogatore e branca

905 - Gemelli

Codice	Denominazione	Cod. Branca	Denominazione Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
120067	POL UNIV. A. GEMELLI	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	652.383	1,442
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	12.471	1,210
		08	Cardiologia	19.044	1,401
		09	Chirurgia generale	19.495	1,111
		12	Chirurgia Plastica	3.353	0,763
		19	Endocrinologia	3.351	1,169
		29	Nefrologia	2.078	3,967
		30	Neurochirurgia	894	0,772
		32	Neurologia	19.440	1,169
		34	Oculistica	23.563	1,096
		35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	16.655	0,609
		36	Ortopedia e Traumatologia	18.698	0,941
		37	Ostetricia e Ginecologia	19.773	1,088
		38	Otorinolaringoiatria	22.815	0,979
		40	Psichiatria	15.812	0,972
		43	Urologia	4.271	1,316
		52	Dermosifilopatia	20.402	0,741
		56	Medicina Fisica e Riabilitazione	56.469	1,294
		58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digest	20.578	0,606
		61	Diagnostica per Immagini - Medicina Nucleare	10.251	0,759
		64	Oncologia	1.246	0,903
		68	Pneumologia	7.662	1,334
		69	Diagnostica per Immagini - Radiologia Diagnostica	47.990	1,341
		70	Radioterapia	22.692	1,077
		79	Risonanza Magnetica	251	1,085
		82	Anestesia	1.886	0,633
		99	Altro	34.462	1,443
120067				1.077.986	1,313
120164	COLUMBUS	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	63.133	0,925
		05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	330	1,567
		08	Cardiologia	2.525	1,397
		09	Chirurgia generale	209	1,405
		12	Chirurgia Plastica	15	1,520
		29	Nefrologia	602	4,419
		30	Neurochirurgia	64	0,733
		32	Neurologia	456	3,324
		34	Oculistica	3.036	1,017
		36	Ortopedia e Traumatologia	559	1,328
		37	Ostetricia e Ginecologia	2.228	0,940
		38	Otorinolaringoiatria	240	0,786
		43	Urologia	5	1,802
		52	Dermosifilopatia	984	0,698
		56	Medicina Fisica e Riabilitazione	14.095	0,982
		58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digest	600	1,331
		61	Diagnostica per Immagini - Medicina Nucleare	886	0,795
		68	Pneumologia	1.448	1,472
		69	Diagnostica per Immagini - Radiologia Diagnostica	9.607	1,430

Codice	Denominazione	Cod. Branca	Denominazione Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
		70	Radioterapia	2.103	0,724
		99	Altro	13.217	1,505
120164				116.342	1,530

Totale Gemelli	Cod. Branca	N° Prestazioni	Peso Medio
	00	715.516	1,396
	05	12.801	1,219
	08	21.569	1,400
	09	19.704	1,114
	12	3.368	0,768
	19	3.351	1,169
	29	2.680	4,069
	30	958	0,769
	32	19.898	1,218
	34	26.598	1,087
	35	18.655	0,609
	36	19.257	0,952
	37	22.001	1,073
	38	23.055	0,977
	40	15.812	0,972
	43	4.278	1,317
	52	21.386	0,739
	56	70.564	1,232
	58	21.178	0,628
	61	11.137	0,761
	64	1.246	0,903
	68	9.110	1,356
	69	57.597	1,356
	70	24.785	1,047
	79	251	1,085
	82	1.886	0,633
	99	47.679	1,460



Gruppo di Ricerca - Sistema Informativo Assistenza Specialistica - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Cerca Preferiti Cronologia Collegamenti

Indirizzo http://www.asplazio.it/Struttura/sias_tab5.htm Vai

112	SALUS TERME SRL	13.565	-8,6
112	STUDIO MEDICO FERENTINO SRL	3.135	-28,1
901	S. CAMILLO	231.568	15,9
902	S.GIOVANNI - ADDOLORATA	142.279	13,0
903	S. FILIPPO NERI	167.377	24,1
904	BAMBIN GESU'	181.061	32,8
905	A.GEMELLI-COLUMBUS	343.626	15,8
906	UMBERTO I	381.476	63,4
908	IFO	117.917	5,1
909	S.LUCIA	49.490	-10,2
911	DI	142.373	14,1
912	I.N.R.C.A.	39.933	18,9
915	CAMPUS BIOMEDICO	9.369	70,2
916	TOR VERGATA-EUROPEAN HOSPITAL	5.405	2629,8
918	L.SPALLANZANI	91.264	16,6

Operazione completata

Internet

Start Gruppo di Ricerca Siste... Gruppo di Ricerca ... Documenti 16.07

903	CENTRO MEDICO POLISP. ADITERM	Privato	486	-39,5
401	POLIAMBULATORIO SAN CAMILLO/FORLANINI	Aziende Ospedaliere	273.395	181,7
101	AZIENDA OSPED. S.GIOV./ADDOL.	Aziende Ospedaliere	181.345	-3,5
001	S. FILIPPO NERI	Aziende Ospedaliere	65.767	-29,1
002	PADIGLIONE XIV	Aziende Ospedaliere	2.258	76,8
003	S. ANDREA	Aziende Ospedaliere	23.205	-3,5
004	VALLE FIORITA	Aziende Ospedaliere	4.386	3,8
005	SALUS INFIRMORUM	Aziende Ospedaliere	12.356	-33,4
501	POLIAMBULATORI BAMBIN GESU`/PALIDORO	IRCCS	174.746	16,1
067	POL.UNIV. A. GEMELLI	Policlinici Universitari	275.554	-13,0
164	COLUMBUS	Policlinici Universitari	70.363	-
023	POL.UNIV. UMBERTO I	Policlinici Universitari	344.915	-5,5
201	POLIAMB. S. GALLICANO	IRCCS	40.026	-0,9
201	POLIAMB. REGINA ELENA	IRCCS	70.674	-3,2
300	I.R.C.C.S. S. LUCIA	IRCCS	49.922	-5,7
400	I.D.I.	IRCCS	122.131	10,3
700	VILLA PAOLA-I.D.I.	IRCCS	28.595	4,7
300	INRCA	IRCCS	38.240	0,4
511	CAMPUS BIOMEDICO	Policlinici Universitari	8.997	34,4
73	EUROPEAN HOSPITAL	Policlinici Universitari	278	27,5
46	CALVARY HOSPITAL	Policlinici Universitari	1.643	-
01	POLIAMBULATORIO SPALLANZANI	IRCCS	93.791	16,9

112	LAB. ANALISI CLIN. S. MARCO	Privato Accreditato	10.606	0.0%
901	POLIAMBULATORIO SAN CAMILLO/FORLANINI	Azienda Ospedaliera	220.503	9.2%
902	AZIENDA OSPED. S.GIOV./ADDOL.	Azienda Ospedaliera	151.861	-0.9%
903	VALLE FIORITA	Azienda Ospedaliera	4.620	-1.5%
903	SALUS INFIRMORUM	Azienda Ospedaliera	10.192	-30.0%
903	PADIGLIONE XIV	Azienda Ospedaliera	2.899	157.0%
903	S. ANDREA	Azienda Ospedaliera	25.854	9.1%
903	S. FILIPPO NERI	Azienda Ospedaliera	57.850	-19.3%
904	POLIAMBULATORI BAMBIN GESU'/PALIDORO	IRCCS	149.001	12.4%
905	COLUMBUS	Policlinico Universitario	53.029	1.6%
905	POL.UNIV. A. GEMELLI	Policlinico Universitario	227.110	12.7%
906	POL.UNIV. UMBERTO I	Policlinico Universitario	366.582	18.8%
908	POLIAMB. S. GALLICANO	IRCCS	28.655	-17.2%
908	POLIAMB. REGINA ELENA	IRCCS	70.135	6.5%
909	I.R.C.C.S. S. LUCIA	IRCCS	39.095	-4.4%
911	I.D.I.	IRCCS	102.082	12.8%
911	VILLA PAOLA - I.D.I.	IRCCS	28.305	14.8%
912	INRCA	IRCCS	30.278	-0.3%
915	CAMPUS BIOMEDICO	Policlinico Universitario	7.075	22.5%
916	EUROPEAN HOSPITAL	Policlinico Universitario	226	6.1%
918	POLIAMBULATORIO SPALLANZANI	IRCCS	86.910	22.7%

Data ultimo aggiornamento 25/01/01
Aggiornato da ASP Lazio

indietro

Volumi di produzione per soggetto erogatore - IV trimestre

Azienda	Denominazione s.e.	Rapporto	2.000	Diff 1999 (%)
901	POLIAMBULATORIO SAN CAMILLO/FORLANINI	Azienda Ospedaliera	259.050	-9,5%
902	AZIENDA OSPED. S.GIOV./ADDOL.	Azienda Ospedaliera	191.011	2,2%
903	VALLE FIORITA	Azienda Ospedaliera	11.829	72,3%
903	S. FILIPPO NERI	Azienda Ospedaliera	148.164	66,5%
903	S. ANDREA	Azienda Ospedaliera	55.991	70,2%
903	PADIGLIONE XIV	Azienda Ospedaliera	7.121	166,4%
903.	SALUS INFIRMORUM	Azienda Ospedaliera	29.576	52,5%
904	POLIAMBULATORI BAMBIN GESU'/PALIDORO	IRCCS	184.794	15,0%
905	COLUMBUS	Policlinico Universitario	67.319	4,9%
905	POL.UNIV. A. GEMELLI	Policlinico Universitario	291.868	17,5%
906	POL.UNIV. UMBERTO I	Policlinico Universitario	428.042	25,5%
908	POLIAMB. REGINA ELENA	IRCCS	81.052	2,4%
908	POLIAMB. S. GALLICANO	IRCCS	52.022	27,9%
909	I.R.C.C.S. S. LUCIA	IRCCS	48.726	-5,1%
911	I.D.I.	IRCCS	121.709	15,3%
911	VILLA PAOLA - I.D.I.	IRCCS	27.551	8,2%
912	INRCA	IRCCS	37.376	7,8%
915	CAMPUS BIOMEDICO	Policlinico Universitario	9.332	14,5%
916	EUROPEAN HOSPITAL	Policlinico Universitario	207	-21,9%
918	POLIAMBULATORIO SPALLANZANI	IRCCS	100.994	21,6%

Data ultimo aggiornamento 06/04/01
Aggiornato da ASP Lazio

PAGINA BIANCA

ALLEGATO G
(Sub allegato 6)

Azienda Policlinico Umberto I°
Roma

Il Direttore Generale

PROT. 142
POS. 1.2.1.

Roma, 1 febbraio 2000

Cons. Lionello COSENTINO
Assessore Salvaguardia
e Cura della Salute
REGIONE LAZIO

Prof. Giuseppe D'ASCENZO
Magnifico Rettore
Università "La Sapienza"

E' con piacere che Vi invio la bozza del Piano Strategico dell'Azienda Policlinico Umberto I, ai sensi degli artt. 7 e 15 del Protocollo d'Intesa da Voi sottoscritto il 3 agosto 1999 ed avente ormai forza in virtù della L. 453 del 3 dicembre 1999.

Il Piano si compone dei quattro documenti previsti ed è stato realizzato dalla Direzione aziendale con la collaborazione del Dipartimento ITACA della Facoltà di Architettura dell'Università, che ha curato il documento n. 3.

Ovviamente, adesso il Piano Strategico Aziendale (P.S.A.) dovrà ottenere, per il tramite dell'Università, il parere obbligatorio - ma non vincolante - che la I^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dovrà rendere entro 30 giorni, a partire dal 2 febbraio 2000.

Vi sarei, tuttavia, grato se voleste farmi avere proposte e suggerimenti, ma soprattutto critiche, che esaminerò con grande attenzione prima di approvare definitivamente il Piano entro i primi di marzo.

Stante la importanza della fase di avvio della nuova Azienda, sono assolutamente convinto che la pianificazione aziendale possa meglio modificare la realtà quanto più è "conosciuta e condivisa", e, pertanto, nella prossima settimana presenterò la proposta ai Professori ed al Personale.

Vorrei richiamare l'attenzione sul fatto che il riequilibrio economico del Policlinico non si può ottenere con una mera operazione di "lifting", ma richiede un intervento rigoroso ed equo, ma anche che incida in profondità nella struttura e nelle consuetudini.

Occorrerà, infine, accelerare il confronto con il Comune di Roma per gli aspetti che lo riguardano, ma più in generale con Governo ed Istituzioni competenti, per consolidare la disponibilità ad intervenire finanziariamente, più volte ribadita, e ad accompagnare il processo di riorganizzazione dell'ospedale.

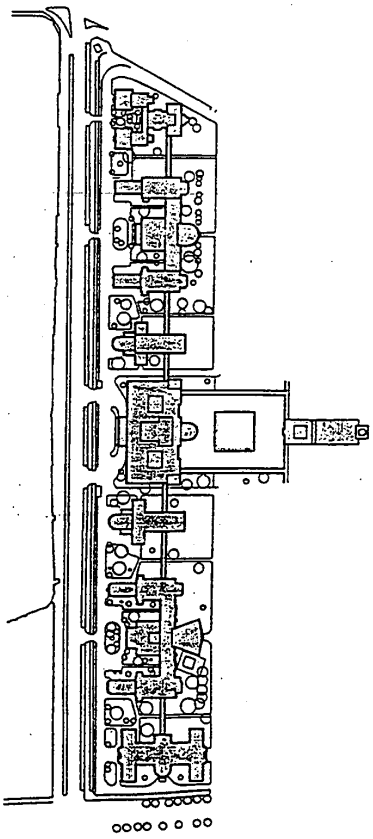
Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma - Tel. 064997(...rtita I.V.A. 05865511009

3- Progetto di riorganizzazione architettonica e ambientale.

3.1.- Il sistema urbano.

La proposta progettuale del nuovo assetto

Il nuovo assetto proposto persegue una strategia finalizzata alla apertura verso la città dell'intero sistema del Policlinico, oggi caratterizzato dall'implosione e dalla chiusura verso l'esterno; Questa apertura alla città è attuabile alla condizione che il Policlinico diventi un luogo urbano, capace di stabilire un sistema di relazioni con il suo intorno e di acquisire quella "permeabilità' controllata che lo faccia diventare un pezzo di città non isolato. A tale fine si stabiliscono alcuni "luoghi" come elementi principali della proposta di riassetto: l'"agorà", il sistema degli edifici del Podesti, il sistema dei padiglioni delle degenze", il sistema delle grandi tecnologie, i padiglioni nel parco.
- "l'agorà", ovvero la nuova piazza localizzata intorno all'area oggi occupata dall'edificio delle cucine, che diviene vero e proprio fulcro del nuovo sistema. Essa è immaginata come luogo dell'orientamento, che annulli il senso di "spaesamento" che oggi assale il fruitore del complesso. La valorizzazione di questo luogo avviene mediante la restituzione del suo perimetro: la facciata neoclassica del complesso della cappella; al lato opposto il fronte posteriore dell'edificio centrale del sistema originario del Podesti; perpendicolarmente a questi, i due margini costituiti da i due collegamenti aerei dei percorsi sopraelevati, che poggiano sulle strutture puntuali dei pilastri in ghisa .
Gli interventi proposti su quest'area sono:
- la valorizzazione e "la reintegrazione dell'immagine" di questi elementi sono il primario obiettivo dell'intervento;
- l' eventuale recupero vecchio sistema delle centrali come "stazione" di accesso;
- al centro dell'agorà sono auspicati due scenari: uno più radicale, in cui, al posto dell'edificio destinato alle cucine, si apra una corte, nuovo "core" a verde del Policlinico, su cui si affaccino gli spazi del piano seminterrato, destinati alle attività di diagnosi; un secondo scenario, improntato ad una logica più conservativa, in cui l'edificio delle cucine viene rifunzionalizzato e, attraverso un intervento di "restyling" acquisisca il carattere di "torre civica" della piazza. In entrambi i casi si può immaginare una copertura leggera parziale o totale che trasformi il luogo in una piazza coperta.



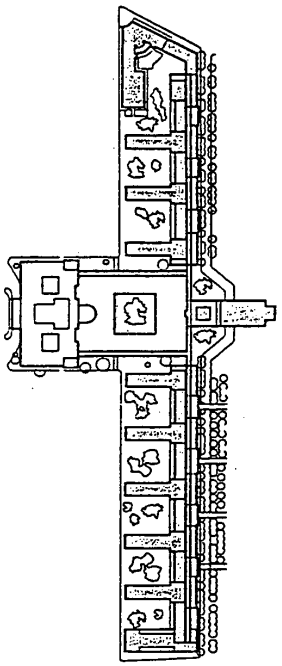
"Il Sistema degli edifici del Podesti"

Il lungo fronte su via del Policlinico rappresenta il prospetto nobile del complesso. La presenza delle mura e della grande galleria verde di platani alternati a tigli fanno dell'asse di via del Policlinico un pezzo di particolare fascino e valore, non solo di pertinenza del Policlinico, Del "comparto Policlinico, ma in diretta relazione con le altre aree "forti" dell'intero comparto urbano: la Biblioteca nazionale e la città universitaria.
Gli interventi proposti per questa fascia di edifici hanno il sostanziale obiettivo di restituire il carattere del sistema originario e di accrescerne la potenziale permeabilità oggi di difficile comprensione:
-valorizzazione degli edifici del Podesti, attraverso un graduale ripristino e restauro della condizione originaria tipologica e dei fronti, attraverso la progressiva demolizione delle superfetazioni riconosciute come non originali o non integrate all'impianto originario.

- valorizzazione e riqualificazione ambientale dei giardini "classici", attraverso la reintegrazione del verde originario;
- valorizzazione di Viale del Policlinico, attraverso la parziale pedonalizzazione delle aree a ridosso delle Mura, nuova potenziale *promenade* attrezzata tra la biblioteca nazionale e la città universitaria.

Da un punto di vista funzionale, il Sistema degli edifici del Podesti appare idoneo ad accogliere non solo le attività legate alla didattica e alla ricerca, ma proprio per la sua dignità monumentale, alcune funzioni di rappresentanza e di foresteria legate a iniziative dell'ateneo nell'ambito di convegni e meeting.

Il sistema delle degenze



A lati destro e sinistro della complesso della cappella e delle centrali, si articola il sistema a pettine dei padiglioni delle degenze. Per questo sistema si propone il completamento delle aree intercluse tra padiglione e padiglione, al fine di costituire un sistema unitario, con un fronte continuo rivolto verso il nuovo asse di attraversamento trasversale (cfr. Il sistema della mobilità e dei parcheggi) e l'altro costituito dall'alternarsi di corti a verde. Nella parte rivolta verso il padiglione del podesti si costituisce così un'alternarsi di spazi "intimi a verde" di pertinenza delle degenti e dei fruitori degli edifici per la didattica e alla ricerca. Il carattere di questa parte del complesso è quello intimo della tradizione.

Gli interventi proposti consistono quindi in:

- completamento delle aeree intercluse tra le tesate dei padiglione con un sistema edilizio che sulle corti mantenga il carattere dei prospetti dei padiglioni preesistenti, mediante la riproposizione degli "spartiti architettonici": bucature; fasce marcapiano, tetto a falde";
- adeguamento funzionale dei padiglioni preesistenti con unificazione dei prospetti e dei livelli interni;
- adeguamento degli edifici di testata su via Lancisi e Viale dell'Università attraverso interventi di rifunzionalizzazione e "restyling".

Il sistema delle degenze rappresenta un livello intermedio di integrazione tra vecchio e nuovo, filtro intermedio tra la caratterizzazione storica del Sistema degli edifici del Podesti e i nuovi interventi previsti nel Sistema delle grandi tecnologie.

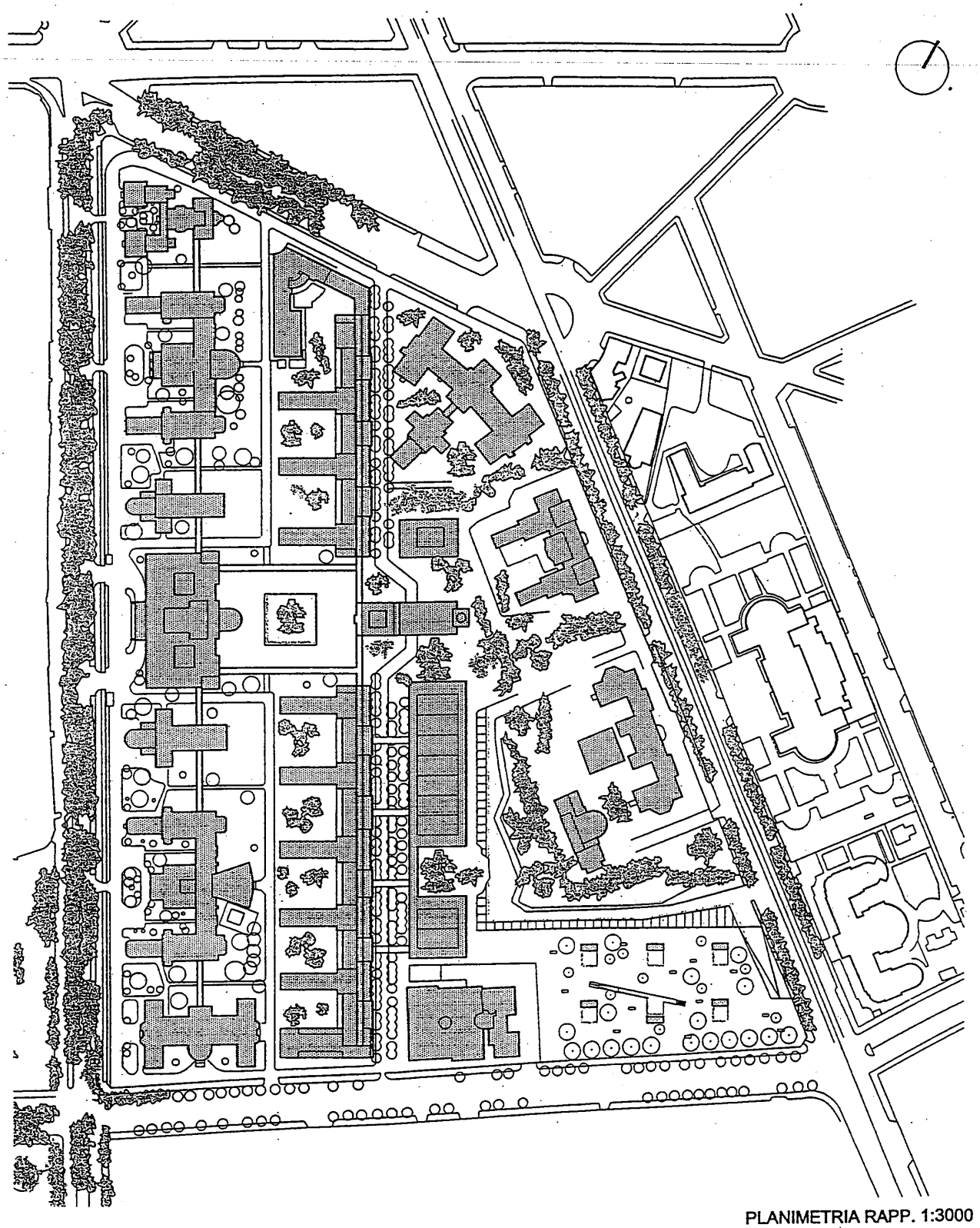
Il sistema delle grandi tecnologie

Parallelamente al fronte continuo delle degenze viene costituito il nuovo sistema delle "grandi tecnologie" che va a sostituire un complesso di manufatti ritenuti inadeguati dal punto di vista tipologico e dimensionale ad accogliere quelle funzioni della "macchina ospedaliera" (diagnosi, sale operatorie, ambulatori caratterizzate dall'uso di sistemi tecnologici complessi e mutevoli.

Il modello di assetto architettonico e urbanistico proposto è duplice.

Le due soluzioni hanno, però in comune tre aspetti:

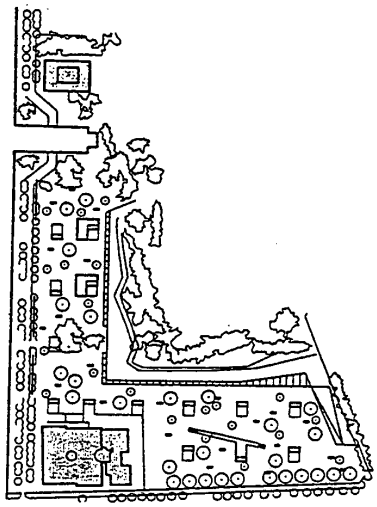
- il tentativo di integrazione con il verde preesistente;
- il tentativo di proporre una relazione con il fronte continuo delle degenze che escluda il modello di strada corridoio, ma che sia caratterizzato dalla permeabilità e l'apertura verso il Sistema dei padiglioni nel Parco e Viale Regina Elena;
- l'organizzazione morfotipologica dei due sistemi tiene in considerazione l'esigenza di una domanda flessibile e mutevole nel tempo degli spazi destinati ad accogliere le attività ospedaliere speciali", aspetto oggi non più espletato dai manufatti preesistenti.



PLANIMETRIA RAPP. 1:3000
IPOTESI DI PROGETTO B

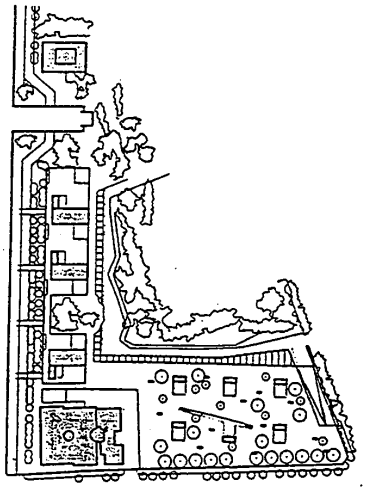
Tenendo in considerazione questi presupposti comuni, sono state elaborate due ipotesi di assetto alternative:

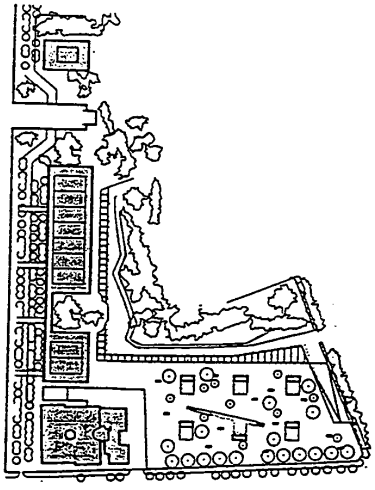
IPOTESI A - Il complesso degli spazi destinate alle attività di diagnosi, sale operatorie è organizzato in una piastra la cui copertura coincide con l'attuale piano di campagna; questo volume interrato è inerrotto da alcuni pati e corti interne e da tre volumi (30x12x6m) alti un piano che fuoriescono da questo e che contengono i sistemi di collegamento verticale e alcuni spazi destinati alle attività di diagnosi e su uno dei fronti lunghi si affaccia su un grande spazio aperto , anch'esso inerrato . Quest' ultimo attraverso una serie di lunghe rampe, raggiunge gli ingressi su Viale Regina Elena , che si trova ad una quota ancora inferiore. L'edifico ipogeo non si manifesta in maniera invadente, facendo prevalere la continuità del verde organizzato a parco fino al Viale Regina Elena. Poichè la quota del piano di campagna scende di sei metri dall' attuale quota zero nell' area dei padiglioni, fino al Viale Regina Elena, è possibile sfruttare questo salto di quota per orgaizzare dei parcheggi interrati dentro queso "zoccolo".

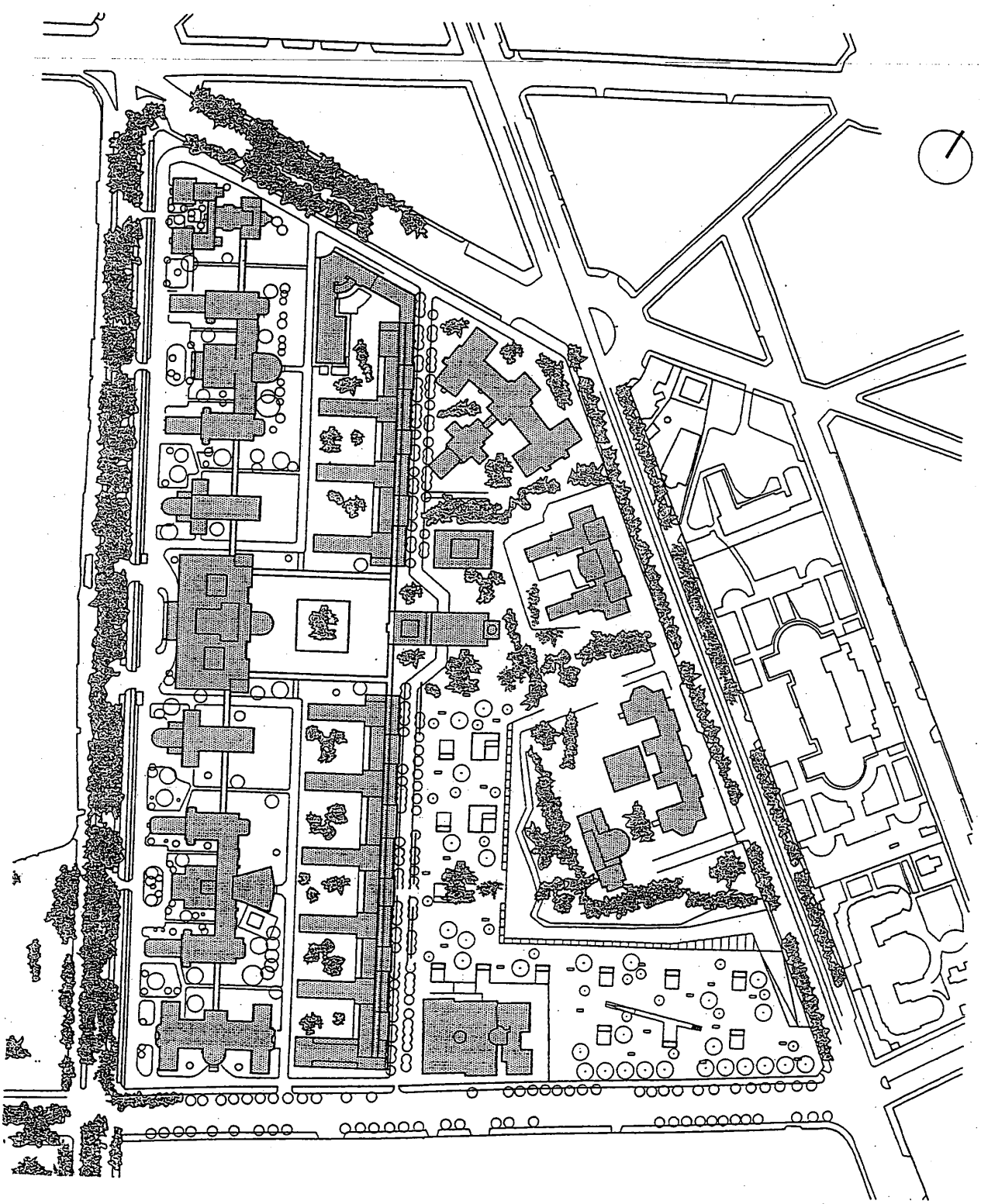


IPOTESI B - L'ipotesi B oltre che in autonomia può essere considerata come un completamento dell'ipotesi A; al modello di assetto precendente si aggiunge un grande volume sopraelevato contenente le sale operatorie, collegato in alcuni punti tramite passarelle aeree al sistema dei padiglioni delle degenze. Questo volume sospeso sul verde, poggia sui tre volumi che emergono dal piano interrato e si manifesta come elemento a forte valenza tecnologica.

Al di là del complesso della cappella e delle centrali, viene ipotizzata la localizzazione di un nuovo edificio , il "Mall" destinato ad accogliere i servizi al pubblico e strategicamente sistuato in relazione con la vicina stazione della metropolitana.







PLANIMETRIA RAPP. 1:3000
IPOTESI DI PROGETTO A

PIANO POLIENNALE PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO

(documento n. 4)

Il fatto stesso che Università e Regione abbiano convenuto sulla indispensabilità che la nuova Azienda elabori un piano poliennale per il raggiungimento dell'equilibrio economico dimostra la consapevolezza a livello istituzionale che l'equilibrio di gestione è un valore fondante per la nuova realtà, che attualmente esso non è raggiunto e che senza consistenti investimenti in risorse finanziarie (pubbliche e private) ed in riforme tecnico-gestionali esso non è raggiungibile.

I punti critici che hanno determinato, e che - se non affrontati - continueranno a determinare, il disavanzo di gestione del Policlinico sono: una bassa produttività complessiva e pro-capite, un eccesso di costi generali ed amministrativi, un elevato costo di manutenzione per la vetustà della struttura e delle attrezzature, un bassissimo livello di innovazione gestionale di processo ma anche - almeno in parte - di prodotto, una inefficienza ed onerosità di un'organizzazione amministrativa che non si è adeguata alle nuove modalità adottate dal S.S.N. e che non ha saputo utilizzare l'aziendalizzazione come leva per il cambiamento.

I documenti e le analisi effettuate nel periodo di amministrazione straordinaria (Note operative del maggio 1998 – Piano di risanamento del febbraio 1999 – Piano di sviluppo del giugno 1999) hanno dettegliatamente analizzato i fattori critici determinanti il disavanzo e ad essi si rinvia. Tali analisi sono state tuttavia riconsiderate nella elaborazione del presente Piano strategico.

In sintesi, il Policlinico è un ospedale con altissimi costi di personale (nonostante non sostenga gli oneri per la retribuzione base del personale universitario assegnatogli funzionalmente), di consumi e di gestione ed una produttività complessivamente inferiore al 50% del valore ottenibile. Questa situazione, nel tempo, rischia ovviamente di compromettere anche la qualità del prodotto di ricerca e formazione fornito dalla Facoltà.

Un equilibrio di gestione, pertanto, si deve raggiungere sia incrementando la produttività per operatore e complessiva nell'ambito dei tetti di prestazioni definiti dalla Regione e dal P.S.N. e sia agendo sulla razionalizzazione e sul contenimento dei costi di gestione utilizzando anche nuove sperimentazioni gestionali che coinvolgano l'imprenditoria privata ma anche gli operatori.

L'equilibrio di gestione, tuttavia, è realisticamente perseguibile solo con interventi "consistenti" e strutturali, evitando la possibile tentazione di ricorrere ad un mero "lifting" che rinunci ad affrontare i veri nodi. Tra questi, occorre accelerare il processo di separazione dell'Azienda dall'Amministrazione universitaria. Troppe decisioni assunte autonomamente dall'Ateneo determinano costi ed oneri per la gestione del Policlinico.

Da un punto di vista metodologico si è proceduto - in primo luogo - a determinare l'andamento economico al tempo zero, individuato nell'anno 2000 che sarà impegnato per implementare la complessa azione di riforma del Policlinico ed avviare l'attuazione del PSA.
Nel 2000 si definirà, infatti, la nuova pianta organica e si stabilizzerà il precariato, si avvieranno i dipartimenti assistenziali ex comma 7 art. 3 d.lgs. 517/99 ed art. 9 del protocollo d'intesa Università-Regione approvato dall'art. 1 della L. 453/99 (i dipartimenti ad attività integrata e le strutture ex lettera d comma 2 art. 1 d.lgs. 517/99 verranno individuati successivamente); si acquisiranno i finanziamenti necessari, si avvierà la riorganizzazione dei processi operativi, sentite le OO.SS. si allocheranno gli operatori nel nuovo organico aziendale, si avvieranno le procedure per gli interventi di potenziamento tecnologico e di ristrutturazione.

Secondariamente, si sono definiti i valori attesi al 2003, ovvero dopo tre anni di operatività delle azioni previste. Infine, si sono definiti gli obiettivi intermedi tenendo conto soprattutto dell'effetto del trasferimento al S. Andrea di 422 P.L. e di altri decentramenti.

Il piano per il raggiungimento dell'equilibrio economico è, quindi, un insieme di requisiti esterni che le Istituzioni proprietarie devono garantire e di azioni interne tese a ridefinire, fin dalle attività più elementari, un nuovo modello gestionale ed operativo che ponga il paziente ed i suoi bisogni al centro del nuovo Policlinico.
Il nuovo Policlinico sarà un ospedale focalizzato sul paziente ed attento alla qualità ed all'appropriatezza dell'assistenza, per garantire supporto adeguato alla Facoltà di Medicina, nonché una gestione efficiente, efficace ed economica.

I requisiti esterni:

a. il bilancio aziendale dovrà farsi carico solo degli oneri assistenziali, i costi correnti per la didattica e ricerca dovranno essere rimborsati dall'Università sulla base di accordi preventivi;
b. la Regione dovrà garantire al Policlinico una erogazione piena e tempestiva di quanto dovuto per le attività assistenziali, ovvero autorizzare l'Azienda a ricorrere al credito accollandosi gli oneri finanziari;

c. la Regione dovrà concordare il bilancio preventivo con l'Azienda, così come già fa con le altre aziende regionali, garantendo il disavanzo programmato fino al raggiungimento dell'equilibrio di gestione;
d. l'Università e la Regione, d'intesa con le OO.SS., dovranno elaborare un piano per garantire al personale che non troverà allocazione nelle nuove piante organiche delle due Aziende S. Andrea ed Umberto I, ovvero in nuove sedi esterne (Terracina, Montecompatri, Società miste, etc.) il mantenimento degli attuali livelli retributivi fino al completo riassorbimento di tali contingenti di personale;
e. la Regione dovrà concordare con il Policlinico l'incremento dei tetti di prestazione (al netto del potenziale asssitenziale trasferito al S. Andrea), nonché nuovi centri di riferimento per consentire un pieno dispiegarsi del recupero di produttività, seppur in un piano di riduzione della struttura dell'offerta ed una variazione del suo mix, così come concordato con l'Università nel protocollo 3 agosto 1999;
f. l'Università dovrà in brevissimo tempo terminare di passare le consegne al Policlinico, nelle materie indicate dalla L. 453/1999.

Il piano delle azioni aziendali contempla interventi tesi ad agire quali-quantitativamente sui ricavi ma anche sui costi ed ha quale obiettivo l'ottimizzazione dei processi operativi e di supporto, da un lato, e, dall'altro, l'aumento della complessità della casistica trattata, con un incremento dei volumi di ricovero, day hospital e attività ambulatoriale nei confronti del bacino d'utenza sia regionale che extraregionale attraverso un piano strutturato di interventi, considerando sempre il trasferimento di attività e risorse all'Ospedale S. Andrea, nonché in altre sedi (Latina – Terracina). Non saranno, viceversa, presi in esame i risultati economici dell'attività di riabilitazione fino a quando la Regione non avrà dato il proprio assenso a questo nuovo filone di attività del Policlinico, che in ogni caso dovrà essere almeno in pareggio di gestione.

I principali interventi sui ricavi consistono:

1. nel migliorare la compilazione delle SDO per l'attività di degenza ordinaria e di day hospital e la rendicontazione dell'attività specialistica ambulatoriale
2. nel ridurre l'attuale degenza media dei ricoveri ordinari, esclusi quelli di durata = < a 24 ore, di 3.3 giorni all'anno (da 12.3 gg. a 9.0) entro il 2003
3. nel ridurre il numero di ricoveri di durata = < 24 ore con conversione a day hospital ed attività ambulatoriale

4. nel ridurre i casi di day-hospital internistici con accesso singolo
5. nell'incrementare la complessità della casistica trattata in day-hospital corrispondente alla classe 1 di inserimento del Policlinico Umberto I fino a raggiungere il valore medio per DRG di L. 6.000.000
6. nel ridurre le giornate di degenza utilizzate per i ricoveri oltre soglia
7. nell'utilizzare in parte le risorse recuperate con i punti precedenti per incrementare i ricoveri extraregione (+ 2000 ricoveri annui pari ad un + 60-65% rispetto al 1998).

I risultati sui ricavi sono conseguibili gradualmente nei tempi del Piano, a fronte dei seguenti interventi sui processi produttivi ed organizzativi:

1. realizzazione di un modello organizzativo assistenziale dipartimentale e relativa formazione del personale
2. adeguamento del personale, soprattutto nei servizi sanitari di supporto (anestesie, terapie intensive e servizi diagnostici), per sostenere l'incremento quali-quantitativo di attività dotando l'Azienda di un proprio organico medico assistenziale
3. reingegnerizzazione dei processi operativi e dei processi di supporto e rinnovamento del sistema informatico amministrativo e sanitario, rinnovamento e potenziamento degli apparati elettromedicali, realizzazione di reti e tecnologie della comunicazione ad alta velocità, di sistemi di Information & Communication Tecnology, di sistemi integrati hardware e software, di automazione e controllo dei processi, introduzione di sistemi a tecnologia avanzata per la logistica ed il trasporto di materiali ed uomini;
4. adozione di un *Piano di ristrutturazioe* (doc. n . 3) con riprogettazione degli spazi e del loro uso, con differenziazione funzionale tra le aree a destinazione universitaria ed assistenziale

Fermo restando quanto sopra previsto, si possono prevedere i seguenti interventi sui costi:

- ***per il personale:*** trasferire circa n. 200 docenti al S. Andrea, stimando il fabbisogno di personale del Policlinico e del S.Andrea con i parametri medi di presidi ospedalieri similari riferiti all'anno 1998 (2 operatori per p.l.), ed adottando, quindi, una ipotesi di dotazione organica prudenziale centrata solo sull'attività assistenziale. E', così, possibile prevedere:

  anno 2000 approvazione dotazione organica Policlinico Umberto I ed allocazione relativa risorse umane con riassorbimento del precariato

  anno 2001 attivazione piena del S. Andrea e trasferimento del personale assegnato

  Dal momento dell'approvazione delle dotazioni organiche e della rimodulazione dei p.l., il Policlinico avrà una dotazione di personale equivalente, in termini di costi, a circa 2.900 dipendenti (medici

compresi) e potrà utilizzare quanto Università e Regione definiranno ai sensi dell'art. 15 del protocollo d'intesa 3 agosto 1999.

Il personale che non troverà allocazione nelle dotazioni organiche del Policlinico e del S. Andrea dovrà formare un apposito contingente ad esaurimento per il quale Università e Regione, d'intesa con le OO.SS., dovranno definire le modalità per garantire ai lavoratori il mantenimento dell'attuale livello retributivo e per la gestione dei processi di mobilità.

Con l'approvazione del presente piano, l'Azienda non potrà più legittimamente sostenere oneri per personale non assistenziale, al cui finanziamento dovrebbero far fronte le Istituzioni proprietarie.

La soluzione concordata del problema del personale non più funzionale alle esigenze assistenziali è una condizione essenziale che le Istituzioni dovranno garantire per favorire l'aziendalizzazione del Policlinico e del S. Andrea con il consenso e la partecipazione dei lavoratori.

Tuttavia, il personale non allocato deve essere considerato una RISORSA che, almeno in parte, potrà essere impiegata in una S.P.A. multiservizi che Policlinico e privati potranno costituire per accompagnare il processo di aziendalizzazione e per fornire servizi a valore aggiunto sul mercato capitalizzando le esperienze acquisite all'Umberto I.

- ***per i costi operativi diversi:*** un obiettivo impegnativo ma indispensabile è quello di ridurre i costi per beni e servizi di circa 104 miliardi entro il 2003, a partire dall'anno in corso.

Tale risultato è possibile, da un lato, per il minore assorbimento di risorse che la nuova organizzazione assistenziale consente, dall'altro, per il trasferimento al S. Andrea del relativo potenziale assistenziale e dei correlati costi per beni e servizi, ma anche per la ricontrattazione delle forniture e delle modalità di approvvigionamento prevista dall'art. 2 della L. 453/1999 e dalle norme di cui alla L. 488/1999.

Con l'insieme degli interventi sui ricavi, sui costi e, più in generale, sull'organizzazione, si otterrà – a partire dal 2003 – un pareggio della gestione (ovviamente, se si realizzeranno tutte le condizioni di contorno previste).

Tuttavia, fin dal 2001 si cominceranno a registrare contabilmente gli effetti positivi del processo di riforma del Policlinico.

Tale quadro di riferimento è impegnativo, ma perseguibile a patto di trasformare profondamente l'attuale macchina tecnico-gestionale.

In primo luogo, si attribuirà alla Direzione Sanitaria di Presidio (D.S.P.) una crescente responsabilità diretta nella gestione della produzione e delle risorse assegnate, trasformandola in una vera direzione

operativa. Per contro, la Direzione Sanitaria Aziendale si integrerà con la Direzione Generale nella elaborazione delle linee strategiche, nella definizione delle attività di pianificazione e controllo, nella valutazione e nel controllo delle attività sanitarie; in altri termini, avrà una vera e propria funzione coadiuvante con la Direzione Generale.

Per quanto attiene la Direzione Amministrativa, avrà anch'essa funzioni strategiche e coadiuvanti con la Direzione Generale. La gestione dell'innovazione e dei processi di cambiamento sarà affidata agli uffici di staff ed ad un nuovo Dipartimento per la qualità aziendale; tutte le attività amministrative ordinarie saranno concentrate in una struttura direzionale unica: il Dipartimento per le Risorse Aziendali. Questo modello ricompatterà gli attuali uffici, dividerà le funzioni di supporto alla produzione sanitaria da quelle correlate all'applicazione del piano strategico, alla valutazione dei dirigenti, al controllo di gestione, agli interventi strutturali ed alle reti strategiche, al marketing ed alla comunicazione, alla formazione del personale, alla gestione dei sistemi informativi.

Tale processo di riorganizzazione si pone in sintonia non solo con l'obiettivo di ridurre i costi di amministrazione e concentrare le risorse professionali sui percorsi diagnostico-terapeutici e sull'assistenza al paziente, ma anche con quello di valorizzare le risorse professionali esistenti attivando una forte politica meritocratica ed una gestione per obiettivi.

L'insieme delle azioni consentirà di raggiungere i risultati economici di cui alla tab. 4/A, dall'esame della quale si può notare che nel 2002, con la fuoriuscita di tutte le attività non del Policlinico, si avrà, presumibilmente, un momento di assestamento che, a partire dal 2003, sarà superato e porterà finalmente la gestione in equilibrio.

Azienda Policlinico Umberto I

PIANO POLIENNALE PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO

IPOTESI CON INTERVENTI STRUTTURALI - A COSTI COSTANTI

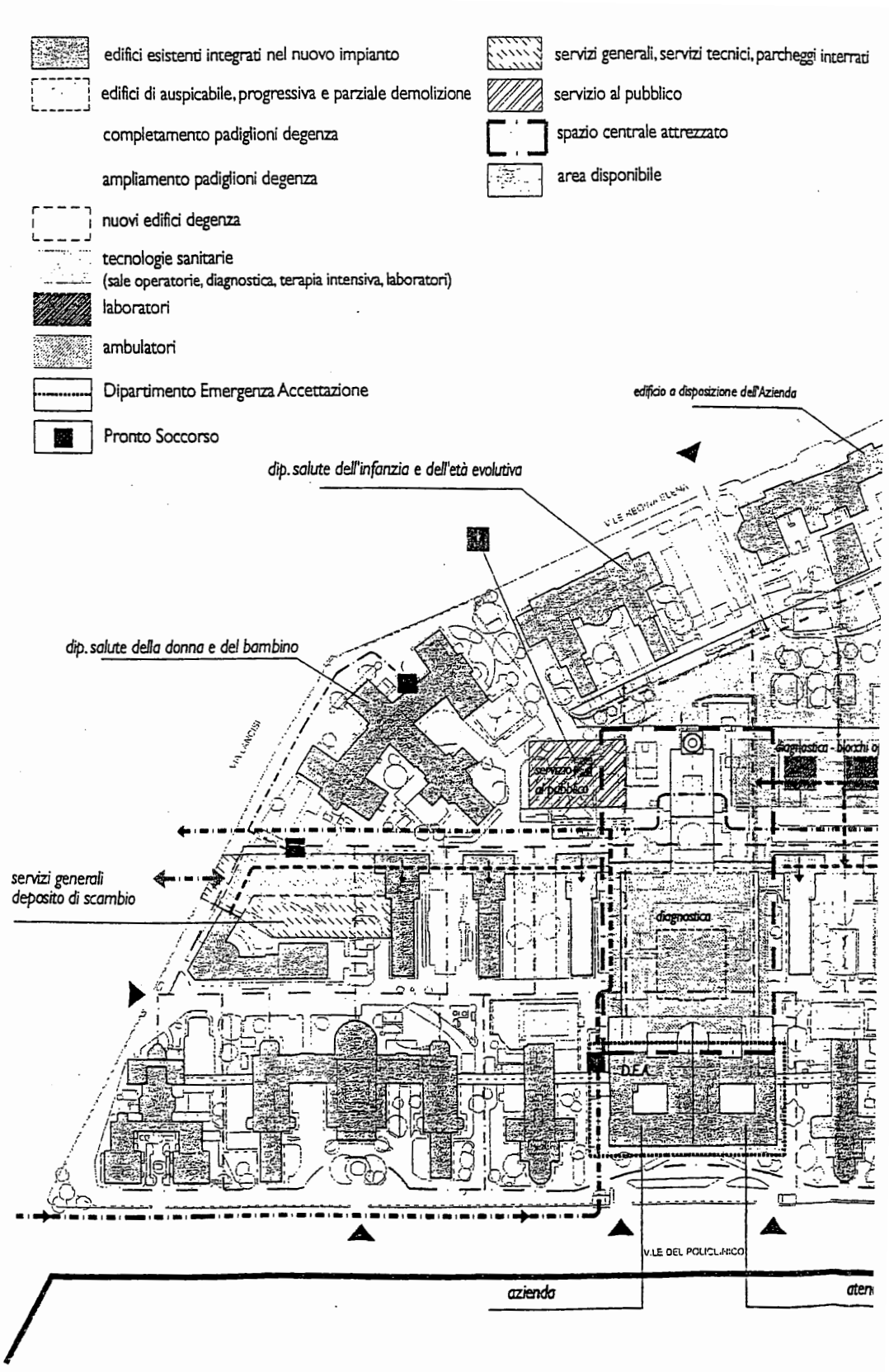
(la percentuale dei costi è calcolata sul totale dei ricavi)

	2000		2001		2002		2003	
	L/Mil	%	L/Mil	%	L/Mil	%	L/Mil	%
Prestazioni di ricovero	403.000	72,2	370.000	74,0	315.000	68,5	328.000	65,9
Altre prestazioni	96.000	17,2	90.000	18,0	100.000	21,7	110.000	22,1
Altri ricavi	59.000	10,6	40.000	8,0	45.000	9,8	60.000	12,0
Totale ricavi	558.000	100,0	500.000	100,0	460.000	100,0	498.000	100,0
Personale dipendente	59.000	10,6	303.000	60,6	303.000	65,9	* 303.000	60,8
Personale universitario Personale allegato "F"	309.000	55,4	0	0	0	0	** 0	0
Ammortamenti/godimento beni di terzi	0	0	5.000	1,0	10.000	2,2	15.000	3,1
Oneri operativi diversi	25.000	4,5	20.000	4,0	15.000	3,3	10.000	2,0
Beni e servizi per la produzione	264.000	47,3	215.000	43,0	180.000	39,1	160.000	32,1
Totale costi	657.000	117,8	543.000	108,6	508.000	110,5	488.000	98,0
Utile (perdita) operativo	-99.000	-17,8	-43.000	-8,6	-48.000	-10,5	10.000	2,0
Saldo proventi/oneri finanziari							-10.000	
Risultato prima delle imposte							0	
Rimborso oneri personale non assistenziale			65.000		65.000			

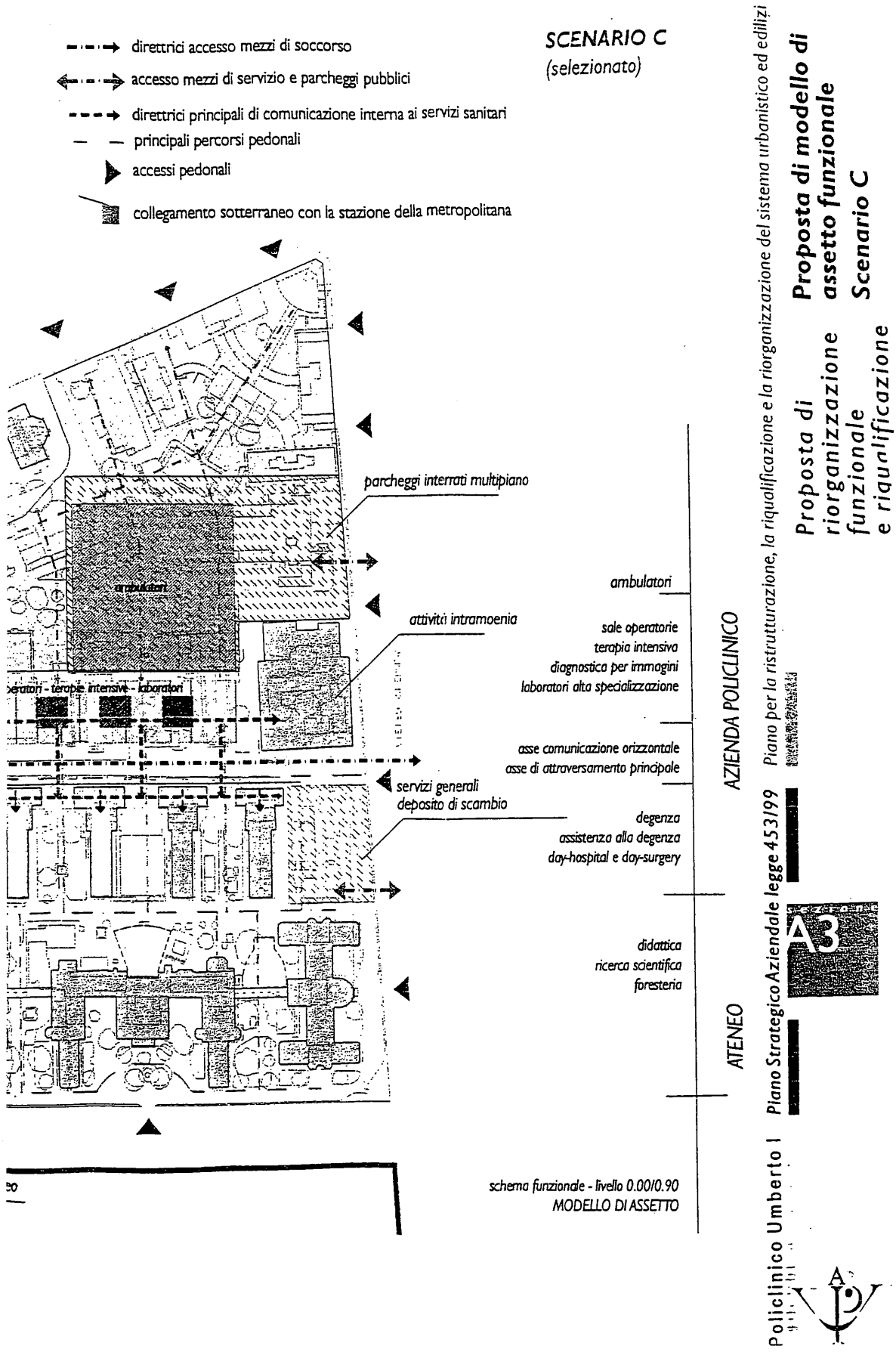
* *Stimato in 2800 unità di costo equivalente pari ad un rapporto dipendente/PL = 2,0*

** *I costi del personale non destinati all'assistenza non potranno gravare più sul bilancio Policlinico e le Istituzioni dovranno garantire il mantenimento dei livelli retributivi attuali al suddetto personale*

tab. 4a



DIPARTIMENTO **ITACA** ■ INNOVAZIONE TECNOLOGICA DELL'ARCHITETTURA E CULTURA DELL'AMBIENTE ■ Facoltà di Architettura Università degli studi di Roma "La Sapienza"


direttrici accesso mezzi di soccorso
accesso mezzi di servizio e parcheggi pubblici
direttrici principali di comunicazione interna ai servizi sanitari
principali percorsi pedonali
accessi pedonali
collegamento sotterraneo con la stazione della metropolitana
SCENARIO C
(selezionato)
parcheggi interrati multipiano
attività intramoenia
servizi generali
deposito di scambio
AZIENDA POLICLINICO
ambulatori
sale operatorie
terapia intensiva
diagnostica per immagini
laboratori alta specializzazione
asse comunicazione orizzontale
asse di attraversamento principale
degenza
assistenza alla degenza
day-hospital e day-surgery
ATENEO
didattica
ricerca scientifica
foresteria
schema funzionale - livello 0.00/0.90
MODELLO DI ASSETTO
Proposta di riorganizzazione funzionale e riqualificazione
Piano per la ristrutturazione, la riqualificazione e la riorganizzazione del sistema urbanistico ed edilizi
Proposta di modello di assetto funzionale
Scenario C
Piano Strategico Aziendale legge 453/99
A3
Policlinico Umberto I

Tale aspetto è ancor più necessario se si considera che l'art. 2bis della L. 453/1999 prevede che la Regione Lazio presenti al Ministro della Sanità per l'inoltro alla Camera, entro un anno, una relazione sull'attività svolta dall'Azienda Policlinico (ma anche dall'Azienda S. Andrea), sui finanziamenti da questa ricevuti e sul loro utilizzo, nonché sugli obiettivi raggiunti e sugli indirizzi programmatici per il biennio successivo.

Ritengo che, per la particolare rilevanza del P.S.A., anche da un punto di vista sociale, si dovrà necessariamente trovare una sede di confronto e concertazione con le OO.SS.

Tale tavolo di concertazione è esplicitamente previsto dal comma 2 dell'art. 1 della citata L. 453/1999 e deve coinvolgere oltre alle OO.SS. in primo luogo le Istituzioni dalle quali è ancora dipendente il personale assegnato funzionalmente all'Umberto I, ovvero Università e Regione Lazio, oltre che le nuove Aziende (Policlinico e S. Andrea) per il personale che transiterà nei rispettivi organici.

Riterrei, altresì, utile poter presentare questo Piano al Comitato di Coordinamento ex comma 6 art. 15 del Protocollo d'Intesa 3 agosto 1999 e, pertanto, se condividerete tale ipotesi, Vi prego di convocarlo a tale scopo.

Con la presentazione del Piano nel rigoroso rispetto dei termini stabiliti, si può dire che l'Azienda abbia fatto la propria parte e, pertanto, sono certo che continuerete a non farle mancare quel sostegno politico e finanziario che è necessario per raggiungere gli obiettivi che le avete assegnato.

Vi ringrazio per l'attenzione e Vi invio cordiali saluti.

Riccardo Fatarella

ALLEGATO G

Azienda Policlinico Umberto I
Roma

PIANO STRATEGICO AZIENDALE

Estratto

- Presentazione

- Piano assistenziale (documento n. 1)

Cap. 1	Quadro programmatorio di riferimento	pag.	1- 3
Cap. 3.1	Rimodulazione dei posti letto	pag.	18-35
Cap. 3.2	Individuazione dei dipartimenti assistenziali	pag.	36-43
	Schede identificative Dipartimenti (a.1- a.21)	pag.	1- 31

- Piano degli investimenti (documento n. 2)

- Piano per la ristrutturazione, la riqualificazione e la riorganizzazione del sistema urbanistico ed edilizio

Cap. 1.a	La riorganizzazione funzionale dell'offerta dei servizi	pag. 14-44
Cap. 3	Progetto di riorganizzazione architettonica e ambientale	

- Piano poliennale per il raggiungimento dell'equilibrio economico

Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma - Tel. 0649971 - Partita I.V.A. 05[illegible]11009

Estratto dalla Proposta di PIANO STRATEGICO AZIENDALE.

I l documento complessivo e' consultabile sulle pagine web:

http: //www.tuopoliclinico.roma.it/piano

Roma, Febbraio 2000

PRESENTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PIANO STATEGICO AZIENDALE

Il "caso" Policlinico

L'Azienda Policlinico Umberto I, individuata quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione, nasce il 1° novembre 1999 sulle ceneri della cessata azienda universitaria, in forza del nuovo protocollo d'Intesa Università-Regione del 3 agosto 1999 e della legge n. 453 del 3 dicembre 1999, e dovrà operare secondo modello gestionale analogo a quello delle aziende ospedaliere ex art. 4 D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni.

Questa cornice normativa si è poi integrata con il D.Lgs. 517/1999.

Infatti, il D.Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 che disciplina i rapporti tra S.S.N. ed Università, ai sensi dell'art. 6 della legge n. 419 del 30 novembre 1998, stabilisce che apposite linee guida che verranno emanate dai Ministri della Sanità e dall'Università determineranno criteri e principi direttivi sulla base dei quali Regione ed Università stipuleranno i protocolli d'intesa ovvero, come nel caso dell'Umberto I e del S. Andrea, adegueranno i protocolli in essere.

Viceversa, altre norme contenute nel D.Lgs. 517/1999 sono da subito produttrici di effetti (ad es. artt 5, 6 e 8).

In sostanza, con la legge 453 /1999 si è avviata per il Policlinico una fase nuova ma non ancora del tutto stabilizzata, che sarà caratterizzata da un costante adeguamento in corso d'opera per raggiungere l'obiettivo che è quello di restituire alla Città ed al Paese una struttura accogliente e moderna, efficiente ed economicamente sana, nella quale le attività di assistenza gestite autonomamente dall'Azienda non solo siano di qualità eccellente ma sappiano armonicamente correlarsi con quelle di ricerca e didattica proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

La nuova Azienda Policlinico Umberto I dovrà, quindi, saper conquistare la indispensabile autorevolezza nel sistema sanitario regionale e nazionale, superando un certo scetticismo sulla possibilità di "recuperare il Policlinico" che ancora si coglie in parte dell'opinione pubblica e degli "addetti ai lavori".

La sfida che attende la Direzione Aziendale ed i lavoratori dell'Umberto I, ma più in generale Università e Regione, Comune di Roma, Ministeri ed Istituzioni competenti, è certamente ardua ma affrontabile a patto di saper seguire un rigoroso percorso di risanamento, metodologicamente adeguato, politicamente e finanziariamente supportato, managerialmente ben gestito.

Il metodo adottato, vera discontinuità con le passate gestioni, è quello della programmazione del proprio sviluppo e della sua adesione agli obiettivi generali definiti dal Ministero della Sanità, dalla Regione e dal Comune, correlandoli con le esigenze dell'Università e della Facoltà.
Non a caso, l'art. 7 del protocollo d'intesa 3 agosto 1999 attribuisce, ovviamente, al Direttore Generale la responsabilità di predisporre gli atti della programmazione aziendale ma impone che sui principali atti della stessa programmazione l'Azienda acquisisca il preventivo parere della Facoltà.
Tale meccanismo è stato previsto per favorire un positivo confronto tra Azienda e Facoltà, al fine di fornire il raccordo tra attività assistenziali, didattica e ricerca universitaria, pur nella chiara differenziazione dei ruoli e delle responsabilità.

La programmazione come metodo e sede nella quale si devono confrontare ed armonizzare punti di vista ed esigenze delle varie componenti che insistano in un moderno Policlinico.

La nuova priorità è la tutela dei cittadini nella duplice veste di pazienti e contribuenti, nonché la tutela degli studenti quale fonte legittimante della esistenza dell'Università.

L'intesa, tuttavia, non si limita ad una affermazione di principio ma ha voluto accelerare i tempi del processo di inversione di rotta, forzare la realtà e, nonostante la complessità del Policlinico, imporre alla nuova Direzione Generale di predisporre entro 3 mesi dalla nomina – ovvero entro il 31 gennaio 2000 – una proposta di Piano Strategico Aziendale (PSA) composto da 4 documenti:

Documento n. 1	Il piano strategico per l'assistenza
Documento n. 2	Il piano degli investimenti
Documento n. 3	Il piano per la ristrutturazione, la riqualificazione e la riorganizzazione raccordato con il programma regionale per l'accreditamento
Documento n. 4	Il piano poliennale per il raggiungimento dell'equilibrio economico

Il primo documento rappresenta, indubbiamente, l'elemento di riferimento di tutto il sistema programmatorio per lo sviluppo della nuova Azienda Policlinico Umberto I, che deve porre in essere tutte le iniziative utili per instaurare, fin dalla fase della sua predisposizione un rapporto cooperativo fra le funzioni di didattica, ricerca ed assistenza, finalizzato al miglioramento complessivo del servizio pubblico del Policlinico Umberto I.

Inoltre, dalle scelte contenute nella programmazione assistenziale nel Piano Strategico Aziendale deriveranno altri documenti essenziali per la strutturazione della nuova Azienda Policlinico Umberto I:

- l'Atto aziendale, di cui all'art. 3 comma 1/bis del D.Lgs. n. 229/99, che "individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica";

- la dotazione complessiva del personale sanitario, tecnico ed amministrativo, prevista dall'art. 9 punto 7 del Protocollo d'intesa del 3 agosto 1999.

Per garantire la più ampia e produttiva partecipazione di tutti i soggetti protagonisti dell'Azienda, la Direzione Generale, in fase di predisposizione del PSA ha attivato:

- un'ampia consultazione tecnica con i Responsabili delle Unità organizzative e con la Giunta del Coordinamento dei Direttori di Istituto/Dipartimento;
- un confronto costante con il Comitato di Coordinamento previsto dall'art. 15 comma 6 del Protocollo d'Intesa Regione Università del 3 agosto 1999;

ed intende agire coinvolgendo al massimo il personale, direttamente e tramite le OO.SS. secondo un metodo di condivisione dei problemi e delle soluzioni tracciate.

Tuttavia, il Piano Strategico Aziendale non è un atto di mero interesse interno, quanto piuttosto un progetto di interesse regionale e nazionale.

Infatti, la rilevanza oggettiva di questo ospedale e la eccellenza di molti dei suoi professionisti, ma anche il clamore e l'allarme che la sua crisi ha prodotto nell'opinione pubblica nazionale, nonché l'impegno diretto perfino del Governo e del Parlamento della Repubblica, hanno determinato oggettivamente il valore nazionale del Piano Strategico della nuova Azienda Policlinico Umberto I.

Il rilievo nazionale che ha assunto il Policlinico di Roma è stato anche ribadito da specifiche norme legislative.

L'art. 2*bis* della legge 453/1999 prevede che "entro un anno dalla data di istituzione dell'Azienda Policlinico Umberto I e dell'Azienda ospedaliera S. Andrea, la Regione Lazio, d'intesa con l'Università La Sapienza di Roma, presenta una relazione al Ministro della Sanità sull'attività svolta dalle aziende stesse, sui finanziamenti ricevuti e sull'utilizzo dei medesimi, nonché sugli obiettivi raggiunti e sugli indirizzi programmatici per il biennio successivo. Il Ministro della Sanità, entro trenta giorni dal ricevimento della relazione, la trasmette ai Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati per l'inoltro alle Commissioni parlamentari competenti".

Ciò costituisce un fatto pressoché "unico" nel S.S.N. ed assai positivo perché indica la volontà del Parlamento di impegnare le Istituzioni "comproprietarie" del Policlinico ed il Ministero della Sanità, da un lato, a monitorare attivamente l'evoluzione del processo di aziendalizzazione dell'Umberto I (e del S. Andrea) e, dall'altro, di impegnarle a garantire una continuità dell'azione riformatrice e del correlato supporto finanziario.

Il Piano Strategico Aziendale si pone, quindi, come uno strumento forte sul piano del rigore e della razionalità del ridisegno dell'Umberto I, e preciso nella graduazione nei tempi previsti 2000 ÷ 2003 delle azioni da attivare e dei risultati di efficacia, efficienza ed economicità attesi.

Tuttavia la proposta di PSA che si presenta è un progetto aperto ai contribuenti, alle integrazioni, agli emendamenti che eventualmente verranno proposti non solo dalla Facoltà , dalle OO.SS., dalle società scientifiche e dalle associazioni di volontariato e tutela con le quali l'Azienda ritiene essenziale rafforzare una collaborazione già intensa ma anche, e primariamente, da Regione ed Università, dal Comune di Roma, dal Ministero della Sanità, dal Governo e dal Parlamento.

Il giudizio, gli arricchimenti, le critiche ed i contributi costituiranno la linfa essenziale del confronto sulla proposta di P.S.A. che si dovrà sviluppare e che consentirà alla Direzione Aziendale di passare, acquisito il parere obbligatorio non vincolante della Facoltà di Medicina e Chirurgia, dalla fase della proposta a quella definitiva di Piano Strategico Aziendale.

L'elaborazione di questo documento nei strettissimi tempi previsti è stata possibile sia perché la Direzione Aziendale ha potuto disporre di un consistente lavoro di analisi e di dati che erano stati elaborati dall'amministrazione straordinaria della cessata azienda universitaria e sia per la passione e l'impegno straordinario che la Direzione Sanitaria, gli staff centrali ed il Dipartimento ITACA della Facoltà di Architettura dell'Università "La Sapienza" (che ha redatto il documento n.3) hanno profuso in questo lavoro e della quale cosa sinceramente li ringrazio.

Roma, 31 gennaio 2000

Riccardo Fatarella

PIANO ASSISTENZIALE

(documento n. 1)

SOMMARIO

1. Quadro programmatorio di riferimento per la redazione del piano strategico assistenziale
2. Riferimenti metaprogettuali
   - 2.1 Mutazioni dell'assistenza ospedaliera
   - 2.2 Superamento del posto letto come parametro organizzatore
   - 2.3 Principali dinamiche evolutive delle tecnologie biomediche
3. Piano Assistenziale Aziendale 2000-2003
   - 3.1 Rimodulazione dei posti letto
   - 3.2 Riorganizzazione su base dipartimentale
   - 3.3 Crescita in appropriatezza, clinica ed organizzativa, ed in efficienza
   - 3.4 Qualificazione in tecnologia
   - 3.5 Attivazione e realizzazione di progetti cardine per il cambiamento
     - 3.5.1 La programmazione e il controllo di gestione
     - 3.5.2 Contenimento della spesa
     - 3.5.3 Qualità e sicurezza
     - 3.5.4 Formazione e aggiornamento del personale
     - 3.5.5 Sistemi TLC, informativo ed informatico
     - 3.5.6 Comunicazione

1. QUADRO PROGRAMMATORIO DI RIFERIMENTO

La nuova Azienda Policlinico Umberto I deriva da:

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 luglio 1999;
- Protocollo d'intesa tra Regione Lazio ed Università degli Studi di Roma "*La Sapienza*" per la disciplina dell'apporto alle attività assistenziali delle Facoltà di Medicina e chirurgia I e II, sottoscritto in data 3 agosto 1999;
- Decreto Legge 1 ottobre 1999 n. 341 "*Disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico Umberto I e per l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma*", convertito con Legge n. 453 del 3 dicembre 1999, pubblicata sulla G.U. serie generale n. 284 del 3 dicembre 1999, ripubblicato in forma coordinata sulla G.U. serie ordinaria n. 1 del 3 gennaio 2000 (*cfr. pag. 30*).

Il Policlinico Umberto I viene chiaramente individuato come

- ***ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione***

ed ha come peculiare fine istituzionale

- ***l'espletamento delle attività assistenziali coordinate con le attività di formazione e di ricerca programmate dalla I Facoltà di Medicina e chirurgia e programmate secondo gli appositi protocolli stipulati tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma La Sapienza.***

Il Protocollo d'intesa definisce che il piano di risanamento e sviluppo del Policlinico ha come obiettivo prioritario, da conseguire contestualmente alla realizzazione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea:

- *una sostanziale modifica delle responsabilità amministrative e gestionali, che riservi alla nuova Azienda autonoma pienezza di poteri per il conseguimento di risultati ottimali nelle prestazioni di assistenza sanitaria;*
- *una riqualificazione dei posti letto, dei servizi e delle funzioni assistenziali oggi compressi nella struttura del Policlinico, avviando una riorganizzazione e un decentramento delle attività assistenziali, con l'obiettivo per il Policlinico stesso di pervenire ad una struttura di n. 1200 posti letto; tale riqualificazione assume come punto di riferimento in capo all'Università "La Sapienza" la dotazione di posti letto convenzionati: n.2020 posti letto ordinari e n. 250 posti letto di degenza in day-hospital.*

Lo stesso Protocollo individua i seguenti obiettivi operativi prioritari:

- una struttura direzionale unica dell'Azienda
- strutture dipartimentali di diagnosi e cura
- la centralizzazione e l'unificazione dei servizi diagnostici e di supporto

- la definizione delle dimensioni delle strutture di offerta assistenziale, incluse strutture di degenza, compatibili con le caratteristiche ed il volume delle prestazioni contrattate con la Regione
- la realizzazione di un D.E.A. di II livello
- la definizione di un organismo di Direzione sanitaria in grado di esercitare compiti di integrazione operativa trasversale in tutta l'Azienda.

L'art. 2 bis del Decreto n. 341 dà inoltre i seguenti riferimenti temporali da considerare nella predisposizione del PSA:

" ***entro un anno*** *dalla data di istituzione dell'Azienda Policlinico Umberto* I (...) *la Regione Lazio, di intesa con l'Università La Sapienza di Roma, presenta una relazione al Ministro della Sanità sull'attività svolta dall'Azienda, sui finanziamenti ricevuti e sull'utilizzo dei medesimi, nonchè sugli obiettivi raggiunti e sugli indirizzi programmatici per il* ***biennio successivo***".

Simili limiti temporali sono da armonizzare con la previsione di cui al Decreto Delegato ex art. 6 del D.L. 229/99, che determina in quattro anni la sperimentazione gestionale ed organizzativa per le aziende ospedaliere-universitarie, (art. 2, c. 1 D.Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999).

Gran parte degli obiettivi operativi prioritari si riferiscono a precisi riferimenti normativi.

Evitando lunghi excursus giuridico-amministrativi, il presente quadro di riferimento programmatorio si rifà alle ultime normative in ordine di tempo, primo fra tutte il D.Lgs. n. 229/99 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n.419*", ed in particolare:

- all'art. 3, che disciplina natura e struttura delle Aziende e dei loro organismi di direzione;
- all'art. 6, che disciplina i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale, Regioni ed Università;
- all'art. 8 bis, ter, quater, quinquies: "*Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali*";
- all'art. 8 sexies: "*Remunerazione*"
- all'art. 13: "*Modificazioni dell'art. 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- all'art. 15: "*Modificazioni dell'art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

Si sottolinea l'importanza di questi due ultimi articoli.

Il primo modifica sostanzialmente il rapporto di lavoro del personale medico con l'introduzione del rapporto esclusivo.

Il secondo modifica l'organizzazione interna dei presidi ospedalieri con l'affermazione che "*L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie*" e istituisce come organo di supporto alla Direzione aziendale il "*Collegio di*

direzione", di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie.

Per quanto invece concerne le caratteristiche ed il volume delle prestazioni contrattate con la Regione, attualmente i punti di riferimento normativi e programmatori sono:

- Deliberazione Giunta Regionale Lazio 20 aprile 1999, n. 2069, "*Sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e finanziamento extratariffario - 1999*";
- Deliberazione Giunta Regionale Lazio 8 giugno 1999, n. 3082, "*Sistema di remunerazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale*".

Infine gli obiettivi direttamente legati allo svolgimento delle attività: DEA e Direzione sanitaria hanno specifici riferimenti normativi regionali come la Deliberazione del Consiglio Regionale del Lazio 11 maggio 1994, n. 1004, "*Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118*" o si rifanno direttamente ai D.Lgs. n. 502 e n. 229 che riconoscono al Direttore Sanitario dell'Azienda la responsabilità generale igienico-organizzativa delle attività complessivamente intese.

3.1 Rimodulazione dei posti letto

Il primo obiettivo strategico comporta le seguenti valutazioni e decisioni:

- **la riduzione dei posti letto**, conseguente all'attuazione del Protocollo d'intesa e al contestuale avvio delle attività assistenziali presso la II Facoltà Medica nell'Azienda Ospedaliera S. Andrea, oltre che un impegno ineludibile, rappresenta un rischio ed un'opportunità per gli inevitabili riflessi sulla produzione, la cui offerta andrà rivista onde evitare ripercussioni sugli utenti, ai quali si dovrà continuare a fornire prestazioni efficaci con le modalità più appropriate e meno costose; e sui conti aziendali. La riduzione dei costi non potrà essere, nel breve periodo, direttamente proporzionale alla riduzione dei letti ed alle modifiche del fatturato aziendale;

- l'estrema parcellizzazione delle nostre unità organizzative non consente riduzioni generalizzate e parziali di posti letto, ma è inevitabile procedere alla **riaggregazione di alcune unità organizzative di degenza;**

- la riorganizzazione della struttura produttiva e la profonda revisione del modo di operare dei servizi rappresenta un obiettivo prioritario al fine di assicurare il mantenimento delle attività assistenziali finalizzate alle funzioni di didattica e ricerca con un volume di attività, di ricoveri appropriati, adeguato ai criteri professionali per l'accreditamento;

- l'attuale situazione logistica e la distribuzione dei reparti non consente sostanziali recuperi di efficienza senza una **rapida e sostanziosa revisione delle collocazioni** di diverse funzioni ospedaliere ed universitarie;

- **la dipartimentalizzazione** rappresenta l'unica possibilità di superare le difficoltà gestionali del momento e quelle ben più importanti legate agli obiettivi e agli impegni assistenziali richiesti dalla programmazione in ambito regionale e nazionale. Inoltre, con la dipartimentalizzazione, appare proponibile affrontare anche la problematica della libera professione intramoenia, prevedendo e programmando a livello di Azienda sia gli spazi ambulatoriali che quelli di ricovero per l'attività intramoenia. Nelle more della predisposizione di tali spazi l'Azienda procederà al convenzionamento di cliniche e ambulatori privati.

Secondo quest'ultima considerazione, i posti letto, come illustrato nel capitolo sui riferimenti metaprogettuali, rappresentano sempre meno il fondamentale parametro strutturale di lettura delle risorse a disposizione, a fronte delle quali valutare la qualità e la quantità della produzione assistenziale.

Richiamando, dunque, i riferimenti metaprogettuali ed il "*Piano di Sviluppo 1999-2003*", presentato nel luglio 1999, la riprogettazione organizzativa aziendale dei posti letto in relazione alla rimodulazione, intesa come loro dotazione complessiva, viene proposta dopo aver adottato i seguenti criteri:

a. **aggregazione delle funzioni assistenziali e delle discipline per aree dipartimentali** assistenziali con assegnazione dei posti letto ai suddetti Dipartimenti e loro configurazione per aree di intensità assistenziale, privilegiando comunque per le terapie intensive e subintensive una centralizzazione aziendale, per durata prevista e programmabile del ricovero:
   - degenza diurna: day-hospital, night-hospital, day-surgery
   - degenza programmata su base settimanale: one-day-surgery, week-hospital
   - degenza ordinaria

b. **valorizzazione ed unificazione delle vocazioni specialistiche per Dipartimento** secondo:
   - categorie di raggruppamento (MCD) o linee di produzione *(cfr. tab.1)*, orientando l'offerta al recupero dei casi di medio-alto livello assistenziale trasferiti ad altri ospedali *(cfr. tab. 2, 3 e 4);*
   - attività formalmente individuate, di cui si propone la conferma:
     - da normative e direttive regionali *(cfr. tab.5)*,come Centri di riferimento specialistico a livello regionale e nazionale *(cfr. tab. 5 bis);*
     - le attività e i Centri di riferimento formalizzabili alla luce di: *(cfr. tab.6)*
       - Piano Sanitario Nazionale
       - proposta di Piano Sanitario Regionale
       - schema di D.M. per il Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare;
       - Provvedimento Conferenza Stato Regioni del 18 giugno *1999 "Documento di linee guida per l'oncoematologia pediatrica"*

c. **ottimizzazione della gestione delle cure** in relazione a:
   - attività di cura in urgenza-emergenza ed elettive, in base ai valori medi nazionali esplicitati sulle tabelle:
     - "*Indicatori di Attività*" *(cfr. tab. 7)*
     - "*Indicatori di prodotto*" *(cfr. tab. 8)*
     - "*Indicatori di risultato*" *(cfr. tab. 9)*

     riprese dall'indagine di benchmarking ("*Piano di sviluppo 1999-2003*") effettuata con altre analoghe strutture ospedaliere, attestandosi a valori comunque non superiori ai valori mediani;

d. **dimensionamento ottimale, a valenza esterna ed interna, da un punto di vista logistico rispetto ai criteri per l'accreditamento, compresi i volumi minimi di attività** (*cfr. tabella n.10*).

- D.P.R. n. 37 del 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle strutture sanitarie;
- D.M. del 29 gennaio 1992 sull'elenco delle alte specialità e sui requisiti necessari perché le strutture possano esercitare tali specialità;
- Parametri indicati da normative e direttive regionali e dalla proposta di Piano Sanitario Regionale 2000-2002;

> *n.b.: si deve rammentare che il termine ultimo per l'applicazione del DPR n. 37 del 14 gennaio 1997 è il 20 febbraio 2002. dopo di che le strutture non a norma e che non hanno intrapreso alcuna iniziativa per l'adeguamento sono soggette alla chiusura, al contrario di quelle che risulteranno conformi o dimostreranno di avere avviato programmi di adeguamento ai requisiti minimi.*

e. **completamento della dotazione complessiva con la previsione dei posti letto per: day-hospital, riabilitazione e attività libero professionale**

- la quota di posti letto per le attività di degenza diurna (day-hospital e day-surgery) partendo da un minimo del 15% sul totale dei 1200 posti letto ordinari, da considerare ad essi aggiuntivi;
- la quota di posti letto per le attività di riabilitazione, da affiancare alla organizzazione per acuti, e ad essa aggiuntivi in quota minima del 15%, individuati sia come strutture interne all'area del Policlinico che come strutture individuate all'esterno nel Comune di Montecompatri;
- la quota di posti letto per l'attività libero professionale intramuraria, da considerare all'interno della dotazione complessiva dei posti letto ordinari (1200), fino ad una quota del 10%.

Per il Policlinico Umberto I si propone, nell'immediato, di:

- programmare una quota di letti per l'attività di degenza diurna pari al 15%, attivando quote di posti per l'attività di day-surgery, che attualmente rappresenta una attività marginale, e potenziando la dotazione di posti di day-hospital nei Dipartimenti con rilevante proiezione extraospedaliera: psichiatria, neuropsichiatria infantile, oncologia e geriatria;
- pianificare la quota di letti per le attività di riabilitazione prevedendo una parte da sviluppare all'interno come strutture strettamente legate alla geriatria, ipotizzando anche la sperimentazione di un hospice (max 3%) in totale e la parte rimanente (12%) relativa alla riabilitazione neuromotoria, da attivare presso la struttura di Montecompatri.
- avviare la realizzazione dei posti letto per l'attività di ricovero in libera professione intramuraria, fino all'aliquota minima del 5%.

Si perviene così alla rimodulazione dei posti letto (*cfr. tabella n. 11 e n. 12*).

Successivamente, secondo l'impostazione fin qui illustrata, si procederà alla pianificazione delle risorse umane (determinazione della dotazione organica), posizionando l'Azienda Policlinico Umberto I a livelli comunque non superiori ai parametri medi nazionali, di cui alle indagini di benchmarking, cui il Policlinico ha partecipato nell'ultimo anno (*tabella n. 13*).

tab. 1

(SP-2) Punti DRG per linea di produzione 1998

(Ricoveri ordinari > 1 g. escluso neonati)

Divisione / Servizio	Tipo DRG	Ricoveri ordinari > 1 g.	Peso totale	Peso medio
Trattamento neoplasie	M	2.898	5.822.728	2.009
Gastroenterologia	C	3.846	5.607.065	1.458
Interventi sul cuore	C	1.159	4.821.893	4.160
Gastroenterologia	M	4.925	4.286.456	0,870
Trapianti		217	3.394.752	15.644
Neurologia	M	2.620	3.081.939	1.176
Altre patologie	M	2.173	2.534.130	1.166
Neurochirurgia	C	853	2.490.833	2.920
Malattie sistema cuore	M	2.414	2.479.991	1.027
Altre patologie	C	1.118	2.311.721	2.068
Trattamento app. respiratorio	M	1.955	2.293.882	1.173
Ortopedia	C	1.426	2.160.277	1.515
Trattamento chirurgico neoplasie	C	1.069	2.128.347	1.991
Urologia chirurgica	C	1.531	1.798.401	1.175
Ginecologia		1.717	1.532.956	0,893
Endocrinologia	C	1.093	1.339.644	1.226
Ortopedia	M	1.298	1.245.481	0,960
Ostetricia	M	1.823	1.206.078	0,662
Ostetricia	C	1.038	1.135.617	1.094
Trattamento medico rene e vie urinarie	M	1.363	1.091.936	0,801
Chirurgia vacolare	C	649	978.732	1.508
Otorinolaringoiatria	C	853	883.582	1.036
Trattamento e cura della pelle	M	965	858.069	0,889
Malattie vascolari	M	770	855.466	1.111
Trattamento chirurgico app. respiratorio	C	289	776.116	2.686
Otorinolaringoiatria	M	1.126	750.229	0,666
Endocrinologia	M	827	708.502	0,857
Psichiatria		596	610.081	1.024
Traumatismi minori	M	945	548.944	0,581
Trattamento e cura della pelle	C	646	537.156	0,832
Trattamento HIV		319	506.657	1.588
Oculistica	C	604	494.810	0,819
Traumatismi maggiori	M	400	346.994	0,867
Neonatale		217	275.641	1.270
Oculistica	M	432	268.485	0,621
Traumatismi	C	93	197.220	2.121
Radio-chemioterapia		50	79.065	1.581
Altro		198	34.092	0,172
Trattamento ustioni		4	7.567	1.892
Riabilitazione		10	4.375	0,438

tab. 2

Trasferiti ad altro Ospedale per Linea di Produzione
(anno 1998)

Linea di produzione	Totale casi
Malattie sistema del cuore	620
Altre patologie	449
Trattamento app. respiratorio	402
Neurologia	358
Traumatismi minori	336
Gastroenterologia	334
Ortopedia	272

tab. 3

Trasferiti ad altro Ospedale per DRG
(anno 1998)

Descrizione DRG	Totale casi
Dolore toracico	141
Ipertensione	133
Mal. cardiovasc. con IMA senza compl. card. vivi	119
Frattura anca e pelvi	109
Traumi braccio, gamba escl. piede età > 17 senza CC	106
Aterosclerosi senza CC	98
Segni e sintomi senza CC	93
Mal. cerebrovascolari specifiche escl. TIA	88
Altre dia. app. digerente età < 18	88
Traumi avambraccio, mano e piede, età > 17 senza CC	85
Affezioni mediche del dorso	83

tab. 4

Trasferiti ad altro Ospedale < 14 anni
(anno 1998)

Divisione / Servizio	Trasferiti
Div. Clinica Pediatrica 2/ter.int.neonat.	114
S.S. Chirurgia Pediatrica	11
Div. Malattie Infettive 1	11
S.S. Pronto Soccorso Accettazione Pediatrica	11
S.S. Oncologia Pediatrica	7
Div. Malattie Infettive - Rep. H17	6
Div. Clinica Pediatrica 1	5
Div. Clinica Pediatrica 3	4
Div. Clinica Pediatrica 4	3
Div. Neuropsichiatria Infantile 1	2
Div. Clinica Oculistica 1	2
Div. Clinica Ortopedica 2	2
Div. Patologia Chirurgica 9	1
S.S. Chirurgia d'Urgenza 3	1
S.S. Chirurgia d'Urgenza 4	1
Div. Ematologia	1
S.S. Clinica Pediatrica 5/Mal. Genetiche	1
S.S. Gastroenterologia Pediatrica	1
Div. Puericultura 2/Patologia Neonatale	1
Totale Pazienti	**185**

Tab. 5

ATTIVITÀ' FORMALMENTE INDIVIDUATE DA NORMATIVE E DIRETTIVE REGIONALI

1. ***Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio - triennio 1998-2000*** *(D.G.R. n.553/1999)*

Ospedale sede di Pronto soccorso per un bacino d'utenza di 250.000 abitanti e DEA di II livello con un bacino d'utenza di 1.250.000 abitanti:

- area subintensiva di breve osservazione
- area di sorveglianza subintensiva post-operatoria
- area subintensiva polivalente
- area subintensiva neonatale
- area intensiva neonatale
- UTN*
- UTIC
- area intensiva polivalente
- area intensiva di specialità (per le specialità che ne abbiano la necessità).

* *riproposta dalla bozza di Piano Sanitario Regionale 2000-2002*

POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA	n.	35	
POSTI LETTO SUBINTENSIVA	n.	100	
POSTI LETTO UTIC	n.	17	
POSTI LETTO T.I. NEONATALE	n.	8	
POSTI LETTO SUBINT. NEONATALE	n.	16	

2. ***Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale. Triennio 1997-1999*** *(D.G.R.n. 4238/1997)*

ATTIVITÀ OSTETRICA PER	n.	2500	parti all'anno
POSTI LETTO OSTETRICIA	n.	64	
CULLE	n.	38	
POSTI LETTO PATOLOGIA NEONATALE	n.	17	(11 + 6)**
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	n.	8	
TERAPIA SUBINT. NEONATALE	n.	16	

** *11 = fabbisogno su numero parti*
6 = fabbisogno da esterno al Policlinico

Tab. 5 bis

CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI E/O NAZIONALI FORMALMENTE ISTITUITI

1. Centro di riferimento regionale nefrologia e dialisi
   Cattedra Nefrologia Medica
   Delibera G.R. n. 7940 del 15/12/87
2. Centro di riferimento regionale per screening neonatale
   Dip. Medicina Sperimentale
   S.S. Malattie genetico-metaboliche, Delibera G.R. del 7/3/1990
3. Centro di riferimento per tipizzazione tissutale per trapianti
   Patologia Chirurgica
   Delibera G.R. n. 3588 del 13/5/1993
4. Centro interregionale di riferimento per il Centro Sud e le Isole per i trapianti
   Patologia Chirurgica
   Lettera Ministero Sanità prot. n. 900.5.A.G. del 9/2/1990
5. Centro di riferimento regionale per assistenza ai soggetti affetti da fibrosi cistica
   Istituto Clinica Pediatrica
   Legge Regionale n. 36 del 3/4/1990 e Delibera G.R. n.6187 del 3/8/1993
6. Centro di riferimento regionale per assistenza ai soggetti affetti da epilessia
   Dip. Scienze neurologiche
   Legge Regionale n. 36 del 3/4/1990 e Delibera G.R. n.7261 del 22/9/93
7. Centro di riferimento regionale per innesti corneali
   Clinica Oculistica
   Delibera G.R. n. 11082 del 29/12/1993
8. Centro di riferimento regionale per i problemi e patologie alcoolcorrelate
   Dip. Medicina clinica
   Delibera G.R. n. 5626 del 16/9/1997

Tab. 6

ATTIVITÀ DI ALTA SPECIALITÀ E CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI E/O NAZIONALI

FORMALIZZABILI IN BASE A

PIANO SANITARIO NAZIONALE E ALLA PROPOSTA DI PIANO SANITARIO REGIONALE

SCHEMA DI REGOLAMENTO PER LA RETE NAZIONALE DELLE MALATTIE RRARE

DOCUMENTO LINEE GUIDA PER L'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

1. ***Attività di alta specialità chirurgica*** *(cap. 4.6 Proposta di P.S.R.)*
   CARDIOCHIRURGIA
   NEUROCHIRURGIA
   CHIRURGIA TORACICA
   CHIRURGIA VASCOLARE
   CHIRURGIA DEI TRAPIANTI
2. ***Unità di trattamento neurovascolare (UTN)*** *(cap. 3.6 Proposta di P.S.R.)*
3. ***Patologie cronico degenerative del SNC*** *(cap. 3.7 Proposta di P.S.R.)*
   CENTRO DI RIFERIMENTO PER L'ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA
   CENTRO DI RIFERIMENTO PER LE MALATTIE CEREBRALI PER I DIFETTI CONGENITI DEL SNC
   CENTRO DI RIFERIMENTO PER LE MALATTIE DEGENERATIVE CRONICHE COMPRESE QUELLE DEMIELINIZZANTI
4. ***Schema di Regolamento per la rete nazionale delle malattie rare***
5. ***Documento di linee guida per l'oncoematologia pediatrica***
   CENTRO ONCOEMATOLOGICO PEDIATRICO DI RIFERIMENTO
   CENTRO ONCOEMATOLOGICO PEDIATRICO DI RIFERIMENTO REGIONALE

tab. 7

Indicatori di attività

Istituti	Comune	DEGENZA MEDIA	UTILIZZO POSTI LETTO ORDINARI		PRODUTTIVITA' DEL PERSONALE		
		Degenza media	Tasso di utilizzo dei posti letto	Indice di rotazione dei posti letto	Dimissioni / Medici	Dimissioni / Infermieri	Dimissioni / altro personale
Riferimento (mediana)		**9,89**	**74,33**	**26,45**	**89,09**	**41,82**	**37,98**
Ospedale S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	TORINO	12,86	86,60	24,58	51,49	28,07	20,81
MAGGIORE POLICLINICO	MILANO	11,69	77,93	26,45	46,60	41,82	29,91
Ospedale POLICLINICO S. MATTEO	PAVIA	9,89	94,22	37,03	105,74	44,00	44,48
Azienda Ospedaliera di PADOVA	PADOVA	9,50	68,81	26,43	92,14	35,42	47,10
Azienda Ospedaliera di VERONA	VERONA	10,49	74,33	25,85	73,99	31,84	29,78
Azienda S. MARTINO e CLIN. UNIV. CONV.	GENOVA	12,66	82,77	23,87	89,09	40,83	38,08
Azienda Ospedaliera S. ORSOLA-MALPIGHI	BOLOGNA	9,09	74,25	29,81	100,54	45,34	36,91
Azienda Ospedaliera PISANA	PISA	9,30	73,28	28,75	91,28	44,43	51,31
Azienda Ospedaliera CAREGGI	FIRENZE	10,16	73,52	26,41	76,42	32,67	37,98
Azienda Ospedaliera di PERUGIA	PERUGIA	8,05	75,62	40,43	103,59	55,00	48,39
POLICLINICO A. GEMELLI e C.I.C.	ROMA	9,30	82,72	32,50	67,70	33,75	19,62
Azienda Universitaria POLICLINICO UMBERTO I	ROMA	12,15	78,36	20,19	58,36	43,56	28,64
Azienda POLICLINICO II^ UNIVERSITA'	NAPOLI	10,99	66,42	22,06	77,32	48,44	38,23
Azienda Universitaria POLICLINICO FEDERICO II	NAPOLI	9,02	68,73	27,80	143,75	82,09	76,69
Ospedale CONSORZIALE POLICLINICO	BARI	8,65	45,35	19,14	93,75	38,76	27,69

tab. 8

Indicatori di prodotto

Istituti	Comune	COMPLESSITA' Indice di case-mix (Ricoveri ordinari > 1 giorno)
Riferimento (mediana)		**1,299**
Ospedale S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	TORINO	1,533
MAGGIORE POLICLINICO	MILANO	1,436
Ospedale POLICLINICO S. MATTEO	PAVIA	1,338
Azienda Ospedaliera di PADOVA	PADOVA	1,285
Azienda Ospedaliera di VERONA	VERONA	1,370
Azienda S. MARTINO e CLIN. UNIV. CONV.	GENOVA	1,438
Azienda Ospedaliera S. ORSOLA-MALPIGHI	BOLOGNA	1,331
Azienda Ospedaliera PISANA	PISA	1,299
Azienda Ospedaliera CAREGGI	FIRENZE	1,345
Azienda Ospedaliera di PERUGIA	PERUGIA	1,093
POLICLINICO A. GEMELLI e C.I.C.	ROMA	1,273
Azienda Universitaria POLICLINICO UMBERTO I	ROMA	1,290
Azienda POLICLINICO II^ UNIVERSITA'	NAPOLI	1,100
Azienda Universitaria POLICLINICO FEDERICO II	NAPOLI	1,191
Ospedale CONSORZIALE POLICLINICO	BARI	1,111

Indicatori di risultato (outcome)

Istituti	Comune	COMPLICANZE		APPROPRIATEZZA		
		% casi complicati (ric. tot.)	% di parti cesarei	% casi oltre soglia nei reparti chirugici	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^ 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 sottorenalli

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				
	Laboratorio				
	Anatomia patologica				
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**	*comprese n. 22 culle*
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

tab. 13

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^ 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.

Insito in 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, nonchè 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 *(cfr. 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)

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. scienze neurologiche	Div. clinica neurologica 1	CGA01
	Div. clinica neurologica 3	CGA02
	Div. clinica neurologica 5	CGA03
	Div. neurochirurgia 1	CGA04
	Div. neurochirurgia 2	CGA05
	S.S. neurotraumatologia	CGA06
	S.S. elettroencefalografia	CGA09
	S.S. elettromiografia neurofisiopatologia	CGA10
	S.S. neurofisiopatologia	CGA12
	S.S. riabilitazione motoria e del linguaggio	CGA13
	S.S. diagn. neurosonologia	CGA14
	S.S. neurobiologia clinica	CGA15
Ist. clinica malattie nervose e mentali	Div. clinica neurologica2	CGB01
	S.S. neurofisiologia clinica	CGB02
	S.S. cura delle miopatie	CGB03
	S.S. riabilitazione neuromotoria	CGB04
Ist. clinica odontoiatrica	S.S. chirurgia maxillo facciale	CEA08

Scheda a.16

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO

40 p.l. ordinari

6 p.l. day-surgery

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Centro di riferimento regionale innesti corneali (D.G.R. 11082/93)

Centro laser aziendale polivalente.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica otorinolaringoiatrica	Div. clinica ORL 1	CDA01
	Div. clinica ORL 2	CDA02
	Div. clinica ORL 3	CDA03
	Div. clinica ORL 4	CDA04
	S.S. audiologia	CDA05
	S.S. vestibologia	CDA06
	S.S. foniatria	CDA07
	S.S. pronto soccorso ORL	CDA08
Ist. oftalmologia	Div. clinica oculistica 1	CDM01
	S.S. pronto soccorso interdivisionale	CDM0101
	Div. clinica oculistica 2	CDM02
	S.S. fisiopatologia motilità oculare	CDM03
	S.S. contattologia medica	CDM04
	S.S. immunovirologia oculare	CDM06

Scheda a.17

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE DELLA PELLE

40 p.l. ordinari

8 p.l. day-hospital / day-surgery

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Oltre ai tradizionali campi di applicazione, che in particolare per la chirurgia plastica vanno riunificati nel Dipartimento ed in un'unica sede, sono proposti centri di riferimento per:

- oncologia cutanea con particolare riferimento al melanoma;
- malattie neuro-cutanee.

Centro laser aziendale polivalente

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica dermatologica	Div. clinica dermatosifilopatica 1	CFA01
	Div. clinica dermatosifilopatica 2	CFA02
	Div. ch. plastica ed ustionati	CFA03
	S.S. dermatol. allerg. profess. anal. micol.	CFA04
Ist. clinica chirurgica 1	S.S. chirurgia plastica ricostruttiva	CCA22
Ist. clinica chirurgica 2	S.S. chirurgia plastica ricostruttiva	CCB10
Ist. clinica chirurgica 3	S.S. ch. generale - microch. e ch. laser	CCC06
	S.S. chirurgia ricostruttiva	CCC08
	S.S. chirurgia plastica	CCC15
Ist.clinica ch. urgenza e pronto soccorso	S.S. chirurgia plastica ricostruttiva-urgenza/PS	CCG06

Scheda a.18

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE

64 p.l. ordinari

4 p.l. day- surgery

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Si mantiene l'attuale impostazione dell'assetto organizzativo, proponendo l'istituzione di una day-surgery finalizzata a recuperare parte dell'utenza attualmente inviata presso altri presidi, anche tramite un conseguente migliore utilizzo dei letti ordinari.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica ortopedica	Div. clinica ortopedica 1	CEM01
	Div. clinica ortopedica 2	CEM02
	Div. clinica ortopedica 3	CEM03
	Div. terapia fisica	CEM04
	S.S. ortopedia traumatologia geriatrica	CEM05
	S.S. eteroplasie displasie scheletro	CEM06
	S.S. ortopedia e traumatologia dello sport	CEM07
	S.S. pronto soccorso traumatologico–ortopedico	CEM08

Scheda a.19

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

72 p.l. ordinari

8 p.l. day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Mantiene l'attuale configurazione con permanenza dell'Accettazione infettivologica.

Va definita, in prospettiva, la collocazione dei 10 posti letto pediatrici assegnati al Dipartimento per la Salute dell'Infanzia e Età evolutiva

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. malattie infettive e tropicali	Div. malattie tropicali 1	CAT01
	S.S. epatologia (sorv. port. HBV-HCV)	CAT02
	S.S. malattie tropicali 2	CAT03
	S.S. chemioterapia malattie parassitarie	CAT04
	S.S. preospedalizzazione dimissione prot.	CAT05
	S.S. fisiopatologia clinica	CAT06
	S.S. malattie autoimmunitarie	CAT07
	Div. malattie infettive 1	CAU01
	Div. malattie infettive 2	CAU02
	Div. malattie infettive 3	CAU03
	S.S. parassitologia clinica	CAU04
	S.S. immunologia inf. clin.	CAU05
	S.S. preosp. profilassi malattie infettive	CAU06
	S.S. epatite virale parassitologia clinica	CAU07
	1 div. malattie infettive	CAUH01

Scheda a.20

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE NEFROUROLOGICHE

40 p.l. ordinari

8 p.l. day-hospital / day-surgery

36 p.l. di dialisi

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

In base all'art. 7 del D.G.R. n. 619/1998 si deve pervenire all'organizzazione di un dipartimento articolato in:

- area dialitica;
- area di chirurgia oncologica e di chirurgia connessa alla pratica dialitica;
- area ambulatoriale e/o di day-hospital nefrourologico;
- posti letto per degenza nefrologica e urologica.

Centro laser aziendale polivalente

Centro di riferimento regionale nefrologia e dialisi (D.G.R. 7940/1987)

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. urologia	Div. urologia 1	CFG01
	Div. urologia 2	CFG02
	Div. urologia 3	CFG03
	Div. urologia 4	CFG04
	S.S. endoscopia urologica	CFG05
	S.S. nefrologia chirurgica	CFG06
	S.S. valutazione fisiopatologia urologica	CFG08
Dip. scienze cliniche	S.S. nefrologia e dialisi	CAB06
Dip. medicina clinica	S.S. fisiopatologia renale	CAC05
Ist. clinica chirurgica 1	S.S. dialisi e trapianti d'organo	CCA21
Ist. clinica chirurgica 2	Emodialisi	CCB0301

Scheda a.21

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DI NEUROSPICHIATRIA INFANTILE

20 p.l. ordinari

30 p.l. day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Oltre a riconfermare l'attuale assetto ne viene proposto il potenziamento:

- ampliando gli attuali rapporti convenzionali con gli Enti Locali, con le Istituzioni Scolastiche e del Ministero di Grazia e Giustizia;
- candidandosi a garantire il complesso delle attività di NPI per una zona territoriale (anche un'intera ASL),assegnata dalla regione;
- tramite il riconoscimento quale Centro di Riferimento regionale per i disturbi dello sviluppo.

Il Dipartimento organizzativamente tende ad offrire una serie completa di attività e servizi compresa quella di igiene mentale relativa ai genitori dei piccoli pazienti seguiti.

Si raccorda funzionalmente con il Dipartimento di Salute della Infanzia ed Età evolutiva.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. scienze neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva	Div. neuropsichiatria infantile 1	CFO01
	Div. neuropsichiatria infantile 2	CFO02
	S.S. neuropsicologia D.H.	CFO03
	S.S. riabilitazione psicomotoria	CFO04
	S.S. ospedale diurno generale	CFO05
	S.S. igiene mentale	CFO06

PIANO DEGLI INVESTIMENTI

(documento n. 2)

La costituzione della nuova Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I è solo lo strumento per operare una radicale riorganizzazione dell'Ospedale, recuperando adeguati livelli di efficienza ed economicità di gestione onde consentire sia un pieno dispiegarsi delle potenzialità assistenziali sia una valorizzazione delle notevoli competenze scientifiche e di ricerca della Facoltà di Medicina che spesso non riescono ad esprimersi come potrebbero.

Il piano strategico per l'assistenza (doc. n. 1) definisce gli obiettivi di servizio, di produzione e le soluzioni organizzative indispensabili per garantire una nuova fase positiva nella ultracentenaria vita dell'Umberto I. Tuttavia, tali obiettivi, così come quelli correlati di ristrutturazione, riqualificazione e riorganizzazione strutturale del Policlinico (doc. n. 3), per essere realizzati richiedono un consistente investimento in modernizzazione, efficienza, produttività ed appropriatezza.

L'art. 12 del protocollo d'Intesa Regione-Università del 3 agosto 1999 ipotizza un intervento di circa 300 miliardi complessivi nell'arco di un quinquennio. Tuttavia, una più attenta analisi del reale fabbisogno per un processo di rifondazione dell'ospedale, che non si limiti ad una mera conservazione dell'esistente bensì ridisegni un nuovo Umberto I all'altezza della medicina dei prossimi decenni e degli obiettivi di salute tracciati dal P.S.N. e dalla proposta di P.S.R., evidenzia una ben più consistente necessità di risorse.

Gli investimenti necessari derivano, ovviamente, da una analisi della situazione attuale caratterizzata dalle seguenti criticità:

a. invecchiamento del parco attrezzature elettromedicali (circa 300 apparecchiature dichiarate fuori uso) con crescente spesa per la manutenzione, scarsa continuità di servizio con "lucro cessante" e disservizio per allungamento tempi di attesa, difficoltà a sviluppare ricerche avanzate ed "impoverimento" della formazione tecnologica dei nuovi medici e professionisti sanitari. Assenza di alcune attrezzature essenziali in un policlinico universitario ed orientato verso patologie complesse, gravi e/o rare (PET, Brachiterapia, acceleratore lineare intraoperatorio, nuove terapie intensive, etc.). Invecchiamento diffuso di arredi e beni strumentali;
b. mancanza di un sistema telefonico unico aziendale, di una rete di comunicazione fonia-dati, e di un sistema informativo sia di tipo sanitario che gestionale; assoluta arretratezza delle tecnologie informatiche e dei sistemi di automazione degli uffici e di documentazione elettronica. Inesistenza di qualsiasi sistema informativo ed informatico autonomo di gestione del personale, dei magazzini,

degli inventari, di gestione manutentiva e patrimoniale, di gestione alberghiera, di posta elettronica, etc. Assenza di qualsiasi sistema robotizzato di gestione magazzini e movimentazione persone e merci. Assenza, conseguentemente, di un sistema di controllo direzionale. Presenza di numerose applicazioni, spesso autocostruite, con ridondanze di dati ed impossibilità di integrazione efficiente;

c. grave criticità della struttura edilizia da un punto di vista funzionale, architettonico, di staticità e di comfort per gli utenti, con conseguenti diseconomie gestionali, disfunzioni, non adeguati livelli di sicurezza.

Le stime delle risorse necessarie per affrontare tali criticità sono state effettuate con un buon livello di approssimazione in tutte le tre aree problematiche, anche se - in sede di revisione del piano strategico e di elaborazione dei piani operativi - si ritiene che possa esserci uno scarto, comunque non superiore al ± 5% (a valori odierni).

Tali stime portano ad un fabbisogno complessivo di Lit. 683 miliardi che, parametrato alla nuova organizzazione assistenziale, produce i seguenti indicatori:

a. sistemi di comunicazione informativi, informatici e di tecnologie per la logistica (onnicomprensivo) ≅ 39 milioni/PL
b. apparecchiature elettromedicali ed arredi (onnicomprensivo) ≅ 54 milioni/PL
c. ristrutturazione edilizia ed impianti ≅ 395 milioni/PL

Mentre il valore per attrezzature e tecnologie si colloca ben al di sotto di un valore medio di circa 150 ÷ 200 milioni/PL in quanto, comunque, la recente politica dell'Azienda ha avviato - nei limiti delle risorse rese disponibili - un processo di aggiornamento tecnologico, quasi tutto è ancora da fare sul piano del recupero, del consolidamento, della rifunzionalizzazione e riqualificazione del tessuto edilizio e degli impianti. Pertanto, l'investimento più consistente si concentrerà in tale area.

Il valore complessivo è comunque inferiore ai 500 milioni/posto letto (valore di riferimento per la costruzione ex novo di un ospedale ad alta tecnologia e complessità) e rende vantaggioso l'intervento teso a riqualificare, anche da un punto di vista urbanistico ed architettonico, l'area del Policlinico e non solo l'Ospedale in senso stretto.

L'intervento di recupero del Policlinico si deve, quindi, inserire in un generale processo di riqualificazione dell'intera area.

Tuttavia, è proprio sul terreno degli investimenti che occorrerà attivare non solo tutte le risorse pubbliche disponibili, ma anche consistenti risorse private.

A tal fine si può ipotizzare il pieno utilizzo degli strumenti a disposizione in una nuova ottica aziendale, che recuperi anche il valore positivo che può avere l'autonomia imprenditoriale che il D.Lgs. 229/99 riconosce, in via di principio, anche alle aziende ospedaliere.

Si tratta, quindi, di far ricorso alle modalità previste dall'art. 71 della legge 448/1998 con le procedure del decreto del Ministero Sanità del 15 settembre 1999, nonché a tutti gli strumenti finanziari oggi disponibili. Dal project–financing alla costituzione di una società mista pubblico–privato per gestire servizi innovativi a forte valore aggiunto che possano collocarsi sul mercato nazionale, favorendo anche l'acquisizione per il bilancio aziendale di ricavi per nuove prestazioni rese a terzi.

Entro fine marzo, l'Azienda presenterà alla Regione, per l'inoltro al Ministro della Sanità, il progetto d'intervento per il Policlinico ai sensi del D.M. Sanità 5 gennaio 2000 per accedere al finanziamento ed attivare anche le risorse private necessarie a sostenerne la piena implementazione.

La tabella 2/a riepiloga il piano di investimenti complessivamente di Lit. 683 miliardi articolati per anno nel periodo 2000 ÷ 2003. I suddetti valori lordi onnicomprensivi ricomprendono anche alcuni finanziamenti già assegnati all'Azienda (ad es., 30 miliardi da parte del Ministero Sanità per interventi urgenti) ovvero finanziamenti finalizzati alla ristrutturazione del Policlinico già nella disponibilità dell'Ateneo e non ancora impegnati (circa 80 miliardi), nonché il recupero di circa 24 miliardi già assegnati da tempo all'Università per la realizzazione di un reparto per l'AIDS ed ancora disponibili.

Dovrà far parte di una separata elaborazione la valutazione sulla opportunità di comprare alcuni immobili attualmente tenuti in affitto dal Policlinico per attività assistenziali di Ematologia (via Benevento) ovvero di proprietà dell'Università ed utilizzate dall'Azienda per i propri uffici (via Baglivi).

LA RICERCA

E' evidente che un piano di investimenti assistenziali non può non porsi il problema di dotare le Facoltà di Medicina di adeguati servizi per sviluppare la propria attività di ricerca al livello delle sue elevate competenze. A tal fine, sarebbe opportuno allocare nelle aree limitrofe all'Umberto I un vero e proprio edificio dedicato che, integrandosi con l'area di ricerca e di didattica all'interno del Policlinico, favorisca quelle sinergie con l'Istituto Superiore di Sanità ed il C.N.R. che pure sono presenti in queste aree.

Ciò potrebbe consentire a Roma di valorizzare anche questa risorsa, per troppo tempo poco utilizzata, favorendo viceversa la realizzazione di un vero sistema per la ricerca bio-medica che certamente consentirebbe di ricanalizzare su Roma gli investimenti privati che si sono avviati verso altre destinazioni.

Tale polo di ricerca dovrebbe, poi, mettersi in relazione positiva anche con le altre simili realtà presenti in città e nella Regione.

Si potrebbe a tal fine utilizzare parte delle aree delle "caserme" ovvero le aree di servizi ricreativi del Ministero LL.PP. in viale del Policlinico.

tab. 2a

riepilogo investimenti straordinari articolati per anno

(al netto degli interventi già finanziati)

	descrizione	2000 (L./mil.)	2001 (L./mil.)	2002 (L./mil.)	2003 (L./mil.)	totale (L./mil.)
1	adeguamento reti di comunicazione, sistemi informatici e tecnologici per la logistica *(documento 2)*	L. 20.000	L. 20.000	L. 7.000	L. 7.000	L. 54.000
2	ristrutturazione del Policlinico *(documento 3)*	L. 60.000	L. 130.000	L. 210.000	L. 153.000	L. 553.000
3	aggiornamento apparecchi elettromedicali e strumentali *(documento 2)*	L. 20.000	L. 15.000	L. 15.000	L. 26.000	L. 76.000
		L. 100.000	L. 165.000	L. 232.000	L. 186.000	L. 683.000

a. La riorganizzazione funzionale dell'offerta di servizi

a.1 Strategie ed obiettivi della Committenza

Nell'ambito di tale programma di lavoro particolare attenzione è stata rivolta ai seguenti punti sottolineati nel Protocollo di intesa fra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza":

- lo sviluppo delle tecnologie e delle biotecnologie (art. 3 punto b);
- l'organizzazione delle strutture assistenziali articolata in Dipartimenti (art. 9 punto 1);
- un intervento finanziario stimato in circa 300 miliardi complessivi nell'arco temporale di un quinquennio per la globale ristrutturazione del Policlinico accentrando i servizi di alta tecnologia, dei blocchi operatori, delle infrastrutture di servizio e innovando le strutture edilizie e le tecnologie generali (art. 12 punto a);
- centralizzazione ed unificazione dei servizi diagnostici e di supporto (art. 15 punto 2b);
- realizzazione di un DEA di II livello (art. 15 punto 2 e).

A fronte di tali obiettivi l'Azienda ha preliminarmente prodotto una serie di documenti "*in progress*" che, partendo da considerazioni generali, individua i punti critici dell'attuale assetto distributivo funzionale ed indica gli obiettivi da perseguire negli interventi di ristrutturazione delineando a maglie larghe i contenuti del documento "Ipotesi per un nuovo Piano Strutturale Direttore" (luglio 1999).

Rimandando ai succitati documenti per un puntuale approfondimento delle tematiche ivi illustrate, qui molto sinteticamente se ne riportano i passi più significativi.

Nelle *Considerazioni di carattere generale* si sottolinea tra l'altro:

- il modello tipologico strutturale ha subito nel corso degli anni continue variazioni "le cui regole sfuggono a chi lo utilizza e crea confusione a chi vi lavora";
- la peculiarità nella coesistenza di funzioni: SSN ed Università;
- l'insufficienza dei sistemi di distribuzione verticale ed orizzontale;
- una forte disgregazione delle funzioni;
- la necessità di continua innovazione tecnologica e sanitaria;
- la possibilità di contenere -attraverso il decentramento di alcuni di servizi- i costi di gestione.

Nell'analisi dei *punti critici dell'attuale assetto distributivo-funzionale* si pone in particolare l'accento su:

- l'eccessiva frammentazione e sovrapposizione delle funzioni negli edifici;
- la disomogeneità delle funzioni che rende difficoltosa l'ottemperanza alle normative sanitarie e di sicurezza;
- i percorsi che avrebbero dovuto supportare i cambiamenti non sono stati -nel corso degli anni- modificati, potenziati o specializzati;
- la poca flessibilità dello schema impiantistico originario che attraverso continue aggiunte e sovrapposizioni è oggi difficilmente controllabile e non se ne conosce l'integrità e/o l'utilità;
- le aree disponibili non occupate dagli edifici sono molto ridotte a causa di interventi succedutisi nel tempo che le hanno rese poco fruibili o poco chiare, a causa di una cantierizzazione continua e non definita;
- gli infiniti interventi che hanno subito le strutture murarie hanno in molte parti leso l'integrità dei fabbricati che non sembrano essere adatti all'alto grado di usura degli ambienti ospedalieri ed alla dignità che gli edifici originari avevano.

Negli *obiettivi da perseguire negli interventi di ristrutturazione* si formulano -tra le altre- le seguenti opzioni:

- nell'ambito dell'accessibilità, si richiede l'individuazione del sistema dei collegamenti con l'esterno e la possibilità di realizzazione di un eliporto;
- per il problema dei parcheggi ed aree di sosta si richiede la costruzione di strutture multipiano (anche attraverso la demolizione di strutture esistenti);
- per le degenze ordinarie si postula l'accorpamento degli spazi funzionali e la riorganizzazione dei reparti attraverso la riduzione del numero dei posti letto per camera, la dotazione di servizi igienici privati per camera, la realizzazione di una quota percentuale di camere singole e la individuazione di adeguati spazi per i servizi di supporto alla degenza;
- per i servizi di diagnosi e cura, in generale, si richiede un incremento degli spazi dedicati, la realizzazione di nuovi volumi a grande campata estremamente flessibili, lo sfruttamento eventuale di volumi interrati (rispettando il sistema naturale) e l'adattabilità del sistema ad accogliere le continue innovazioni tecnologiche;

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. terapia medica sistematica	Div. terapia medica e ricambio	CAM01
	S.S. dietologia	CAM02
Dip. scienze cliniche	Div. gastroenterologia	CAB05
	S.S. fisiopatologia digestiva	CAB10
	S.S. diagnosi endoscopica ed ecografica	CAB11
Dip. medicina clinica	Div. gastroenterologia	CAC04
	S.S. prevenzione e cura danni epatici	CAE03
Dip. terapia medica	Div. idrologia medica	CAR01
	S.S. laparoscopia	CAR02
Ist. clinica chirurgica 1	S.S. chirurgia endoscopica	CCA17
Dip. scienze chir. e tecn. mediche applicate	S.S. chirurgia endoscopica	CCD06
Ist. clinica chirurgica 1		
Ist. clinica chirurgica 2	almeno una Unità Operativa per Istituto, da definire	
Ist. clinica chirurgica 3		
Dip. scienze chir. e tecn. mediche applicate		

Scheda a.14

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DELL'APPARATO DIGERENTE E DEL FEGATO

64 p.l. ordinari

12 p.l. day-hospital / day-surgery

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Tratta i disordini funzionali e le malattie del canale alimentare, del pancreas e del fegato. L'offerta diagnostica e terapeutica deve essere in grado di coprire tutte le opzioni che vanno dalla prevenzione e profilassi, alla diagnosi più adeguata, compreso tutto il settore endoscopico, alla terapia medica e chirurgica

Centro di riferimento regionale patologie alcool-correlate (D.G.R. 5626/97)

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. scienze cliniche	Div. clinica medica 2	CAB01
	Div. patologia medica 1	CAB02
	Div. patologia medica 4	CAB03
	Div. med. costituzionale endocrinologia	CAB04
	S.S. stati disendocrini dismetabolici	CAB09
	S.S. obesità	CAB12
	S.S. emergenze metaboliche	CAB13
Dip. fisiopatologia medica	Div. clinica medica 5	CAD01
	S.S. medicina nucleare radioimmunologia	CAD02
	S.S. andrologia	CAD03
	S.S. fisiopatologia della riproduzione	CAD04
	S.S. seminologia immunologia riproduzione	CAD05
	S.S diagnosi endocrinologica morfofunzionale	CAD06
Dip. terapia medica	Div. patologia medica 3	CAN01
	Div. terapia medica	CAN02
	Div. reumatologia	CBA01
Dip. medicina sperimentale	S.S. oncologia	CHM03
	S.S. oncologia clinica	CHM06
Ist. radiologia	Div. radioterapia oncologica	CLA01
	S.S. radioterapia esterna	CLA05
	S.S. brachiterapia	CLA06

Scheda a.13

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LA MEDICINA METABOLICA E MOLECOLARE

80 p.l. ordinari

4 p.l. di terapia subintensiva (centralizzati con i 4 p.l. del Dipartimento di Medicina interna)

20 p.l. di day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Il Dipartimento:

- è finalizzato ad assistere in tutte le fasi dell'iter diagnostico-terapeutico i pazienti con patologie endocrino-metaboliche, oncologiche, immunoreumatologiche e genetiche;
- è caratterizzato da una attività clinica fisiopatologica, orientata agli approfondimenti molecolari e alle applicazioni biotecnologiche;
- la sua attività è particolarmente rilevante in campo ambulatoriale, di day-hospital, di diagnostica di laboratorio di 2° livello e degenza medica altamente specializzata.

Centro di riferimento regionale per screening neonatale (D.G.R. 7/3/90).

Scheda a.12

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE DEL SANGUE E DELLA COAGULAZIONE

48 p.l. ordinari

12 p.l. day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Si mantiene l'attuale impostazione complessiva dell'attività, riunificando unicamente il trattamento dei disordini della coagulazione.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. biopatologia umana	Div. ematologia	CHD15
	S.S. pronto soccorso accettazione osp. diurna ematol.	CHD17
Dip. di medicina sperimentale	S.S. diagnosi malattie piastriniche	CHM02

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. scienze cardiovascolari e respiratorie	Div. malattie app. cardiovascolare1	CAI01
	Sez. unità coronarica	CAI0101
	S.S. angiologia	CAI02
Ist. chirurgia del cuore e grossi vasi	Div. chirurgia del cuore grossi vasi	CCF01
	Div. malattie app. cardiovascolare 2	CCF02
	S.S. emodinamica 1	CCF03
	S.S. emodinamica 2	CCF04
	S.S. ass. meccanica circolazione	CCF05
Ist. clinica chirurgica 2	Div. chirurgia vascolare 1	CCB05
	Div. chirurgia vascolare 2	CCB09
Dip. scienze cliniche	S.S. fisiopatologia renale ipertensione	CAB14
Dip. terapia medica	S.S. fisiopat. profilassi aterosclerosi	CAN03
Ist. clinica chirurgica 3	S.S. met. ch. cardiovasolare e flebologia	CCC04
	S.S. cardiologia	CCC13
Ist. anestesiologia e rianimazione	S.S. elettrostimolazione cardiaca	CLB08

Scheda a.11

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

52 p.l. ordinari
16 p.l. UTIC
16 p.l. subintensivi
8 p.l. terapia intensiva postoperatoria
12 p.l. di day hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Aggrega le funzioni cardiologiche, cardiochirurgiche, di chirurgia vascolare ed internistiche legate alla profilassi e al trattamento di aterosclerosi ed ipertensione arteriosa, al fine di poter offrire un percorso diagnostico-terapeurico che includa profilassi, diagnosi precoce, approfondimenti diagnostici, trattamenti medici e chirurgici delle MCV e sia in grado di ricomprendere anche gli aspetti riabilitativi, una volta attivati gli specifici P.L.

Scheda a.10

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE MENTALE

15 p.l. SPDC

5 p.l. per attività programmata

4 p.l. day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Viene proposta l'attivazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e l'utilizzo di una quota minima di posti letto (n. 5) per lo sviluppo di un Centro per i Disturbi Alimentari psicogeni.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. scienze psichiatriche e medicina psicologia	S.S. psicologia clinica psicofarmacologia	CGD01
	S.S. day-hospiatl psichiatrico	CGD02
	S.S. psichiatria e psicoterapia	CGD03
	S.S. terapia familiare tossicodipendenze	CGD04
	S.S. medicina psicosomatica psicofarmacologia clinica	CGD05
	S.S. psicologia clinica	CGD06

Scheda a.9

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE DELL'ANZIANO

32 p.l. ordinari
8 p.l. day-hospital
32 p.l. per la riabilitazione

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

E' articolato sulla realizzazione di:

- unità valutativa geriatrica, al servizio del Policlinico, finalizzata a individuare i pazienti geriatrici (anziani non autosufficienti, parzialmente autosufficienti, a rischio di perdita di autosufficienza), a definirne i bisogni assistenziali e a predisporre un piano personalizzato di intervento, ad iniziare dallo stabilire la reale necessità di ospedalizzazione;
- area di degenza per acuti con unità internistica e chirurgica;
- day-hospital e centro diurno per soggetti affetti da Morbo di Alzheimer;
- area per la riabilitazione

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. Clinica medica 1	Div. gerontologia e geriatria	CAA04
Ist. Clinica chirurgica 1	S.S. chirurgia geriatrica	CCA14
Ist. Clinica chirurgica 3	S.S. chirurgia geriatrica	CCC17
Dip. Scienze ch. e tecnologie mediche applicate	S.S. chirurgia geriatrica	CCD04

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica pediatrica	Div. clinica pediatrica 1	CFM01
	S.S. endocrinologia pediatrica	CFM0101
	S.S. clinica pediatrica 3	CFM03
	S.S. allergologia immunologia pediatrica	CFM0301
	Div. clinica pediatrica 4	CFM04
	S.S. clinica pediatrica 5 mal. genetiche	CFM05
	S.S. gastroenterologia pediatrica	CFM06
	S.S. mal. metaboliche nefrologia pediatrica	CFM0601
	S.S. chirurgia pediatrica	CFM07
	S.S. ematologia emocoagul. pediatrica	CFM08
	S.S. pronto soccorso accettazione pediatrica	CFM09
	S.S. fibrosi cistica fisicterapia	CFM10
	S.S. oncologia pediatrica	CFM11
	S.S. cardiologia pediatrica	CFM12
	S.S. neuropediatria EEG	CFM15
	S.S. studio e cura talassemie	CFM16
	S.S. diagnosi e cura cefalee infantili	CFM17
	S.S. adolescentologia	CFN04
Dip. malattie infettive tropicali	2 div. malattie infettive	CAUH02

Scheda a.8

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE DELL'INFANZIA E DELL'ETA' EVOLUTIVA

40 p.l. ordinari (compresa infettivologia pediatrica)
6 p.l. terapia intensiva pediatrica
6 p.l. terapia sub-intensiva pediatrica
12 p.l. day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Il Dipartimento è orientato ad offrire un "luogo di cura" dedicato alle problematiche in emergenza (DEA) o per attività specialistiche programmate ricomprese nella fascia d'età dai primi anni di vita fino all'adolescenza.
Si correla funzionalmente con il Dipartimento per la Salute della Donna e del neonato e con il Dipartimento per la Neuropsichiatria infantile, concordando comuni programmi di lavoro.

Centro di riferimento regionale fibrosi cistica (L.R. 39/90)

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica ostetrico-ginecologica 1	Div. clinica ostetrico-gineologica 1	CFH01
	Div. patologia ostetrico-ginecologica 2	CFH02
	Div. clinica ostetrico-ginecologica 3	CFH03
	Div. clinica ostetrico-ginecologica 4	CFH04
	S.S. prof. diagn. chemioter.	CFH05
	S.S. accettazione e pronto socc. ginecologico	CFH06
	S.S. piccola chirurgia – IVG	CFH07
	S.S. sterilità coniugale	CFH08
	S.S. endocrinologia ginecologica	CFH09
	S.S. microchirurgia e celioscopia	CFH10
Ist. clinica ostetrico-ginecologica 2	Div. clinica ostetrico-ginecologica 2	CFI01
	Div. clinica ostetrico-ginecologica 4	CFI02
	Div. clinica ostetrico-ginecologica 5	CFI03
	S.S. sterilità	CFI04
	S.S. accettazione e PS preosp. ginecologica	CFI05
	S.S.clinica diagnosi endocrinologica ginecol.	CFI06
	S.S. profilassi in ginecologia e ostetricia	CFI07
Ist. clinica pediatrica	Div. clinica pediatrica 2 TI neonatale	CFM02
Ist. puericultura	Div. puericultura 1 pat. neonatale	CFN01
	Div. puericultura 2 pat. neonatale	CFN02
	S.S. pat. sviluppate vita intrauterina	CFN03

Scheda a.7

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO

114 p.l. ordinari

8 p.l. day-hospital per ostetricia e ginecologia.

Un settore neonatale organizzato su:

22 culle

12 letti patologia neonatale

8 letti UTIN

16 letti sub-UTIN

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Il Dipartimento comprende:

- percorsi specifici per la salute della donna relativamente alla sfera genitale;
- percorsi per una scelta responsabile e consapevole del concepimento, della gravidanza e del parto;
- percorsi per il puerperio e per i neonati fisiologici e patologici, sia relativamente all'attività propria del Policlinico, che come Centro di Trasporto e terapia intensiva neonatale multizonale.

Il Dipartimento si rapporta funzionalmente con il Dipartimento per la Salute dell'infanzia e dell'età evolutiva.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica chirurgica 1	Div. clinica chirurgica 1	CCA01
	Div. clinica chirurgica 5	CCA02
	Div. patologia chirurgica 1	CCA03
	Div. patologia chirurgica 4	CCA04
	Div. patologia chirurgica 9	CCA05
	Div. chirurgia sperimentale	CCA06
	S.S. anatomia chirurgica	CCA07
	S.S. anatomia chirurgica	CCA08
	S.S. fisiopatologia chirurgica	CCA09
	S.S. metodologia chirurgica	CCA10
	S.S. chirurgia d'urgenza 1	CCA11
	S.S. chirurgia d'urgenza 2	CCA12
	S.S. chirurgia d'urgenza 3	CCA13
	S.S. D.H. chirugia preosp. e dimissione protetta	CCA15
Ist. clinica chirurgica 2	Div. clinica chirurgica 2	CCB01
	Div. patologia chirurgia 2 trapianti d'organo	CCB02
	Div. patologia chirurgica 5	CCB03
	Div. chirurgia toracica	CCB04
	Div. patologia chirurgica 7	CCB06
	Div. clinica chirurgica 6	CCB08
	S.S. chirurgia d'urgenza 4	CCB11
Ist. clinica chirurgica 3	Div. clinica chirurgica 3	CCC01
	Div. patologia chirurgica 8	CCC02
	S.S. chirurgia generale ed endocrina	CCC03
	S.S. chirurgia d'urgenza 5	CCC10
	Div. patologia chirurgica 6	CCC12
	S.S. fisiopatologia chirurgica	CCC14
	Div. patologia chirurgica 3	CCC16
Dip. scienze chirurgiche e tecnologie mediche applicate	Div. clinica chirurgica 4	CCD01
	Div. semeiotica chirurgica 4	CCD02
	S.S. metodologia chirurgica applicata	CCD03

Scheda a.6

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE

132 p.l. ordinari
4 p.l. terapia intensiva trapianti
16 p.l. terapia subintensiva polivalente
8 p.l. di day-surgery

Potenzialità chirurgica minima: 5.000 interventi / anno

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Il Dipartimento

1. riunisce tutta l'attività chirurgica fatta eccezione per quella specialistica ricompresa nei Dipartimenti;
2. si articola al suo interno in Unità Operative ad Indirizzo specialistico, che vanno ad integrare in forma organizzata e programmata l'attività dei Dipartimenti specialistici, in particolare il Dipartimento di Emergenza, Accettazione e Accoglienza.

Centro interregionale trapianti

Centro di riferimento regionale tipizzazione tissutale (DGR 3588/93)

Scheda a.5

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

96 p.l. ordinari

4 p.l. subintensiva internistica

8 p.l. day-hospital

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Il Dipartimento è finalizzato ad assicurare:

- la gestione delle patologie più comuni in una visione completa ed unitaria dell'uomo malato;
- la gestione di situazioni cliniche complesse, (es. polipatologie), in cui si renda necessario lo sviluppo di un iter metodologicamente corretto ed economicamente vantaggioso;
- un rapporto funzionale con il DEA attivo ed aperto alle esigenze del territorio.

Il Dipartimento inoltre può sviluppare unità specialistiche in settori non rientranti nelle discipline ricomprese negli altri Dipartimenti specialistici d'organo, apparato o patologia.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	**Unità Organizzative**	**Codici**
Ist. clinica medica 1	Div. clinica medica 1	CAA01
	Div. clinica medica 4	CAA02
Dip. medicina clinica	Div. clinica medica 3	CAC01
	Div. clinica medica 6	CAE01
	Div. patologia medica 2	CAE02
	S.S. cardiologia ecocardiografia	CAE04

COMPOSIZIONE

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codice
Ist. clinica chir. urgenza e pronto soccorso	S.S. semeiotica chirurgica 7	CCG02
	Div. CUPS	CCG01
	S.S. CUPS	CCG03
	S.S. chirurgia di pronto soccorso	CCG04
Accettazione / osservazione	Div osservazione donne	HO102
	Div. osservazione uomini	HO103
	S.S. accettazione preospedalizzazione	HO101
Ist. anestesiologia e rianimazione	Div. anestesiologia e rianimazione	CLB01
	S.S. anestesia 2	CLB02
	S.S. anestesia 3	CLB03
	S.S. anestesia 4	CLB04
	S.S. anestesia odontostomatologica	CLB05
	S.S. terapia antalgica	CLB06
	S.S. tossicologia d'urgenza	CLB07
	S.S. terapia intensiva	CLB09
	S.S. anestesia 5	CLB10
	S.S. consultazione amb. anestesiologico	CLB11

Scheda a.4

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO EMERGENZA, ACCETTAZIONE e ACCOGLIENZA

64 p.l. per due aree di medicina e chirurgia di osservazione e primo intervento

16 p.l. di rianimazione

4 p.l. di osservazione breve nel Pronto Soccorso

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Il Dipartimento di Emergenza, Accettazione e Accoglienza:

1. rappresenta il "cuore" del sistema di emergenza del Policlinico;
2. il suo funzionamento è integrato con attività specifiche fornite, in maniera organizzata e programmata dagli altri Dipartimenti, in particolare dai Dipartimenti di: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Malattie cardiovascolari, Malattie del sistema nervoso, Malattie organi di senso, Diagnostica per immagini e Diagnostica di laboratorio;
3. si coordina in forma stabile e formalizzata con i Dipartimenti che al loro interno hanno attività ufficiali per la gestione delle urgenze: Dip. Salute della donna e del neonato (Pronto Soccorso ostetrico), Dip. Salute dell'Infanzia e Età evolutiva (DEA pediatrico), Dip. Malattie infettive e tropicali (Accettazione infettivologica);
4. è il nucleo dal quale si sviluppa la capacità del Policlinico di offrire organizzazione, strutture, mezzi ed operatori per il soccorso sanitario nelle grandi emergenze comprese le catastrofi sociali, da formalizzare con precisi protocolli, ricompresi nel Piano Aziendale, imperniato anche sullo sviluppo di un piano di evacuazione in caso di maxiemergenza;
5. assume la responsabilità di gestione dell'Autoparco per quanto concerne i mezzi adibiti al trasporto di infermi;
6. ricomprende al proprio interno anche un primo significativo elemento di integrazione con le problematiche sociali del territorio con la realizzazione a fianco del Pronto Soccorso di un Centro di Accoglienza per le persone senza fissa dimora e/o affette da patologie alcool correlate.

Scheda a.3

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

In base a quanto previsto dal punto 5.8 del Piano Sangue nazionale si propone la costituzione presso il Policlinico di un Dipartimento di Medicina Trasfusionale (DMT) che svolga funzioni di coordinamento tra varie strutture trasfusionali afferenti ad Aziende sanitarie diverse.

Composizione

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Dip. Biopatologia umana	Centro trasfusionale	CHD16

Dip. scienze neurologiche	S.S. patologia clinica neurologica	CGA11
Dip. biopatologia umana	S.S. biochimica clinica	CHD13
	S.a. batteriologia e virologia	CHD1501
	S.S. anatomia istologia patologica 1	CHD01
	S.S. enzimologia clinica	CHD14
Dip. medicina sperimentale	S.a. analisi chimicocliniche	CHM21
	S.S. anatomia istologia patologica 1	CHD01
	S.S. anatomia istologia patologica 2	CHD02
	S.S. anatomia istologia patologica 3	CHD03
	S.S. anatomia istologia patologica 4	CHD04
	S.S. anatomia patologica 5	CHD05
	S.S. anatomia patologica 6	CHD06
	S.S. anatomia patologica 7	CHD07
	S.S. anatomia patologica urologica	CHD08
	S.S. anatomia patologica pediatrica	CHD09
	S.S. anatomia patologica clinica chirurgica 1	CHD10
	S.S. anatomia patologica ginecologica	CHD11
	S.S. immunopatologia generale	CHM01
	S.S. citopatologia	CHM08
	S.S. immunopatologia cellulare e naturale	CHM10
	S.S. immunocitopatologia	CHM17
	S.S. patologia cellulare	CHM19
	S.a. qualità rediofarmacologica	CHM1301
Ist. farmacologia	S.S. antidroga	CHI01
Ist. radiologia	S.a. analisi chimicocliniche	CLA0101
Ist. microbiologia, parassitologia	S.S. analisi microbiologiche 1	CHA01
e virologia	S.S. analisi microbiologiche 2	CHA02
	S.S. analisi microbiologiche 3	CHA03
	S.S. analisi parassitologiche	CHB01
	S.S. virologia	CHG01
	S.S. virologia molecolare	CHG02

Scheda a.2

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

All'interno del Dipartimento vanno chiaramente identificati alcuni settori di maggiore omogeneità funzionale.

COMPOSIZIONE

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica medica 1	S.a. patologia clinica speciale	CAA0103
	S.a. batteriologia e virologia	CAA0104
Dip. medicina clinica	S.a. analisi chimicocliniche	CAE0102
Dip. malattie Infettive e tropicali	S.a. analisi chimicocliniche	CAT0102
	S.a. microbiologiche	CAT0101
	S.a. batteriologia e virologia	CAU0101
	S.a. analisi chimicocliniche	CAU0102
Ist. clinica chirurgica 2	S.a. analisi chimicocliniche	CCB0802
	S.a. analisi chimicocliniche	CCB07
	S.a fisiop. prot. sier. coag.	CCB0801
Ist. clinica chirurgica 1	S.a. analisi chimicocliniche	CCA23
Ist. clinica chirurgica 3	S. a. patologia clinica speciale	CCC1602
Ist. chirurgia cuore e grossi vasi	S.a. analisi chimicocliniche	CCF101
Ist. clinica chir. urgenza e Pronto Soc.	S.a. analisi chimicocliniche	CCG0101
Dip. urologia	S.a. analisi chimicocliniche	CFG0101
Ist. clinica ostetrica ginecologica 2	S.a. bio-ormoni sessuali	CFI0101
Ist. clinica pediatrica	S.a. analisi chimicocliniche	CFM14
Ist. puericultura	S.a. analisi chimicocliniche	CFN0201
Dip. scienze neurol. età evolutiva	S.a. dosaggio farmaci neuro.	CFO0101

Dip. urologia	S.S. radiologia urologica	CFG07
Ist. ostetricia e ginecologia	S.a. radiologia	CFI0102
Ist. clinica pediatrica	S.S. radiologia pediatrica	CFM13
Dip. scienze neurologiche	S.S. neuroradiologia	CGA07
	S.S. neuroradiologia	CGA08
Ist. clinica malattie nervose e ment.	S.S. neuroradiologia	CGB0101
Dip. medicina sperimentale	S.S. radiologia 3 /diagnostica	CHM12
Ist. radiologia	S.S. radiologia 2 / diagnostica	CLA02
	S.S. radiologia 4 / diagnostica	CLA03
	S.S. radiologia 5 / diagnostica	CLA04

Scheda a.1

SCHEDA IDENTIFICATIVA

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

AREE TEMATICHE E SETTORI DI SVILUPPO

Viene proposta l'aggregazione dipartimentale di tutta l'attività di diagnostica per immagini compresa l'attività di medicina nucleare "in vivo".

Per quanto riguarda l'attività di radioterapia si considera prevalente l'attività clinica e pertanto ne viene proposta l'aggregazione dipartimentale nel Dipartimento di Medicina metabolica e molecolare.

COMPOSIZIONE

Istituti / Dipartimenti universitari	Unità Organizzative	Codici
Ist. clinica medica 1	S.a. radiologia TAC – RMN	CAA0102
Ist. clinica medica 2	S.a. diagnostica per immagini	CAB0102
	S.S. medicina nucleare	CAB07
Ist. fisiopatologia medica	S.S medicina nucleare	CAD02
Ist. terapia medica sistematica	S.a. radiologia	CAM0102
	S.S.medicina nucleare	CAM03
Dip. medicina clinica	S.a. radiologia	CAE0202
Dip. malattie infettive tropicali	S.a. radiologia	CAT0103
Ist. clinica chirurgica 1	S.a. diagnostica per immagini	CCA24
Ist. clinica chirurgica 2	S.a. radiologia	CCB0101
Ist. clinica chirurgica 3	S.a. radiologia	CCC1601
Dip. scienze ch. e tec. mediche appl.	S.a. radiologia	CCD0101
Ist. chirurgia urgenza e pronto soccorso	S.a. radiologia	CCG0102
	S.S. diagnostica per immagini	CCG05
Ist. clinica ORL	S.S. otoneuroradiologia	CDA0101
Ist. oftalmologia	S.S. radiologia oto-oculistica	CDM05

- per il Dipartimento Emergenza Accettazione (D.E.A. di II livello) si richiede il potenziamento dei servizi di emergenza ed accettazione, fortemente integrati con le degenze ed i servizi di diagnosi e cura;
- per le Tecnologie viene richiesto l'aggiornamento tecnologico, la possibilità di flessibilità e la rispondenza alle normative di sicurezza.

Nella *Sintesi dei contenuti della "Ipotesi per un nuovo Piano Strutturale Direttore"* si anticipano alcuni criteri generali fra i quali:

- nell'ambito della proposta di riorganizzazione dell'impianto del Policlinico -fissate le leggi generali- si pone l'esigenza di individuare un impianto complesso ma adattabile, garantendo gradi di flessibilità differenziati.

In particolare, per quanto attiene alle succitate leggi generali, si fa riferimento ad una progettazione su scala ampia delle ipotesi di ristrutturazione e destrutturazione per garantire un ordine ed un governo al sistema nel suo complesso anche mediante la definizione di "dorsali impiantistiche" e tecnologiche invarianti e durevoli.

Il piano direttore generale deve -attraverso piani particolareggiati attuativi- individuare modalità, tempi, costi, per il raggiungimento degli obiettivi che investono tutto il Policlinico.

Per tali piani le indicazioni fornite suggeriscono:

- la ristrutturazione completa dei padiglioni di degenza per fasi per non interrompere le normali attività del Policlinico ed il loro completo utilizzo;
- la demolizione di superfetazioni, successive agli edifici originari e che implicano anche possibili dissesti strutturali;
- la particolare attenzione da porre nella realizzazione degli interventi tenendo nella giusta considerazione la "dignità architettonica" degli edifici interessati;
- il recupero ed in alcuni casi il restauro conservativo degli edifici per la didattica, lo studio, la ricerca -che hanno subito nel corso degli anni rimaneggiamenti continui;
- l'appalto per i servizi generali in prevalenza all'esterno, con "nodi di scambio" interni perimetrali al muro di cinta prevedendo percorsi diretti verso le aree sanitarie.

In un quadro programmatorio generale, la realizzazione di diversi segmenti attuativi del piano strategico consentirà il perseguimento degli obiettivi di carattere assistenziale previsti dall'Azienda.

La proposta di riorganizzazione e riequilibrio delle diverse aree funzionali (degenze, servizi di diagnosi e cura, servizi generali) ha tenuto quindi in opportuna considerazione alcuni obiettivi considerati prioritari quali:

- il decongestionamento che verrà a determinarsi attraverso l'attuazione del protocollo d'intesa Regione-Università;
- la conseguente rimodulazione dei posti letto (in rapporto all'avvio dell'Azienda S. Andrea);
- la riorganizzazione dipartimentale delle attività assistenziali;
- il potenziamento delle attività specialistiche ambulatoriali;
- l'introduzione di elementi innovativi indotti dall'uso di tecnologie avanzate.

Il programma edilizio dell'intervento nelle sue logiche di indirizzo si è sviluppato nel rispetto di tali priorità cercando il più possibile di coniugarle con l'offerta degli spazi disponibili.

Per quanto concerne in particolare la dotazione dei posti letto è stata presa in esame la rimodulazione proposta dall'Azienda, che prevede circa 1200 posti letto ordinari, all'interno dei quali è compresa una quota per l'attività libero-professionale intramuraria (*range* compreso fra il 5% ed il 10 %), nonché una quota di posti letto per le attività di degenza diurna (*day hospital* e *day surgery*) partendo da un minimo del 10% sul totale dei posti letto, considerandoli ad essi aggiuntivi.

Tale dimensionamento è stato inoltre rapportato da un punto di vista logistico rispetto ai criteri per l'accreditamento rifacendosi al D.P.R. n. 37 del 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle strutture sanitarie.

a.2 logiche del programma dell'intervento edilizio

Il primo dei problemi da affrontare per tentare di riorganizzare un *lay-out* funzionale è indubbiamente quello di ritrovare un equilibrato rapporto in termini quantitativi fra funzioni ospitate e spazi disponibili. L'obiettivo, attraverso un ben calibrato programma edilizio e razionalizzando spazi e percorsi, è di allinearsi agli standard attualmente utilizzati per l'edilizia ospedaliera e cioè il rapporto posto letto/mq

Tale rapporto, per un ospedale generale, è generalmente individuato in circa 100-110 mq/pl. che per i 1400 posti letto richiesti (1200 + 200 di *D.H.*) comporta una superficie totale attorno ai mq 140.000.

Sulla base delle richieste della committenza è stato quindi possibile predisporre il programma edilizio che qui si riporta sinteticamente:

- area delle degenze	mq 47.120	31%
(per circa 1200 posti letto)		
- area dei servizi di diagnosi e cura	mq 73.710	48,5%
(con circa 200 posti in *day hospital*)		
- area dei servizi generali	mq 31.163	20,5%
Totale	**mq 151.993**	**100%**

Con uno standard, come in precedenza ricordato, di circa 108 mq a posto letto.

Accantonando circa 51.000 mq per didattica e la ricerca (le attuali cliniche) si perviene ad individuare come necessaria una superficie complessiva di mq 202.000 che porta lo standard a circa 145 mq/pl. e quindi pienamente accettabile anche se leggermente in eccesso.

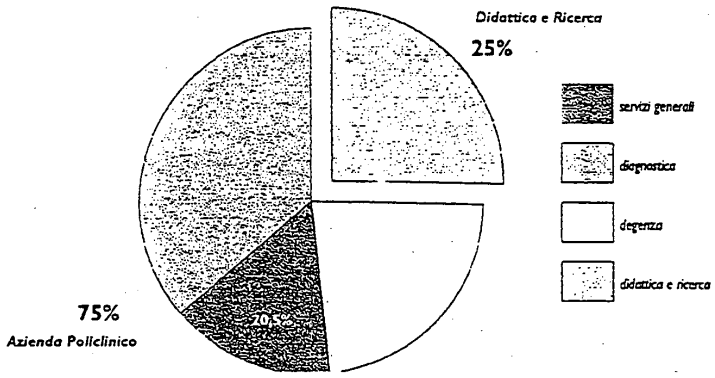
Questo in sintesi significa che per le esigenze del Policlinico si rileva un'eccedenza di superfici e pertanto un'eccedenza di cubatura fuori terra come si evince dalla tabella seguente.

Qualora tali eccedenze potessero essere eliminate, l'attuale rapporto mc fuori terra /mq del lotto (pari a 2 secondo il P.R.G.) scenderebbe da circa 5,2 a circa 4 contribuendo pertanto anche a ridurre l'eccessiva densità edilizia; in via subordinata potrebbero essere utilizzate per altre finalità non sanitarie riducendo in tal modo i costi di manutenzione e gestione del Policlinico.

Sintesi dei dati

	sup. mq		mq/pl.
Azienda Policlinico			
tot. sup. utile lorda	151.993	152.000/1400	108,6
Ateneo-			
tot. sup. utile lorda	50.822	51.000/1400	36,3
Totale generale	**202.815**	**202.815/1400**	**144,9**

Azienda Policlinico	151.993 mq	(100%)
Degenza	47.120 mq	(31%)
Diagnostica	73.710 mq	(48,5%)
Servizi generali	31.163 mq	(20,5%)



Sintesi dei dati fondiari e territoriali attuali e di previsione

Superficie territoriale interna al perimetro Policlinico		
mq totali		154.000
Superficie Utile lorda	esistente	di progetto
mq	249.500	202.815
Superficie utile lorda Fuori Terra		
mq	189.000	160.320
Cubatura esistente		
mc	800.000	678.153
Indice utilizzazione territoriale mc/mq	5,19	4,4

I dati su riportati in tabella vanno, per una loro maggiore comprensione, riportati nell'ambito del pressante problema di reperire adeguati spazi per la 1° Facoltà di Medicina per il quale è stato concordato che la superficie necessaria è pari al 21% degli spazi attualmente in uso comprendendo anche gli edifici attualmente dislocati al di fuori della cinta del Policlinico.

Attraverso un'attenta analisi e valutazione di ogni singolo edificio si è pervenuti a soddisfare tale esigenza come si può evincere dalla seguente tabella di sintesi.

Superfici destinate alla Prima Facoltà di Medicina dell'Università di Roma "la Sapienza":

Dati quantitativi generali			
Superficie Utile Lorda Totale	SUL mq	SUL Ft mq	SUL Et mq
edifici interni al perimetro del Policlinico	249500	189.000	60.500
edifici esterni al perimetro del Policlinico	60.920	47.642	13.278
Totale	**310.420**	**236.642**	**73.778**

Percentuale richiesta a destinazione Universitaria 21 % SUL FT Totale:

Calcolo superfici fornite all'interno dell'isolato del Policlinico	SUL Ft mq	%
superficie ft totale	236.642	100%
superficie ft richiesta	49.695	21,00%
superficie ft fornita - impianto originario	40.368	17%
superficie ft fornita - 50% ampliamenti	4.750	2,01%
Superficie Ft fornita totale	**45.118**	**19,01%**

Superficie utile lorda relativa agli edifici previsti a destinazione universitaria:

(le superfici sono state calcolate comprensive di una quota parte pari al 50% delle superfetazioni e degli ampliamenti non integrati nell'impianto originario del Policlinico)

Edifici interni al perimetro del Policlinico

	Impianto originario			Ampliamenti		
attuale destinazione	SUL mq	SUL Ft mq	SUL Et mq	SUL mq	SUL Ft mq	SUL Et mq
Oculistica	6.276	4.846	1.430	1.857	1.257	600
Chirurgia I Rep. B	12.891	10.293	2.598	1.235	550	685
Chirurgia II	5.507	4.481	1.026	3.252	2.322	930
Medica II	5.601	4.505	1.096	2.791	2.267	524
Medica I	12.218	9.772	2.446	4.657	2.657	2.000
Dermatologia	6.329	4.471	1.858	446	446	-
Amministrazione (50% primo livello)	2.000	2.000	-	-	-	-
Totale sup. utile lorda	**50.822**	**40.368**	**10.454**	**14.238**	**9.499**	**4.739**

Gli edifici esterni al perimetro del Policlinico rimangono all'Azienda, di questi una quota parte messa a disposizione dell'Ateneo è computata come segue. Gli Edifici esterni al perimetro del Policlinico hanno una superficie totale di 60.926 mq di cui 45.230 fuori terra. Fra questi quelli dell'Ateneo sono come da tabella seguente:

	quantificazione SUL			disponibilità %	
attuale destinazione	SUL mq	SUL Ft mq	SUL Et mq	%	SUL Ft mq
Malattie nervose e mentali	12.377	11.446	931	100	11.446
Neuropsichiatria infantile	7.910	5.835	2.075	21	1.225
Ematologia (Via Benevento)	5.049	1.712	3.337	21	360

Quadro sinottico delle superfici destinate alla facoltà di medicina

SUL Ft fornita interna al Policlinico	45.118	19,01%
SUL Ft disponibile edifici esterni Policlinico	13.031	5,51%
Totale	**58.149**	**24,52%**

SUL = Superficie Utile Lorda Ft = Fuori Terra Et = Entro terra

b. La riqualificazione infrastrutturale: Il piano del sistema edilizio

b.1 individuazione delle linee guida di assetto per la riorganizzazione del complesso edilizio

Una volta quantificato il fabbisogno edilizio in termini per ora quantitativi, il secondo dei problemi da affrontare per coniugare un *lay-out* efficace con la struttura edilizia preesistente è indubbiamente quello della chiarezza e leggibilità dell'impianto del quale una qualunque foto aerea denuncia l'assoluto disordine, confusione ed irrazionalità.

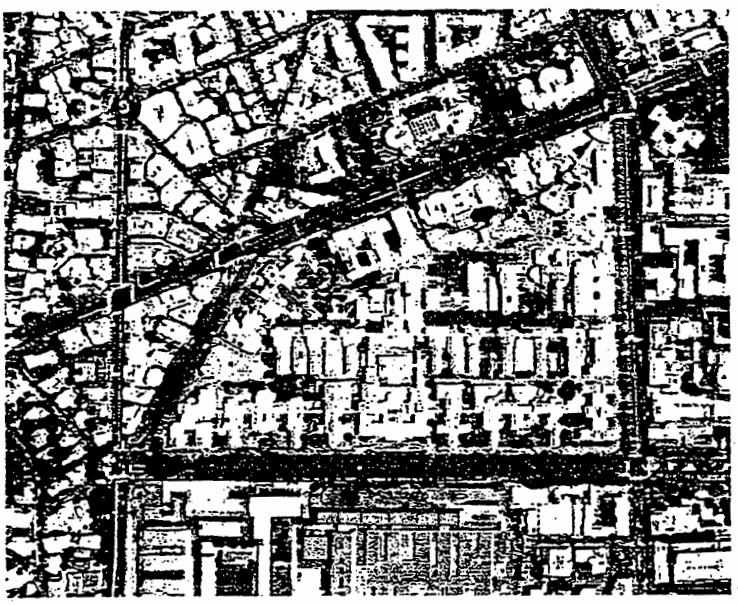
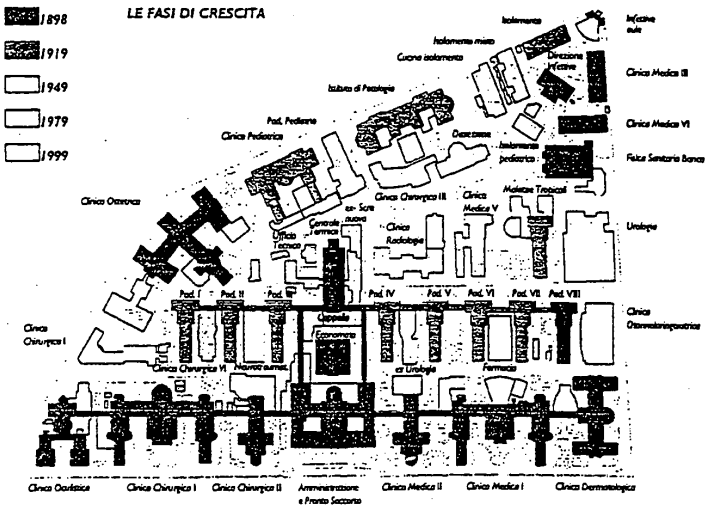


Foto aerea dell'isolato del Policlinico Umberto I (S.A.R.A. Nistri 1994)

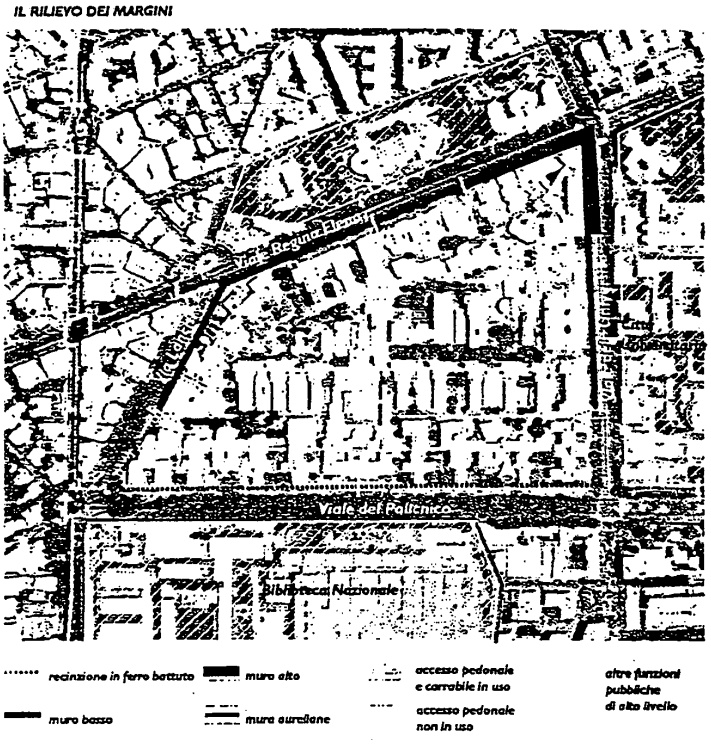
Analizzando la progressiva crescita dell'ospedale si individua chiaramente il periodo (1919) oltre il quale, abbandonato il disegno originario ancorché discutibile però chiaro, si è proceduto per sommatoria di edifici del tutto diversi fra loro per qualità, morfologia e dislocazione sull'area.



Schema delle fasi di crescita del Policlinico Umberto I

Partendo quindi da questo periodo, che come detto conserva ancora sufficienti caratteri di razionalità derivati dal progetto originario e considerando soprattutto anche le condizioni di degrado del patrimonio disponibile, si ipotizza di poter elaborare una serie di proposte di assetto fisico e relativa localizzazione delle diverse funzioni (desunte dai possibili *lay-out*) fra le quali poi selezionare quella più rispondente alle esigenze organizzative del Policlinico.

Un secondo problema è permettere la permeabilità del complesso secondo gli assi trasversale e longitudinale, in modo tale da garantire un'efficace e funzionale riconnessione della "cittadella" del Policlinico al sistema urbano a cui appartiene, ottimizzando quindi le potenzialità e le qualità di relazione di un settore di città discretamente servito ed interconnesso, in cui l'attuale "isolato" del Policlinico si configura come un consistente elemento di discontinuità.



La perimetrazione dell'isolato del Policlinico Umberto I

Leggibilità dell'impianto funzionale

Un ulteriore problema è quello di ripristinare le condizioni tali da garantire una leggibilità immediata del *lay-out* (impianto) funzionale per ogni categoria di utenza potenziale della struttura.

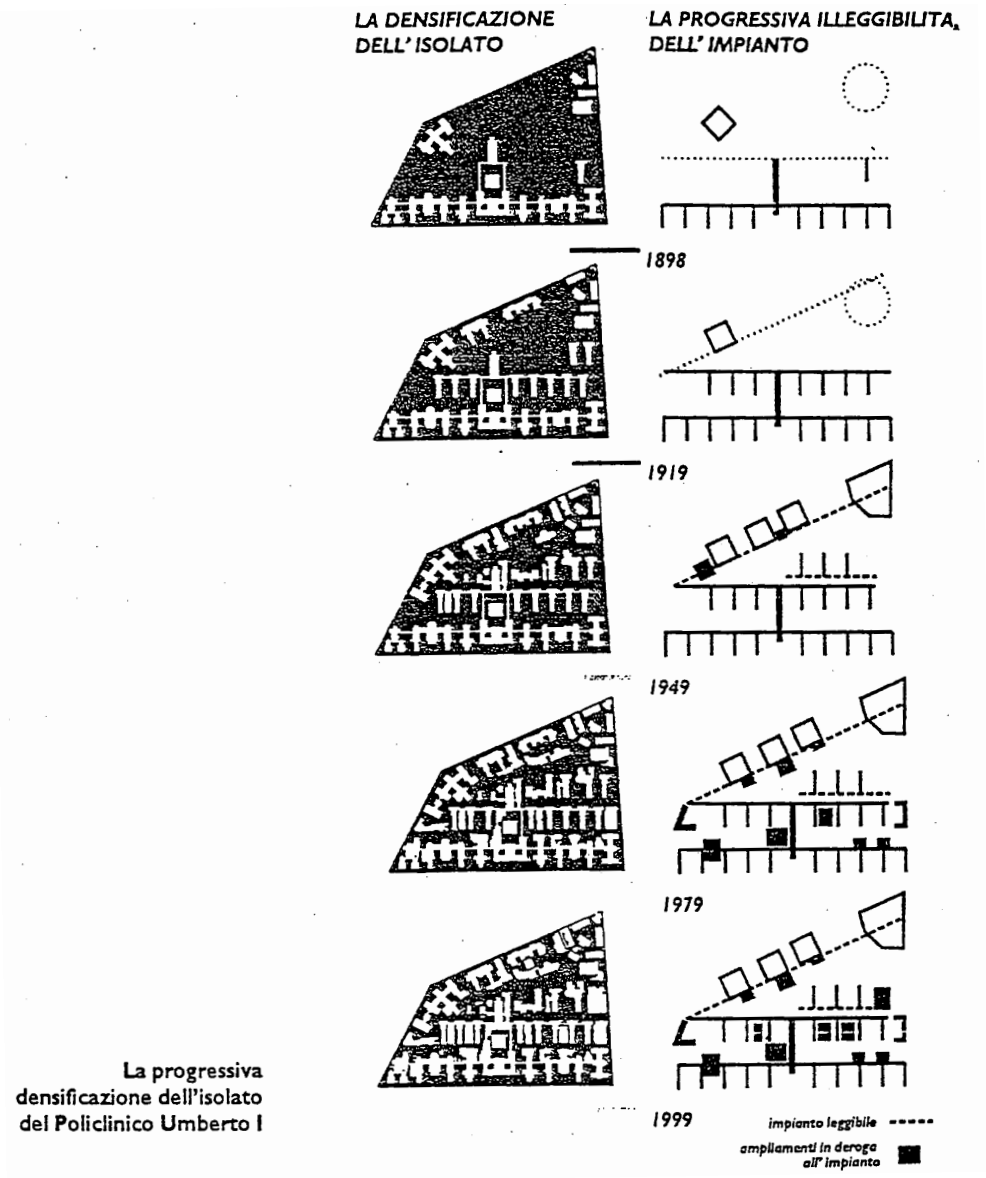
L'attuale stato di polverizzazione e di replicazione dei nuclei funzionali componenti il complesso ospedaliero, aggravato dagli interventi edilizi che hanno condizionato più o meno felicemente l'impianto storico, non permette la chiara comprensione né dell'impianto edilizio né della dislocazione dei servizi e delle funzioni.

Relazione fra spazi aperti e spazi costruiti

La stratificazione delle trasformazioni funzionali e edilizie, se da un lato hanno assicurato la continuità della fornitura di servizi sanitari di adeguato standard prestazionale, dall'altro hanno condizionato il rapporto tra gli spazi aperti e quelli costruiti attraverso un costante consumo di suolo accompagnato da una crescente densificazione dell'edificato sul lotto.

Lo sviluppo edilizio del complesso ha in parte alterato i rapporti originari tra la struttura del sistema dei padiglioni ed il "recinto" in cui questi trovavano la loro sede naturale.

I vuoti, le parti di "parco" tra un padiglione e l'altro, gli elementi di naturale e salubre protezione degli edifici e dei loro ospiti, si sono trasformati in spazi di interconnessione funzionale, in una sorta di vero e proprio connettivo esterno, perdendo in questo modo molti dei caratteri originali dell'impianto fisico del complesso.



La progressiva densificazione dell'isolato del Policlinico Umberto I

Compatibilità tra complesso edilizio e alte tecnologie sanitarie

L'innovazione tecnologica nella sua accezione più vasta ha indotto una profonda trasformazione strutturale e logistica del servizio tradizionalmente inteso: l'ospedale diviene il primo elemento di filtro e connessione tra gli elementi eterogenei che costituiscono la rete sanitaria del territorio, messo in grado di "delegare" l'assistenza a media e bassa intensità a strutture più economiche e leggere sul territorio stesso.

La diretta conseguenza di tale consapevolezza si è tradotta nella necessità di riorganizzare il sistema ospedale, ponendo una particolare attenzione alle potenzialità offerte dalle nuove tecnologie -attrezzature per la diagnosi e la terapia; sistemi telematici per il trasferimento di dati, informazioni ed immagini e i sistemi di trasporto meccanizzati- in termini di ricadute sulla definizione delle scelte organizzative, di distribuzione spaziale .

Le potenzialità offerte da dette tecnologie si concretizzano in:

- flessibilità, intesa come possibili alternative di collocazione spaziale;
- polifunzionalità, intesa come accorpamento di diverse funzioni in un unico sistema/macchina;
- integrabilità, intesa come attitudine della macchina a connettersi funzionalmente con altri sistemi ed interfacciarsi con i sistemi informatici per la trasmissione dei dati e delle immagini;
- specializzazione, intesa come progettazione di prodotti destinati ad un unico scopo (sistemi dedicati);
- mobilità, intesa come capacità della macchina di spostarsi verso il paziente;
- riduzione dei componenti e miniaturizzazione.

Tendenze in atto	*Prodotti/sistema*
Miniaturizzazione *Mobilità*	 *Sistema monitoraggio parametri vitali*  *Attrezzatura ultrasuoni per ecografia*  *Attrezzatura per la rilevazione dell'osteoporosi*  *Stazione di lavoro computerizzata*  *Attrezzatura per radiografia mobile*  *Minicomputer per dati paziente, refertazione, ecc.*
Integrabilità *Polifunzionalità*	 *Sistema Tac dedicato arti inferiori*  *Sistema Tac dedicato arti superiori*
Specializzazione	 *Sistema integrato al braccio della tac per chirurgia interventista*

Le attrezzature condizionano la distribuzione, la flessibilità e la dimensione degli spazi

Il sistema ospedale è oggi soggetto ad una forte frammentazione tecnologica-impiantistica.

Il superamento di tale frammentazione verso il perseguimento di una completa integrazione tecnologica, entrando nel dettaglio delle scelte operate in questa sede, prevede la concentrazione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche in un blocco tecnologico indipendente, ma strettamente collegato al blocco delle degenze, ciò consente:

- la flessibilità del sistema;
- l'ottimizzazione dei tempi di spostamento;
- la riduzione delle interferenze impianti/ sistema edilizio;
- il contenimento delle duplicazioni di servizi;
- l'ottimizzazione della gestione delle tecnologie;

in definitiva una maggiore efficienza/efficacia del servizio erogato e del contenimento dei costi gestionali della struttura.

Tale scelta, che intende la tecnologia non un valore aggiunto alla definizione della proposta bensì parte integrante, consente peraltro di intervenire sulle connotazioni del supporto edilizio, riducendo al minimo le interferenza tra quest'ultimo ed le alte tecnologie presenti

al suo interno, in considerazione del fatto che tempi di obsolescenza che interessano queste ultime sono superiori rispetto a quelli delle diverse componenti dell'organismo edilizio.

Tali tecnologie, ad alta complessità, in definitiva, debbono essere necessariamente concentrate, facilmente collegabili con tutte le degenze ed ospitate in edifici in grado semplicemente di involucrarle. Debbono essere modulari, flessibili, di diverso "peso", facilmente sostituibili e modificabili: in sintesi un sistema tecnologico a geometria variabile a seconda delle esigenze della domanda e della loro evoluzione prestazionale.

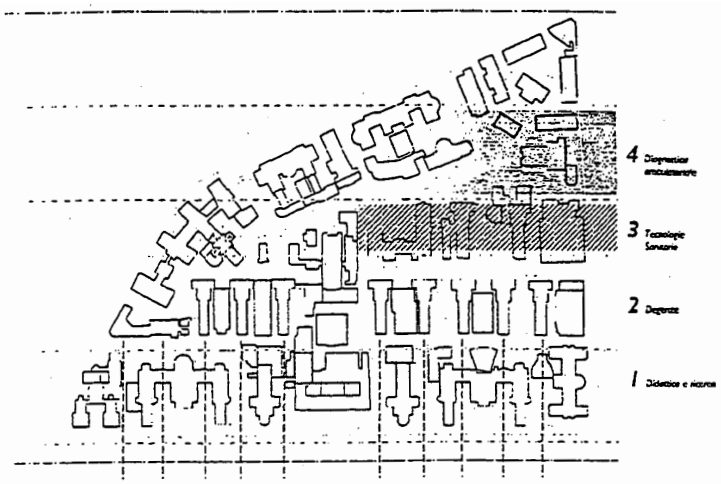
b.2 ipotesi alternative di organizzazione funzionale (lay-out)

b.2.1 individuazioni degli elementi variabili ed invarianti dell'intervento

L'insieme delle considerazioni sin qui riportate ha in comune l'obiettivo guidare le valutazioni di indirizzo e di assetto finalizzate alla restituzione agli spazi aperti ed alle strutture edilizie degli adeguati rapporti qualitativi e quantitativi, compatibili con le particolari esigenze del funzionamento ottimale del "sistema Policlinico".

La complessità del modello d'uso di una struttura di questo tipo, confrontata con i vincoli oggettivi di natura edilizia, urbana e gestionale del complesso su cui ci si propone di intervenire, comporta una prima chiarificazione dei rapporti funzionali tra le componenti caratteristiche di un policlinico universitario, ovvero la didattica e la ricerca da un lato e l'assistenza dall'altro.

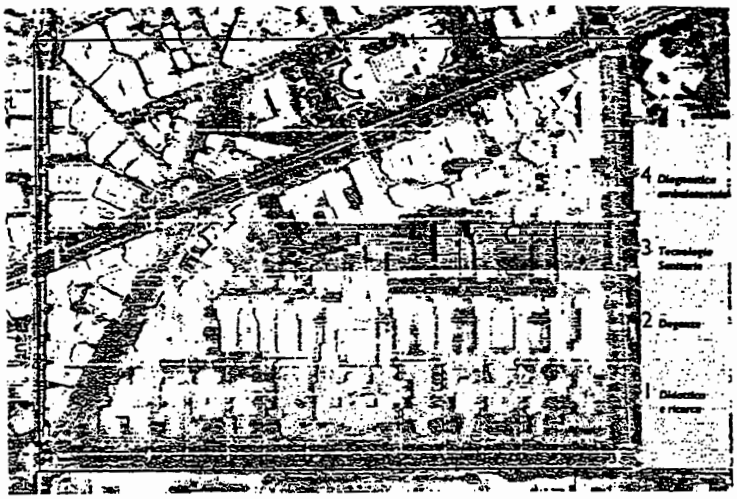
La necessaria e forte integrazione tra le due macro-aree non può prescindere comunque da un'articolazione nitida delle attribuzioni spaziali delle varie attività, alcune necessariamente relazionate, altre no. A questo elemento distintivo dell'attività del policlinico universitario, si affianca la forte presenza di una dotazione di tecnologie sanitarie ad altissima specializzazione, parte integrante dei servizi di diagnosi e cura del sistema ospedale, ma campo principale di sperimentazione per la ricerca svolta in ambito universitario.



Schema dell'organizzazione funzionale

La particolare natura degli edifici facenti parte del complesso storico del Policlinico Umberto I suggerisce una preliminare articolazione per fasce funzionali sovrapposte. Viene così a configurarsi una prima ipotesi di assetto che vede:

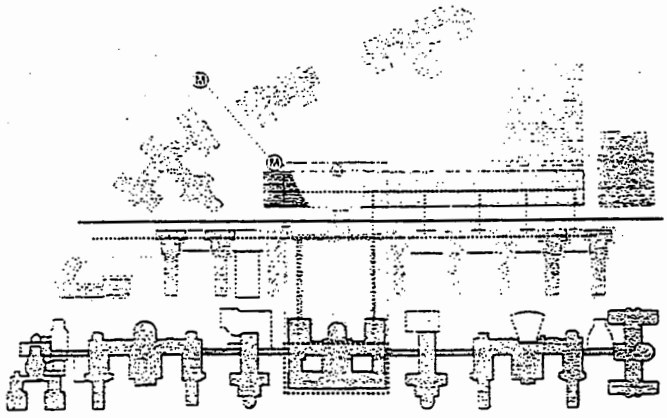
- nella fascia degli edifici più qualificati disposti lungo il viale del Policlinico, l'area destinata alla didattica, alla ricerca scientifica e alla foresteria, finitima ma chiaramente distinta dal resto dell'ospedale e nei fatti accreditata alla 1° facoltà di Medicina;
- nella fascia dei padiglioni delle degenze (meno qualificati in termini edilizi ed architettonici) l'area destinata -attraverso radicali ristrutturazioni- alle degenze;
- sembra naturale prevedere a fianco delle degenze l'area delle alte tecnologie ed i laboratori;
- infine un'area -ovunque disposta, ma preferibilmente aggredibile da Viale Regina Margherita- destinata agli ambulatori;
- al centro di queste, in adiacenza con l'attuale Pronto Soccorso, il D.E.A.



Schema dell'organizzazione funzionale

Sulla base degli elementi invarianti del modello di assetto sopra descritto, è possibile costruire differenti ipotesi alternative rispondenti alle strategie di riorganizzazione espresse dalla committenza. Le alternative possono essere ricondotte a due famiglie di schemi organizzativi.

Il primo che traduce con immediatezza le indicazioni scaturite dal modello di assetto funzionale, ovvero un modello a sviluppo lineare organizzato per fasce funzionali chiaramente distinte per destinazione, distribuite da un sistema di percorsi coperti e scoperti lungo la direttrice longitudinale, interconnesso strettamente dal sistema passaggi ipogei ed aerei, che alle diverse quote, collegano trasversalmente tutti gli edifici del complesso.



Modello di assetto come sistema di relazioni matriciali

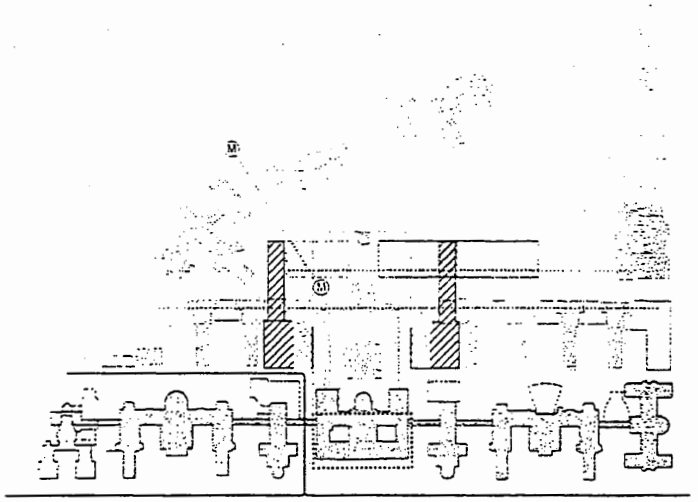
SCENARIO C

Questo tipo di organizzazione delle funzioni genera un sistema di relazioni matriciali tra le parti, finalizzata ad un equilibrata

distribuzione dei carichi funzionali sulle singole parti componenti il sistema.

Questo schema, pur nella sua normalizzazione geometrica, convive senza condizionarlo con l'originale impianto a padiglioni i cui elementi naturalmente vengono integrati nel sistema, costituendone i nodi principali.

Il secondo è uno schema che, pur mantenendo l'articolazione funzionale per fasce di destinazioni, si innesta su un blocco centrale intorno al quale orbitano tutti gli elementi costituenti la struttura ospedaliera.



Modello di assetto come sistema gerarchico-centripeto

SCENARIO B

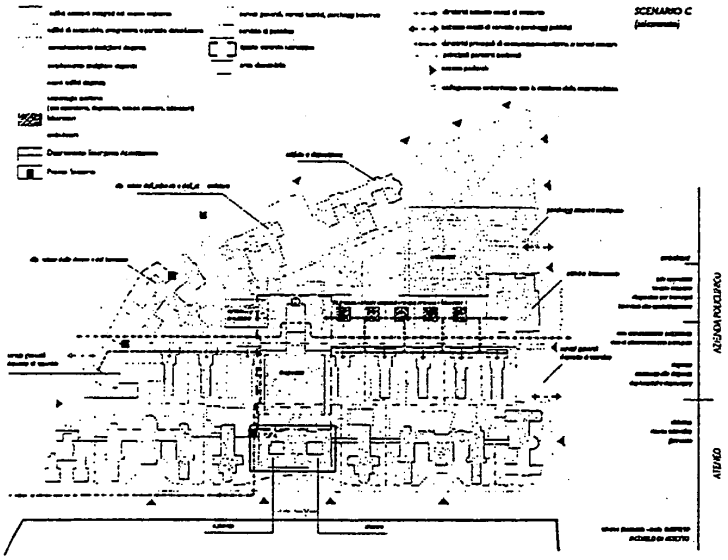
In questo schema i rapporti funzionali e distributivi tra le parti componenti sono di tipo gerarchico-centripeto; si vengono a creare tra gli elementi del sistema dei rapporti di subalternità, tali da congestionare gli elementi più prossimi al centro del sistema, costituito dai blocchi operatori e dai nuclei della diagnostica per immagini, penalizzando gli elementi più periferici. Questo tipo di organizzazione condiziona fortemente il sistema di relazioni proprie dello schema a padiglioni su cui si innesta, ponendo i singoli elementi a satellite di un polo centrale fortemente strutturato e tecnologicamente e funzionalmente molto specializzato.

A partire da queste due ipotesi di organizzazione discendono alcune possibili soluzioni aggregativo-funzionali, presentate in forma di scenari alternativi.

Tutti gli scenari proposti rispettano quantitativamente le richieste espresse dalla committenza in termini edilizi, sia per quanto riguarda

le aree destinate alla didattica ed alla ricerca che quelle destinate alla sanitaria.

A seguito di un confronto comparativo e ponderale è stato selezionato lo scenario meglio rispondente alle aspettative ed alle esigenze della committenza sia in termini organizzativo-funzionali che realizzativi. Dello scenario selezionato si presentano alcune elaborazioni di maggiore approfondimento attraverso le quali è possibile valutare la compatibilità del modello di assetto con il sistema dei vicoli fisici e edilizi propri del complesso edilizio e quelli funzionali propri del sistema policlinico.



Proposta di modello di assetto funzionale: scenario C

Lo scenario selezionato

Vengono quindi integrate anche le oggettive eccezioni costituite dal gruppo dei padiglioni disposti lungo il Viale Regina Margherita in cui, oltre alle funzioni già esposte si prevede la localizzazione dell'area materno infantile, dell'area dei servizi amministrativi, del centro servizi al pubblico -il *mall*-, dell'accesso diretto alla stazione della metropolitana, ecc.

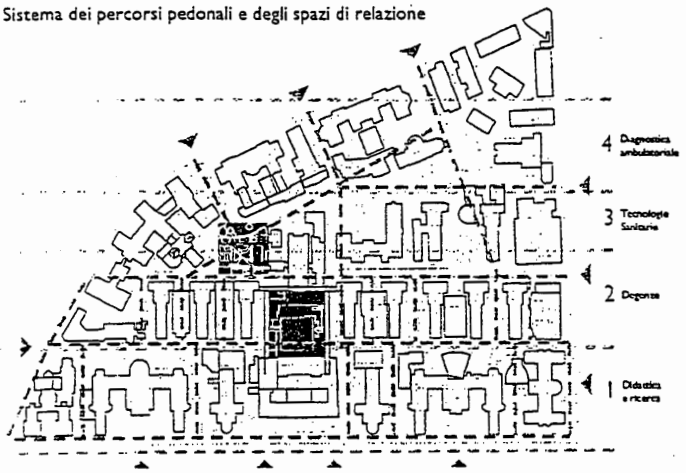
Analizzando in dettaglio la zonizzazione funzionale di questo modello di assetto, si può constatare il verificarsi di alcune positive condizioni:

- il mantenimento di una continuità di relazione tra gli edifici destinati alla didattica ed alla ricerca ed il resto dell'ospedale, comunque chiaramente e fisicamente distinti;
- il viale pedonale degli studenti che costituisce appunto l'elemento di interconnessione;
- la *hospital street* che fa defluire il traffico delle ambulanze, dei servizi, delle auto private al PS;
- l'*agorà*, punto di incontro e di riconoscibilità dell'intero complesso (*mall*, metropolitana, spazi esterni, ecc.);

- il sistema dei percorsi esterni che da Viale Regina Margherita accedono ai servizi per esterni nettamente differenziati e separati dai servizi sanitari per interni (ambulatori, diagnostica per immagini, prelievi di laboratorio, uffici amministrativi, *agorà*, ecc.).

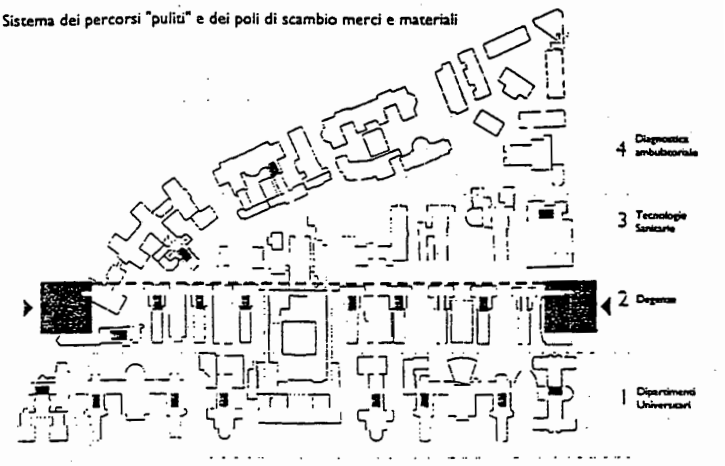
La riorganizzazione dei percorsi pedonali interni

Il Sistema dei percorsi pedonali e degli spazi di relazione



La razionalizzazione delle relazioni funzionali tra gli elementi del sistema e conseguentemente la riorganizzazione dei percorsi interni al complesso edilizio, permettono di risolvere un altro dei problemi che caratterizzano oggi negativamente gli spazi esistenti, ovvero l'uso indiscriminato dei piani interrati e/o seminterrati per servizi sanitari (ambulatori, laboratori, ecc.) e l'uso promiscuo (sporco, pulito, personale, barelle, ecc.) dei percorsi ipogei.

La localizzazione delle funzioni proposta prevede l'uso dei seminterrati esistenti esclusivamente per servizi (spogliatoi, archivi, sottocentrali, raccolta biancheria sporca, *office* per il *catering*, ecc.) mentre i percorsi ipogei, completamente bonificati, integrati e completati dove necessario, vengono utilizzati per lo spostamento del personale e per i veicoli (elettrici o su banda magnetica) di servizio (pasti, biancheria pulita, farmaci, ecc.)



La riorganizzazione dei percorsi seminterrati e ipogei

b.2.2 area funzionale degenza: ipotesi alternative di organizzazione funzionale

Sulla base dello scenario selezionato sono portate a termine le necessarie verifiche di compatibilità tra la nuova organizzazione funzionale, e relative destinazioni d'uso, e le strutture edilizie esistenti interessate dai necessari interventi di ristrutturazione edilizia, di completamento, di manutenzione o di restauro conservativo.

In modo particolare è stata affrontata la verifica di compatibilità tecnologica ed ambientale tra le degenze ed i padiglioni facenti parte della complesso edilizio originale che si è scelto di integrare con il nuovo impianto. Questa operazione ha comportato l'approfondimento della verifica progettuale su alcuni edifici, di cui di seguito sono presentati i risultati.

Particolare attenzione è stata posta alla dislocazione dei posti letto, nel rispetto dei "requisiti minimi" fissati dal D.P.R. 14/1/97 ed al loro *comfort* alberghiero. Sono stati studiati -come da richiesta della Committenza- moduli di degenza da 16, 20 e 32 posti letto con relativi servizi di supporto nel rispetto appunto della normativa vigente.

Per la degenza ordinaria la riorganizzazione dei posti letto prevista dall'Azienda Policlinico Umberto I nell'ambito dell'intervento di ristrutturazione ed ampliamento previsto, comprende un totale di 1218 posti letto. In particolare, i posti letto del Dipartimento di Malattie del Sangue e della Coagulazione (48) e del Dipartimento di Neuropsichiatria infantile (20) sono stati previsti all'esterno del perimetro del Policlinico. All'interno del perimetro, trovano invece allocazione i restanti 1150 posti letto, di cui 1010 in degenza ordinaria e 140 in terapia intensiva e subintensiva.

Per quanto attiene in particolare i posti letto in degenza ordinaria, 114 fanno riferimento al Dipartimento per la Salute della Donna e del

Neonato, 40 al Dipartimento per la Salute dell'Infanzia e dell'Età Evolutiva e 72 al Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali.

Per quanto attiene i posti letto in terapia intensiva, una quota pari a 20 è allocata nell'area dedicata al Dipartimento di Emergenza Accettazione in prossimità del Pronto Soccorso, 36 afferenti al Dipartimenti per la salute della donna e del neonato ed al Dipartimento dell'infanzia e dell'età evolutiva nei padiglioni che attualmente li ospitano.

I restanti 84 posti letto sono stati previsti nel modulo tecnologico dedicato ai servizi di diagnosi e cura, in stretta relazione con le sale operatorie, i laboratori ed i servizi ambulatoriali.

Sul totale generale è inoltre compresa una quota pari a 106 posti letto (corrispondente a circa il 10% del totale) per l'attività *intramoenia*.. I restanti posti letto (484) sono stati previsti all'interno della spina centrale dell'impianto proposto nell'intervento.

Il quadro riepilogativo di seguito illustrato riporta la dotazione dei posti letto in degenza ordinaria, terapia intensiva e semintensiva richiesta dall'Azienda.

	DIPARTIMENTO	Posti letto degenza ordinaria	Posti letto Terapia intensiva	Posti letto Terapia subintens.
1	Emergenza Accettazione e Accoglienza	64	16	4
2	Medicina Interna	96		4
3	Chirurgia Generale	132		20
4	Per la Salute della Donna e del Neonato	114	8	16
5	Per la Salute della Infanzia e dell'Età Evolutiva	40	6	6
6	Per la Salute dell'Anziano	32		
7	Per la Salute Mentale	20		
8	Malattie Cardiovascolari	52	16	24
9	Malattie del Sangue e della Coagulazione	48		
10	Medicina Metabolica e Molecolare	80		4
11	Malattie Apparato Digerente e Fegato	64		
12	Malattie del Sistema Nervoso	104	4	12
13	Malattie Organi di Senso	40		
14	Malattie della Pelle	40		
15	Malattie dell'Apparato Locomotore	64		
16	Malattie Infettive e Tropicali	72		
17	Malattie Nefrourologiche	40		
18	Neuropsichiatria Infantile	20		
	totale	**1122**	**50**	**90**
	TOTALE GENERALE			**1262**

Nell'ambito dell'intervento -nel rispetto di quanto richiesto dalla Committenza- sono stati previsti moduli organizzativi da' 16, da 20 e da 32 posti letto.

Si tratta di moduli diversamente aggregabili all'interno dei differenti padiglioni esistenti e dei nuovi volumi di ampliamento posti lungo la spina centrale dell'impianto che sono stati organizzati nel rispetto delle dotazioni e degli standard previsti per l'area di degenza dal D.P.R.14/1/97.

Conformemente alle disposizioni di legge, per ognuno delle differenti soglie di posti letto- si è cercato di garantire il più possibile il *"rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort alberghiero"*, nonché spazi di raccordo tra le degenze ed i servizi sanitari di piano nei quali prevedere *utilities* per gli accompagnatori o visitatori.

In particolare, sempre secondo quanto prevede il D.P.R. 14/1/97, i moduli di degenza (da 16, da 20 e da 32 posti letto) hanno una dotazione di spazi che di seguito si elenca:

- un locale per visita e medicazioni
- un locale di lavoro per il personale di assistenza diretta
- spazio per caposala
- un locale per medici
- un locale per soggiorno
- un locale per il deposito del materiale pulito
- un locale per deposito attrezzature
- un locale per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle
- una cucina di reparto
- servizi igienici per il personale
- spazio attesa visitatori
- un bagno assistito

Per quanto riguarda gli standard di superficie, la dotazione minima delle camere di degenza risponde allo standard di 9mq/pl.

Non sono stati previsti più di 4 posti letto per camera ed ognuna è dotata di servizi igienici privati.

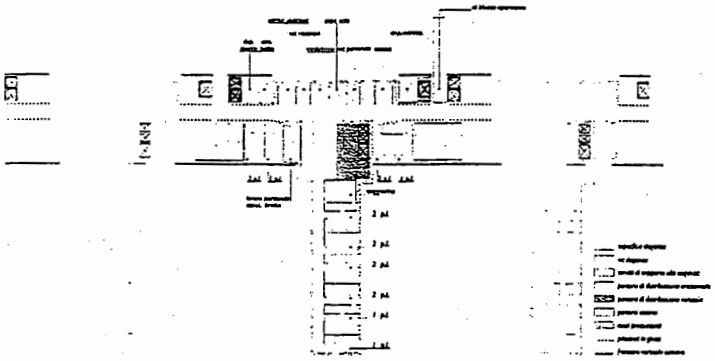
Nel modello proposto, al fine di ottimizzare la funzionalità del reparto, i servizi di supporto alla degenza sono situati lungo il percorso di distribuzione principale che connette i diversi padiglioni ed in diretto contatto con il nucleo che comprende il sistema di distribuzione verticale (corpi scale, ascensori, montacarichi) riservati al personale ed alla movimentazione del materiale di consumo.

Analogamente, per facilitare lo svolgimento di quelle attività che comportano "l'assistenza diretta" da parte del personale infermieristico, alcuni particolari ambienti quali il locale per la caposala ed il locale di lavoro per il personale sono stati ipotizzati in posizione baricentrica.

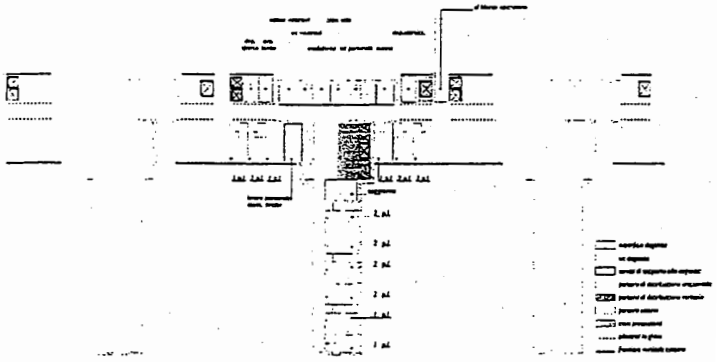
Per garantire il più possibile i requisiti di comfort alberghiero ed il rispetto della privacy del paziente, sono stati previsti appositi ambienti di soggiorno e spazi riservati alle attese dei visitatori.

Questi ultimi, sono stati allocati in stretta adiacenza con il blocco degli ascensori dedicati agli "esterni" ed ai servizi igienici dei visitatori.

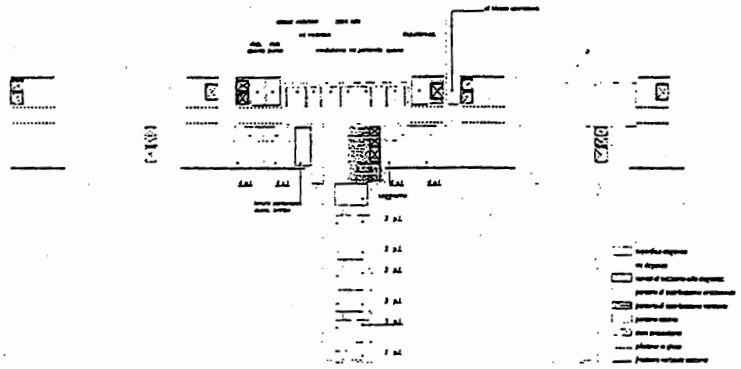
Nei grafici che seguono sono illustrati schematicamente alcune possibili ipotesi distributive che testimoniano la possibilità di poter utilizzare gli spazi disponibili secondo la logica su esposta.



Modulo organizzativo da 16 posti letto



Modulo organizzativo da 20 posti letto



Modulo organizzativo da 32 posti letto

Degenza in regime diurno (day hospital e day surgery)

Nell'ambito dell'intervento di riorganizzazione dei posto letto, la quota pari a 180 posti letto destinata al ricovero in regime di day *hospital* è stata attribuita sulla base delle necessità espresse dalla Committenza riportate nella tabella che segue.

Tali necessità fanno riferimento all'esigenza di prevedere sul totale dei 1218 posti letto in degenza ordinaria, una quota aggiuntiva superiore al 10% per potenziare le attività di *day surgery* che attualmente rappresentano una quota esigua nell'ambito delle attività del Policlinico.

Nella tabella che segue si riporta la dotazione di posti letto in regime di degenza diurna prevista dall'Azienda per i diversi Dipartimenti:

	DIPARTIMENTO	Posti letto in day hospital
1	Emergenza Accettazione e Accoglienza	
2	Medicina Interna	8
3	Chirurgia Generale	8
4	Per la Salute della Donna e del Neonato	8
5	Per la Salute della Infanzia e dell'Età Evolutiva	12
6	Per la Salute dell'Anziano	8
7	Per la Salute Mentale	4
8	Malattie Cardiovascolari	12
9	Malattie del Sangue e della Coagulazione	12
10	Medicina Metabolica e Molecolare	20
11	Malattie Apparato Digerente e Fegato	12
12	Malattie del Sistema Nervoso	12
13	Malattie Organi di Senso	6
14	Malattie della Pelle	8
15	Malattie dell'Apparato Locomotore	4
16	Malattie Infettive e Tropicali	8
17	Malattie Nefrourologiche	8
18	Neuropsichiatria Infantile	30
	Totali	180

In considerazione delle opportunità e dei vincoli logistici, per le degenze in regime di ricovero diurno sono state ipotizzate allocazioni contigue per piano che garantiscono un gestione integrata con gli spazi ambulatoriali.

Infatti, l'allocazione dei posti letto al piano terra dei padiglioni dedicati, ai piani superiori alla degenza ordinaria, garantisce da un lato la massima accessibilità da parte degli utenti esterni, dall'altro la stretta relazione con gli ambulatori specialistici -eventualmente allocabili- con i quali risultano perfettamente integrate.

La proposta prevede appunto un'offerta di servizi organizzati -come richiesto- in moduli da 8 a 12 posti letto, con possibili alternative di aggregazione con spazi integrati dedicati ad attività ambulatoriali.

L'altra ipotesi (invece variabile solo nel numero dei posti letto) prevede un'utilizzazione esclusiva del modulo per posti in *day hospital* (e in *day surgery*), con un'offerta variabile dai 16 a 20 posti, rispettivamente in camere a due ed a tre letti.

In entrambi i casi, il modello proposto si sviluppa secondo un'articolazione che prevede la concentrazione dei servizi di supporto in posizione baricentrica rispetto alle camere ed agli spazi ambulatoriali.

Per quanto attiene l'organizzazione funzionale, sia per le camere, che per gli spazi ambulatoriali ad esse integrati, (nell'ipotesi alternativa) sono stati rispettati gli standard richiesti dal D.P.R.14/1/97.

In particolare, per quanto concerne la dotazione di "*spazi per il trattamento diagnostico-terapeutico e per il soggiorno dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno)*" è stata prevista la seguente dotazione:

- spazio da dedicare alle attività di segreteria, registrazione, archivio
- spazio attesa
- locale visita
- ambienti dedicati alla degenza
- locale lavoro infermieri
- cucinetta
- deposito pulito
- deposito sporco
- servizi igienici distinti per utenti e personale.

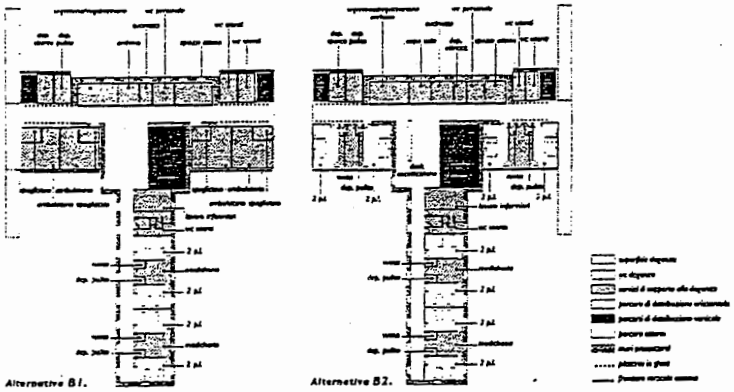
Per quanto attiene invece i locali e gli spazi dedicati alle attività ambulatoriali di tipo specialistico (qualora presenti) intesa come "*struttura o luogo fisico ... preposto all'erogazione di prestazione sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nelle*

situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno" è stata prevista la seguente dotazione di spazi conformemente al su citato D.P.R.14/1/97:

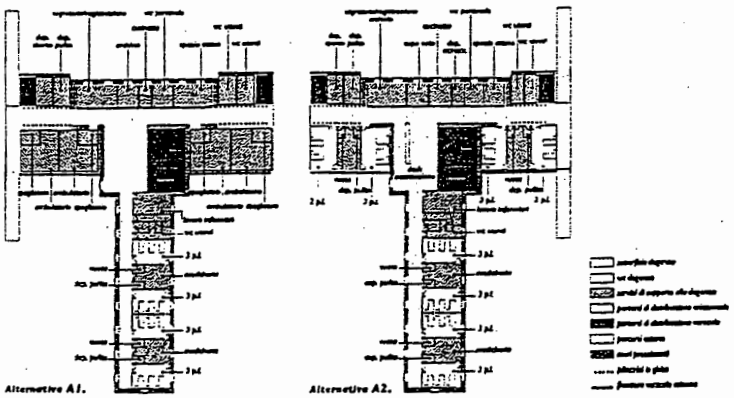
- sala per l'erogazione delle prestazioni (con un'area separata per spogliarsi)
- spazi per attesa, accettazione, attività amministrative
- servizi igienici distinti per utenti e personale
- spazio/locali per il deposito di materiale pulito
- spazio/locali per il deposito di materiale sporco
- spazio o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni

Le alternative di modello organizzativo proposte che prevedono i moduli di degenza funzionalmente integrati alle attività ambulatoriali - nel rispetto degli standard richiesti- considerano l'utilizzo comune di alcuni spazi di supporto quali l'accettazione/registrazione/archivio, i servizi igienici per gli utenti e per il personale e le attese.

Moduli organizzativo da 8 e da 12 posti letto



Moduli organizzativo da 16 e da 20 posti letto



Il D.E.A. Nell'ambito del processo di rifunzionalizzazione del Policlinico Umberto I il nucleo centrale attorno a cui ruota tutto il complesso ospedaliero è costituito dal D.E.A. -recentemente inaugurato- che attraverso una stretta correlazione funzionale con altri servizi resa possibile proprio a seguito della razionalizzazione che qui si propone diventerà in breve "la porta" dell'ospedale: un accesso costituito da un'aggregazione di unità funzionali operative volte a fornire prestazioni sanitarie d'emergenza e a disporre l'eventuale accettazione dei pazienti in ospedale.

A differenza dei dipartimenti tipici costituiti da Unità Operative (UO) aggregate fisicamente, il DEA comprende UO, che fanno parte esclusivamente del dipartimento, e UO che fanno parte di altre strutture e che operano nell'ambito della "funzione emergenza", attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli.

Le funzioni generali del DEA sono:

- soccorso immediato nelle emergenze e nelle urgenze, assicurando adeguati livelli di assistenza;
- coordinamento e collegamento tecnico-organizzativo con gli altri ospedali sede di DEA e di pronto soccorso situati nel territorio di riferimento;
- coordinamento e collegamento con le strutture extraospedaliere addette all'emergenza e all'ordine pubblico;
- soccorso e pronto intervento nelle catastrofi;
- filtro dei ricoveri ospedalieri e riduzione dei ricoveri impropri.

Il DEA del Policlinico Umberto I in tal modo potenzierà i servizi di emergenza e di accettazione concepiti in modo fortemente integrato, sia fisicamente che funzionalmente, con le degenze e i servizi diagnostici.

La normativa regionale individua, infatti, il Policlinico Umberto I come sede di Pronto Soccorso per un bacino di utenza di 250.000 abitanti e DEA di II livello per un bacino di utenza di 1.250.000 abitanti coordinando tutti gli altri DEA di I livello del territorio di riferimento e ricoverando tutti i "codici rossi" (pazienti con emergenze sanitarie).

Il DEA del Policlinico Umberto I garantisce:

- collegamento rapido con la rete 118 e disponibilità di un eliporto;
- funzioni di pronto soccorso e accettazione, osservazione e breve degenza, rianimazione;
- prestazioni di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC, psichiatria di urgenza;

- prestazioni di alta qualificazione legate all'emergenza (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, trattamento ustionati, terapia iperbarica, emergenze tossicologiche, ecc.);
- prestazioni di laboratorio (analisi chimico-cliniche e microbiologiche), diagnostica per immagini e prestazioni trasfusionali.

Inoltre, data integrazione del dipartimento con le strutture universitarie della I Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università La Sapienza di Roma, il DEA parteciperà -in via complementare e parallela ai fini assistenziali- ad attività di ricerca finalizzata, di didattica e di formazione.

b.3 proposta di articolazione delle fasi temporali e finanziarie di attuazione dell'intervento

Per rendere concreto e fattibile l'intervento è stato necessario elaborare un cronoprogramma che individuasse i possibili comparti sui quali intervenire, quali edifici "polmone" utilizzare, quale successione degli interventi adottare e con quali possibili alternative.

Di ognuno di questi sono stati individuati obiettivi, criteri, modalità, tempi e costi (parziali e complessivi da impegnare nel prossimo quinquennio).

Il programma degli investimenti è stato elaborato individuando una serie di "obiettivi" da realizzare. Tali obiettivi, denominati "fasi d'intervento", sono stati definiti per edificio o per blocchi omogenei di edificio. Le fasi di intervento sono state classificate in tre "aree" che connotano la qualità degli obiettivi da realizzare:

- degenze/comfort alberghiero;
- dotazioni tecnologiche;
- servizi/sperimentazione gestionale.

Per ciascuna fase sono stati definiti costi totali di investimento attraverso la quantificazione delle superfici e l'attribuzione a ciascuna superficie di un costo unitario di investimento secondo la maggiore o minore caratterizzazione tecnologica dell'opera da realizzare.

Inoltre a ciascun intervento è stato associato un valore di investimento in "attrezzature elettromedicali e arredi economali", con importo maggiori o minori secondo la destinazione d'uso delle opere (variabile dal 10% al 50% dell'importo in opere e impianti).

Per garantire il mantenimento in funzione del complesso ospedaliero è stato infine inserito un valore pari al 10% dell'importo degli investimenti da effettuare nel periodo considerato (5 anni).

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

Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma - Tel. 0649971 - Partita I.V.A. 05865511009

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 cardiochirurgia, 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, cardiochirurgia, 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 prestazione al codice della prestazione effettuata. Questo flusso consentirà di valutare e valorizzare le prestazione eseguite per pazienti ricoverati.
Al fine di migliorare i volumi e la complessità della casistica trattata è stato attuato un **sistema di negoziazione budgettaria** con tutti i Dipartimenti e le Unità Operative per l'individuazione di obiettivi concordati di miglioramento della produttività (includendo 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 conseguimenti 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 ridurne 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 organizzazione 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 tette 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.**

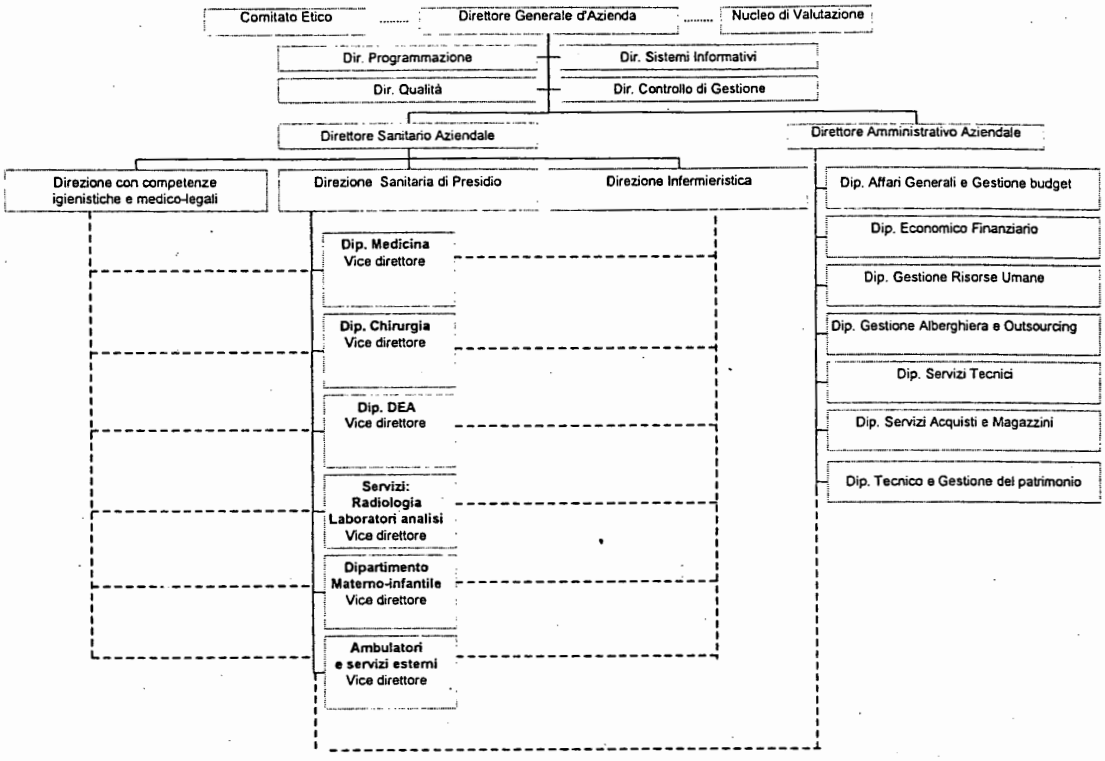
Oltre all'attivazione dei reparti gia citati nell'obiettivo 1, il programma di intervento ha coinvolto anche aspetti di natura strutturale riguardanti la conclusione dei lavori e l'**attivazione del pronto soccorso oculistico e della neurochirurgia**, il riaffidamento dei lavori per il **completamento del DEA pediatrico**.
E' stata terminata la **ristrutturazione della terza camera operatoria del blocco chirurgico di cardiochirurgia 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 Unita 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 rifunzionalizzazione 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 istitui/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 quali-quantitativo 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 prioritarizzazione 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 si 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.

La questione del personale, tra l'altro, riporta alla definizione di problematiche che sono attualmente sul tappeto e che investono la definizione di strutture ed organici per i singoli settori amministrativi di cui l'amministrazione universitaria vorrà dotare la dipendente Azienda Policlinico, nonché la delicata definizione del progressivo esodo di personale docente e non docente diretto all'avvio e alla messa a regime dell'Azienda S. Andrea cui è stata destinata la seconda Facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza.

Il piano strategico così delineato nelle sue componenti principali costituisce evidentemente solo la base clinica ed organizzativa di un contesto gestionale che deve fare però i conti con le disponibilità finanziarie generate dalle attività stesse, perché solo dalla valorizzazione economica e tariffaria di queste ultime può essere ottenuto quel pareggio di bilancio che risulta essere tuttora un obiettivo da raggiungere, certamente in tempi non brevi, senza le citate razionalizzazioni. Solo il possesso di tutti i dati disponibili potrà consentire di formulare un piano finanziario credibile, con un percorso definito ed idoneo a raggiungere quell'equilibrio di cui la legge fa carico all'azienda, che già è gravata da un deficit rilevante, materia di doverosa considerazione da parte dei competenti organi regionali.

Ogni punto del programma così abbozzato, per essere più propriamente metodologico che indicatore di soluzioni, richiede una attribuzione di compiti, un'indicazione di obiettivi e una decisione sui contenuti tutte di competenza del Rettore e dell'Amministrazione Universitaria cui l'Azienda fa istituzionalmente riferimento e da cui dovrà ricevere le necessarie approvazioni nelle sedi competenti.

Solo al termine di questo articolato processo di rivisitazione dell'esistente e di definizione del programma potrà essere assunto nella sua completezza quell'atto aziendale che, previsto dalla normativa, dovrà poi costituire nelle sue componenti obbligatorie e facoltative il riferimento operativo all'azione di governo aziendale e alle attività delle unità operative.

Obiettivi ed azioni programmatiche.

Come si è già indicato nelle precedenti linee strategiche, 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 57000 ricoveri effettuati nel 2000 ; nello stesso periodo di tempo il suo "naturale competitore", il Policlinico Gemelli, passava da 48000 ricoveri a circa 80000, disponendo peraltro di diverse centinaia di posti letto in meno.

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

Deve pertanto essere indicato per il prossimo triennio l'obiettivo degli 80000 ricoveri, 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.

Contestualmente dovranno essere potenziate le attività ambulatoriali, 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.

- **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

La riqualificazione in questione risulta essere possibile nell'arco di un quinquennio visto che, per la prima volta, la regione Lazio dispone di un programma concordato con l'Università degli Studi La Sapienza per il quale sono previste le risorse finanziarie necessarie (è del 2 febbraio us l'individuazione da parte del Ministero della Sanità dei progetti di cui all'art. 71 l. 448/98 che destina al Policlinico oltre 200 miliardi, che coprono una parte di un più corposo ed articolato project financing).

L'operatività del Policlinico non può però prescindere da una serie di interventi strutturali urgenti che non possono attendere il completamento di nuove, importanti strutture. Dovrà quindi essere validato e completato il piano riguardante il Dipartimento di Emergenza, i Complessi Operatori, i Laboratori e le Radiologie in un'ottica di centralizzazione dei servizi diagnostici e terapeutici trasversali.

- **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.**

Un Policlinico Universitario, infatti, è il punto più alto e nello stesso tempo più complesso di uno dei cinque fondamentali disegni strutturali aziendali che va sotto il nome di "burocrazia professionale", contraddistinta da una programmazione, una organizzazione e una gestione del tutto peculiari per il ruolo che in esse esercitano i gruppi professionali costituenti le unità operative. Gli articolati rapporti tra i gruppi stessi e i servizi centrali di supporto, con la numerosità eccezionale degli enti coinvolti rendono particolarmente difficili il coordinamento, il processo decisionale l'individuazione delle deleghe e dei livelli di responsabilità. Nell'ambito del disegno aziendale assumono rilevanza numerosi obiettivi subordinati all'aziendalizzazione:

- Definizione dell'organizzazione dipartimentale con la creazione dei Dipartimenti ad attività integrata scientifica,didattica e clinica;
- Definizione della dotazione dei posti letto con relativa pianta organica;
- Definizione dei centri di costo e di responsabilità, con i regolamenti ed i processi amministrativi;
- Istituzione di un completo controllo di gestione;

- Definizione di un sistema di gestione delle risorse umane basato sulla valutazione delle attività e dei risultati e, coerentemente con il nuovo contratto, connesso con un sistema premiante;

- Informatizzazione progressiva delle attività non solo amministrative ma principalmente clinico-scientifiche.

Gli aspetti progettuali del disegno aziendale potrebbero essere completati nell'arco di 6-8 mesi e suggellati con l'assunzione formale dell'ATTO AZIENDALE mentre la messa a regime dell'intero sistema dovrebbe avvenire nell'arco di un biennio salvo per il processo incessante dell'informatizzazione.

- **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.**

Questo obiettivo non può certo attendere il completamento di aspetti fondanti come la ristrutturazione ambientale e l'aziendalizzazione per esprimere quel miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni atteso dai cittadini e dal Governo delle istituzioni di riferimento. Numerose sono le azioni programmatiche previste nell'ambito di questo obiettivo e spaziano da materie e settori clinico-assistenziali a materie e settori gestionali ed amministrativi. Se ne elencano solo alcune tra quelle prioritarie:

- Completa riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza, già oggetto del citato completamento strutturale, perché possa costituire uno dei punti di eccellenza del Policlinico nei confronti dei cittadini utenti;

- Rivisitazione di tutta l'accessibilità ai servizi prestati dal Policlinico in termini di unicità di informazioni, prenotazioni,accettazione e pagamento dei ticket, tempestività di risposta con riduzione e/o abolizione delle liste di attesa, umanizzazione dei servizi erogati, semplificazione dei percorsi di pazienti e visitatori;

- Miglioramento delle attività di preospedalizzazione, di dimissione protetta e di ospedalizzazione a domicilio, con riduzione della degenza media, anche al fine del già indicato aumento dei casi di ricovero;

- Miglioramento delle funzionalità delle camere operatorie e degli altri servizi centralizzati con l'ottimizzazione dell'utilizzazione del personale non medico;

- Utilizzazione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche 24 h su 24 per il conseguimento dei precedenti obiettivi;

- Potenziamento delle politiche di outsourcing con integrazione dei servizi esternalizzati ed economicità di gestione degli stessi;

- Promozione della qualità assistenziale attraverso l'adozione di misure di governo clinico con la previsione di meccanismi di formazione medica continua, l'adozione di comportamenti coerenti con la medicina basata sulle prove di efficacia e, infine, la promozione ed il rafforzamento del trasferimento dei risultati delle attività di ricerca nella pratica assistenziale.E' questo evidentemente l'ambito in cui più modernamente viene inteso e si esalta l'insostituibile ruolo dell'Università nel progresso della medicina nelle sue fondamentali componenti di scienza e pratica clinica.

Il complesso delle azioni programmatiche descritte, certamente non esaustivo, non può essere attuato senza un contemporaneo, importante potenziamento delle attività amministrative dell'Azienda nei più diversi settori:

- Le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa dovranno essere rese congrue, in termini di numero e di competenze degli appartenenti, al coordinamento delle attività di programmazione, gestione e controllo delle attività clinico-assistenziali, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento ed i Responsabili delle Unità Operative complesse.

- Particolare rilevanza ha l'istituzione del Nucleo di Valutazione previsto dalla normativa vigente per attivare i descritti meccanismi di migliore gestione delle risorse umane.

- Fondamentale, inoltre, risulta essere la riorganizzazione ed il potenziamento degli uffici amministrativi da concordare con il Direttore Amministrativo dell'Università degli Studi La Sapienza, per raggiungere sempre nell'ambito della reciproca collaborazione, i necessari livelli di efficienza operativa, nella distinzione dei compiti e/o nella definizione delle necessarie integrazioni. Al riguardo, ad esempio, appare evidente come sia del tutto convenzionale l'ascrizione di responsabilità amministrativo-gestionali, nell'ambito del Policlinico, a seconda della specificità di servizi diretti alla parte didattica e di ricerca od alla parte assistenziale. In molti casi, la bipartizione delle responsabilità conduce solo a sovrapposizioni e sprechi; l'ideale sarebbe concordare l'unicità di responsabilità e di gestione cui far seguire la ripartizione parametrica dei costi.

- Nel settore amministrativo appare assolutamente necessaria la completa riorganizzazione del settore Acquisti e Magazzino e del settore Servizi

Tecnici, cui la gran parte delle Unità Operative fa risalire importanti disfunzioni.

- Il grave squilibrio finanziario che il Policlinico presenta, infine, deve porre al primo posto il raggiungimento di una economicità di gestione, che deve partire da una analisi interna dei costi, avendo a riferimento complessi universitari similari per individuare con immediatezza gli eventuali scostamenti.

CONCLUSIONI

Dall'insieme degli obiettivi e delle azioni programmatiche risulta una visione ben definita dell'attuale realtà del Policlinico Umberto I, in cui storicamente il maggiore impegno e la maggiore attenzione sono stati rivolti ai pur preminenti problemi accademici che, legati ad un incontrovertibile gigantismo didattico e formativo (non possono essere dimenticati i 35000 iscritti alla Facoltà di Medicina degli anni 70'-80'), hanno fatto passare in seconda linea gli aspetti organizzativi e gestionali, le cui carenti strutture sono oggettivamente crollate nel tempo sotto il peso della insostenibile complessità del sistema (la presenza di oltre 320 Unità Operative non è riscontrabile in nessun altro organismo aziendale di qualsiasi settore).

La Direzione Aziendale deve pertanto,in primo luogo, farsi carico del complessivo riequilibrio del sistema interno,sempre supportando i Docenti nell'impegnativo compito di integrare le inscindibili attività di ricerca,insegnamento ed assistenza.

Sarà ,d'altra parte,cura specifica dell'Azienda il reinserimento delle attività assistenziali del Policlinico, sempre nell'ambito delle politiche dell'Università degli Studi La Sapienza, nelle corrette logiche di programmazione sanitaria della Regione Lazio, per riportare la struttura a svolgere quell'importante ruolo di riferimento nazionale cui l'eccellenza dei gruppi clinico-scientifici di cui è dotata le consente di aspirare.

Tommaso Longhi

Roma,16 febbraio 2001

ALLEGATO G
(Sub allegato 8)

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

Il Direttore Generale

PROT.0014657

Roma, 17 giugno 2003

Al prof. Giuseppe D'Ascenzo
Magnifico Rettore
Università degli Studi
La Sapienza
Roma

E p.c.

All'Onorevole Francesco Storace
Presidente della Giunta Regionale
Regione Lazio
Roma

All'Onorevole Marco Verzaschi
Assessore alle Politiche della Salute
Regione Lazio
Roma

Oggetto: risultati gestionali dell'Azienda Policlinico Umberto I 1-3-2001, 1-3-2003

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

Detti obiettivi sono contenuti nel documento programmatico per la gestione dell'Azienda Policlinico Umberto I, presentato alla M.V. e al Presidente della Giunta Regionale prima della mia nomina a Direttore Generale.

Si allegano per le opportune decisioni e valutazione della M.V. le relazioni relative al primo ed al secondo anno di attività con le azioni effettuate per la realizzazione degli obiettivi suddetti per ognuno dei quali sono stati ottenuti i risultati previsti.

Come ho più volte dichiarato in documenti di programmazione trasmessi alla M.V. ed alla Regione, la possibilità di un pieno risanamento del Policlinico in termini di produttività assistenziale e di riequilibrio economico-finanziario non potrà avvenire se non mediante un complesso di azioni politiche, amministrative e di gestione che vedono il loro naturale ambito decisionale a livello di governo della sanità nazionale e regionale e della Università.

In detto quadro, come è noto in corso di continua evoluzione ed in gran parte incompiuto, la gestione dell'Azienda ha comunque potuto perseguire gli obiettivi che la Regione ha presentato con il piano di risanamento del Policlinico al Governo nell'ottobre del 2001, nonché della proposta di piano di rilancio presentato da questa Direzione Generale alla Regione in data 18-10-2002.

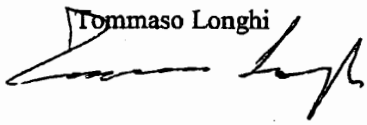
Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma - Tel. 0649971 - Partita I.V.A. 05865511009

Particolarmente significativa, perché ottenuta con una programmazione budgetaria che ha coinvolto, con i Direttori dei Dipartimenti Universitari tutto il personale medico e non medico, è la completa inversione di tendenza delle attività assistenziale e dei risultati economici.

Infatti, a fronte di una riduzione delle attività di circa il 30% tra gli anni 1997 e 2000, riduzione arrestata nel 2001, nel 2002 le attività assistenziali del Policlinico sono aumentate per valorizzazione di oltre il 14%, in parte preponderante nei numerosi settori di alta complessità, il che ha consentito una riduzione del deficit di oltre il 20%, anticipando i risultati previsti dal piano di rilancio per il 2003 e confermando completamente la possibilità del riequilibrio economico-finanziario promesso dalla Regione al Governo entro il 2006.

Rimanendo a disposizione della M.V. per ogni chiarimento e/o approfondimento necessario, La saluto con osservanza.

Tommaso Longhi



ALLEGATO G
(Sub allegato 9)

Azienda Policlinico Umberto I
Ufficio Controllo di Gestione

sintesi ricavi e attività 2002-2003(preconsuntivo)
ricavi in € x 1000
valori medi in €

25/03/2004

	2002	2003 (pre)	var. % 2003/2002	NOTE
RICAVI TOTALI di cui:	**262.747**	**258.469**	**-1,6**	
Ricavi Degenze Ordinarie	172.704	161.598	**-6,4**	
Ricavi Degenze Day Hospital	30.257	34.278	**13,3**	
Ricavi Ambulatorio	29.325	30.205	**3,0**	
Ricavi Emergenza	25.336	27.188	**7,3**	dato preliminare
Ricavi Attività speciali	5.125	5.200	**1,5**	stima
N. Medio Posti Letto Ord. Attivi	1.497	1.312	**-12,4**	
Dimessi Ordinari	46.839	42.644	**-9,0**	
Diarie Degenze Ordinarie	511.033	455.756	**-10,8**	
Tasso occupazione Letti Ordinari	0,94	0,95	**1,8**	
Degenza media	10,91	10,69	**-2,0**	
Valore medio Ricovero Ord.	3.687	3.789	**2,8**	
Valore medio Giornata/degenza	338	355	**4,9**	
N. Medio Posti Letto D.H. Attivi	280	268	**-4,3**	
Dimessi Day Hospital	30.132	34.243	**13,6**	
Accessi Day Hospital	97.761	112.686	**15,3**	
Tasso occupazione Letti D.H.	0,70	0,84	**20,4**	
Valore medio Accesso D.H.	309	304	**-1,7**	
Prestazioni ambulatorio	1.840.333	1.861.683	**1,2**	
Valore medio Prestazione ambulatoriale	15,93	16,22	**1,8**	
Accessi in Pronto Soccorso	155.000	149.000	**-3,9**	
Valore medio Accesso P.S.	163	182	**11,6**	
Note:				
I dati di attività includono i casi non remunerati (scarti e schede non chiuse), i valori includono le relative stime				
Le attività sono valorizzate a tariffa nominale (senza maggiorazioni né abbattimenti)				

ALLEGATO H

AZIENDA OSPEDALIERA
SANT' ANDREA
UNIVERSITÁ DI ROMA "LA SAPIENZA"
SECONDA FACOLTÁ
DI MEDICINA E CHIRURGIA

Il Direttore Generale
Avv. Francesco Rocca

REGIONE LAZIO
DIPARTIMENTO SOCIALE
10 MAG. 2004
N° PROTOCOLLO 54642 | CLASSIFICAZIONE 4A/02

Prot. n. 5209 ***del*** 05.05.2004

Al Direttore regionale
Programmazione Sanitaria
e Tutela della salute
Dott.ssa Elda Melaragno
Assessorato alla Sanità
Regione Lazio
Via R. Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma

OGGETTO: Relazione sull'attività svolta dalla A.O. Sant'Andrea ai sensi dell'art. 2 bis d.l. 1 ottobre 1999 convertito con l. 3 dicembre 1999 n. 453

Con D.P.C.M. 22 luglio 1999 e D.L. n° 341 del 1° Ottobre 1999, convertito con legge 3.12.1999 n. 453, è stata istituita l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea", integrata con la II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma.

o ***SVILUPPO DELL'A.O. SANT'ANDREA: DA NOVEMBRE 2000 A DICEMBRE 2002***

L'assunzione dell'incarico di Direttore Generale del Dott. Gennaro Moccia, nel mese di novembre 2000, a seguito della nomina da parte della Giunta Regionale del Lazio, ha coinciso con l'avvio operativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea quale azienda regionale integrata con l'Università "La Sapienza" di Roma.

Per quanto riguarda questa prima fase, si fa riferimento a quanto contenuto nella relazione dello stesso Direttore Generale trasmessa all'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, con nota prot. n. 4237 del 6 giugno 2002, che qui si riporta in stralcio.

La prima fase attuativa è stata caratterizzata dal perseguimento dei seguenti obiettivi:

- l'attivazione del piano di investimenti previsto dall'articolo 71 della legge 448 del 1998, attraverso la stesura di un complesso progettuale esaustivo e coerente con le procedure e la normativa regionale;

- la definizione dei criteri di integrazione con l'Università, affidata alla stipula di uno specifico protocollo d'intesa tra Università e Regione, con l'indicazione delle attività ospedaliere da realizzarsi al fine di rendere efficace il rapporto tra assistenza, didattica e ricerca.

Per ciò che riguarda la dotazione finanziaria, l'Azienda, al momento della nomina del Direttore Generale Moccia, poteva contare su due distinte fonti di finanziamento:

- da un lato, le risorse stanziate dall'art. 71 della L. 448/98 e successivamente individuate nella misura di 203 miliardi di lire da destinare al completamento del complesso ospedaliero;

- dall'altro, le risorse stanziate dalla Regione per la gestione corrente che, per l'esercizio finanziario 2000, ammontavano a circa 21 miliardi di lire.

Va sottolineato che gran parte di tali risorse erano destinate alla realizzazione di interventi di investimento o, comunque, collegate al supporto della fase di *start-up*.

I due obiettivi iniziali furono quindi:

- da una parte, realizzare una piena e solida cooperazione con l'Università in modo da porre le basi per l'ormai prossima integrazione.

- dall'altra, offrire al territorio sul quale l'Azienda insiste direttamente un insieme di servizi assistenziali e, nel contempo, a consolidare i rapporti con le strutture territoriali di base, in primo luogo con i medici di medicina generale.

Una prima fase di attività dell'Azienda si è concretizzata con la stipula del protocollo d'intesa tra Regione ed Università e l'approvazione del piano degli investimenti, presentato ed approvato nella sua stesura generale nel mese di maggio 2002, nonché la predisposizione di una proposta di pianta organica provvisoria, basata sull'ipotesi di 450 posti di degenza, presentata nel mese di ottobre 2001. Tale proposta prevedeva l'acquisizione di 1.558 unità di personale, di cui 479 di area dirigenziale, come meglio illustrato nel paragrafo relativo alle politiche tese all'acquisizione delle risorse umane.

Lo sviluppo dell'attività operativa è stato realizzato attraverso diversi momenti:

- nel mese di marzo 2001 sono state avviate le attività ambulatoriali e i servizi operanti nell'ambito della diagnostica di laboratorio e della radiodiagnostica.

- accanto alle attività ambulatoriali, nel mese di ottobre del 2001 è stato avviato il reparto di Day Hospital con una dotazione di 24 posti letto riservati a diverse specialità cliniche (tra cui le più rilevanti sono: Oncologia, Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Dermatologia, Pediatria, Medicina Interna, Diabetologia).

In data 30 novembre, in ottemperanza agli accordi presi presso l'Assessorato alla Sanità di cui risulta traccia nell'allegato A (alla delibera 611/02), sono stati attivati 166 posti letto di cui 36 di day hospital.

o ***SVILUPPO DELL'A.O. SANT'ANDREA: DA DICEMBRE 2002 AD OGGI***

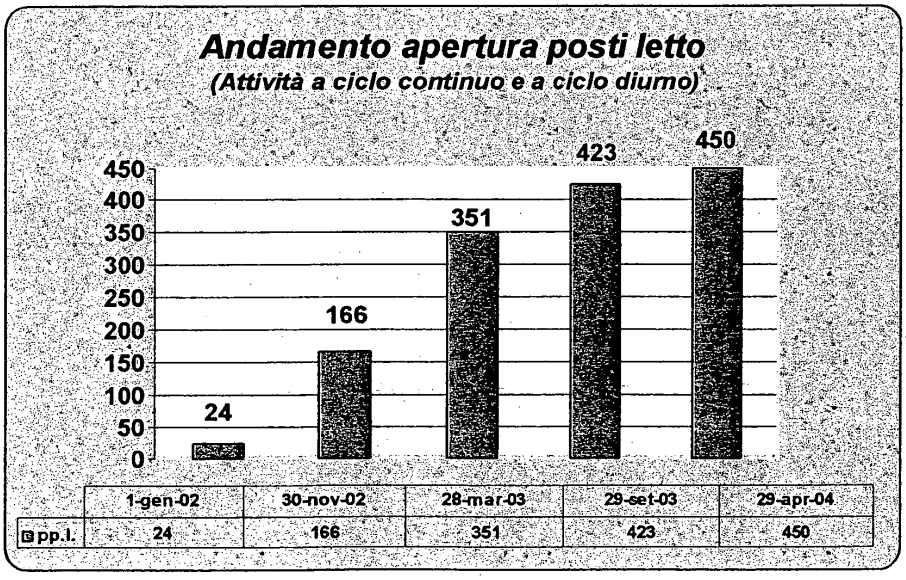
Il 24 dicembre 2002 è stato nominato in qualità di Commissario straordinario, l'avvocato Francesco Rocca, attuale Direttore Generale.

Dal dicembre 2003 si è iniziato il consolidamento della Direzione Aziendale e della organizzazione amministrativa e sanitaria che ha consentito un'ulteriore spinta propulsiva all'attività di *start-up* dell'Azienda.

In particolare, per ciò che concerne l'implementazione delle attività assistenziali si sono progressivamente attivati i posti letto, come previsto nell'accordo di programma; passando dai **166** del 30 novembre 2002, agli attuali **450**.

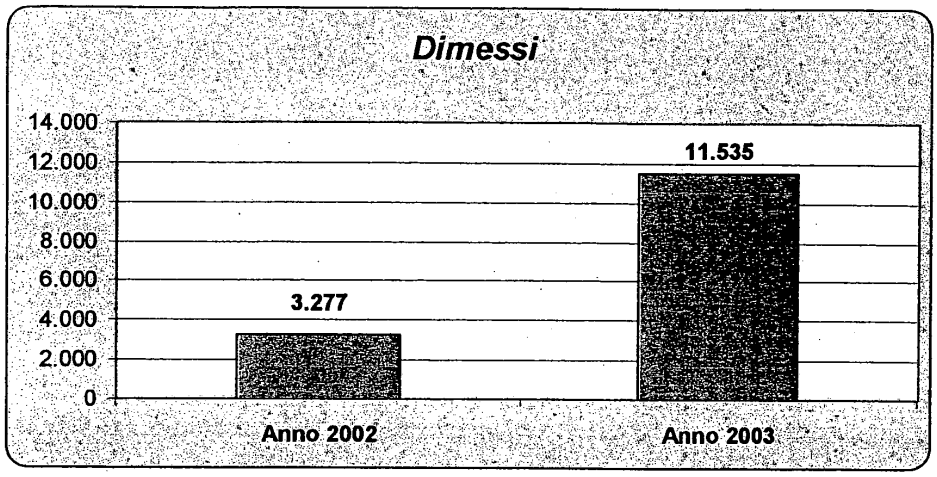
Per chiarezza espositiva, quindi, le fasi di avvio delle degenze possono essere così riassunte:

1) Delibera 302/01 (all. 1) 24 posti letto
2) Delibera 611/02-641/02 (all. 2-3) 166 posti letto
3) Delibera 323/03 (all. 4) 349 posti letto + 2 unità T.I.P.O.
4) Delibera 898/03 (all. 5) 414 posti letto + 9 unità T.I.P.O.
5) Delibera 500/04 (all. 6) 450 posti letto



Un incremento analogo a quello relativo ai posti letto, può essere rilevato anche per quanto riguarda l'attività legata ai ricoveri, sia in regime ordinario che di Day Hospital: si è infatti passati dai **3.277** dimessi del 2002 agli attuali **11.545**, che possono essere così sinteticamente indicati:

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

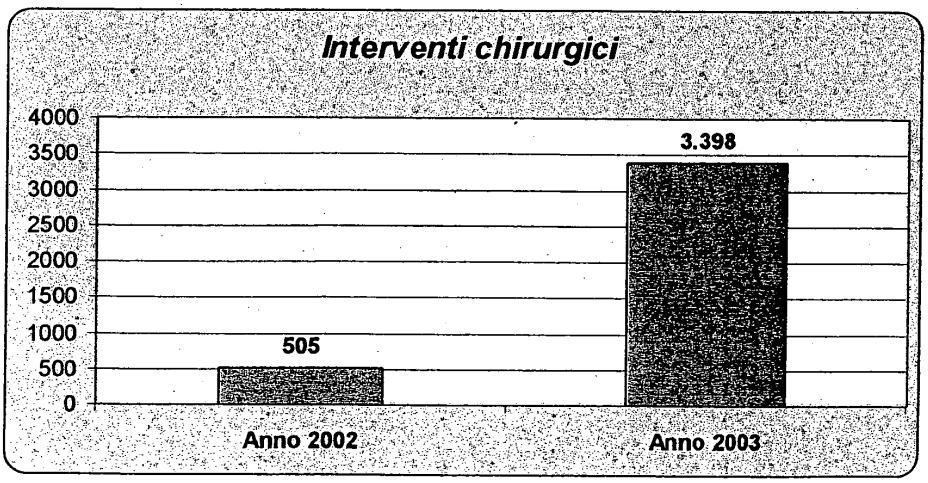


Nel 2003 si rileva altresì una notevole crescita dell'attività chirurgica, grazie all'apertura di **3** nuove sale operatorie, che si aggiungono alle **4** già attive in aprile, per un totale di **7**.

L'incremento dell'attività chirurgica è stato comunque vincolato dalla presenza di cantieri che hanno consentito di acquisire, inizialmente, la disponibilità di **4** sale operatorie, divenute poi **7** alla fine del 2003.

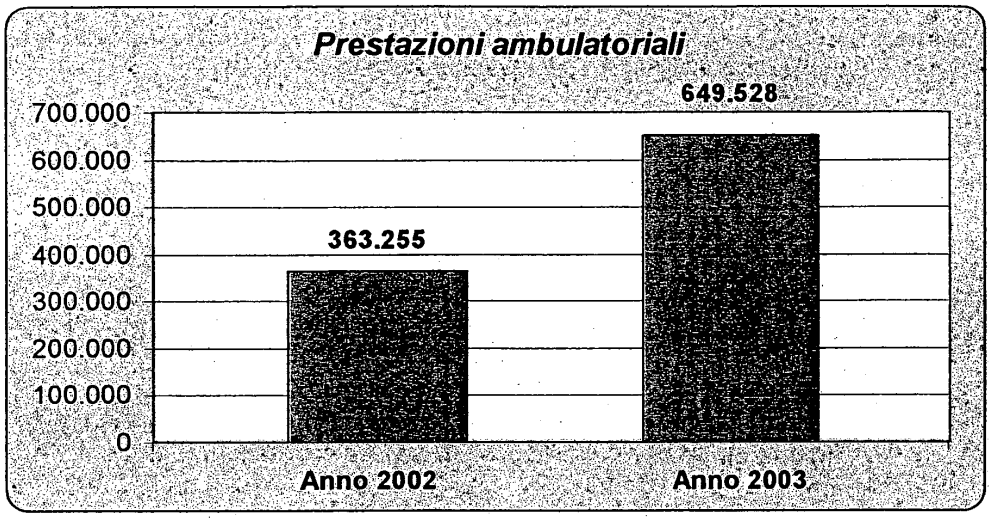
Inoltre si è recentemente concluso l'allestimento della camera operatoria dedicata esclusivamente alla Neurochirurgia, dotata di apparecchiature diagnostiche di avanguardia, tra le quali una Risonanza Magnetica Intraoperatoria.

A conferma di quanto sopra affermato, si può riportare il dato relativo agli interventi chirurgici effettuati, passati dai **505** del 2002, a **3.398**, nel corso del 2003.



AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

Per quanto concerne l'attività ambulatoriale, anche in questo settore, in correlazione all'avvio di nuove linee produttive, si registra un notevole sviluppo delle prestazioni erogate, che si possono così sintetizzare:



Il 14 aprile 2003 è stata inoltre messa in funzione l'Unità Operativa di **Dialisi** dotata di **20 posti tecnici** in collegamento on-line con i Medici di Medicina Generale del territorio.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

o ***OBIETTIVI RAGGIUNTI ED INDIRIZZI PROGRAMMATICI PER IL BIENNIO SUCCESSIVO***

Tra le attività oggetto del finanziamento ex art. 71 già operanti ed in corso di attivazione, si evidenziano quelle relative a:

- Realizzazione e attivazione della **Cardiochirurgia**, attività di degenza ordinaria e ambulatoriale, pari a 14 posti letto e 8 UTIPO, oltre ad una sala operatoria dedicata
- Potenziamento **Neurochirurgia**, con l'attivazione di una sala operatoria tecnologicamente avanzata, come sopra detto
- Acquisizione **di TAC/PET** per il potenziamento della Diagnostica per immagini
- Realizzazione della **Medicina Nucleare**, con 7 posti letto di terapia Radiometabolica
- Realizzazione e attivazione **Unità di Terapia Intensiva Coronarica**, 6 posti letto aggiuntivi
- Realizzazione e attivazione **Radioterapia**, dotata di 8 posti letto, 3 accelleratori lineari, più un acceleratore portatile per radioterapia intraoperatoria
- Realizzazione e attivazione **Stroke Unit**, con 6 posti letto dedicati compresi fra quelli già in essere nel reparto di Neurologia
- Realizzazione e attivazione **5 ulteriori sale operatorie**
- Realizzazione e attivazione del **Dipartimento di emergenza**

Riteniamo inoltre opportuno integrare quanto sopra menzionato con gli indirizzi programmatici, per il prossimo biennio:

- Attivazione di 9 posti letto di **Rianimazione**
- Realizzazione e attivazione dell'**Area neonatale** con **Sala Parto**
- Potenziamento della **Neuroradiologia**
- Riorganizzazione dei percorsi orizzontali e verticali per gli utenti con realizzazione di **nuovi impianti ascensori**
- Realizzazione e attivazione del **Servizio Immuno-Trasfusionale**
- Realizzazione di **spogliatoi esterni**
- Ampliamento dell'area dedicata agli **uffici amministrativi**

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

- ***Utilizzazione del finanziamento ex art. 71, l. 448/98***

L'Azienda è in procinto di completare l'utilizzazione del finanziamento ex art. 71 con l'acquisizione delle apparecchiature necessarie per il suo definitivo perfezionamento.

Nel particolare si riporta qui di seguito la situazione:

Progetti già presentati prima del 2003 cui si è dovuti ricorrere a correzioni per l'approvazione nel corso del 2003

Progetto 01 ARR – Arredi per stanze di degenza.
Approvato nella seduta del nucleo di valutazione del 11.07.2002.
Delibera indizione gara a licitazione privata 621 del 17.12.2001
Delibera aggiudicazione 671 del 22.11.2002
Progetto concluso

Progetto 02 ARR – Grandi impianti radiologici (TAC, RMN, Angiografi, Emodinamica, Medicina Nucleare, Sezione Toracica)
Approvato nella seduta del nucleo di valutazione del 10.06.2002
Delibera indizione gara a licitazione privata 591del 7.12.2001
Seduta pubblica per comunicazione alle ditte partecipanti della modifica del disciplinare tecnico, errato nella delibera d'indizione.
Delibera aggiudicazione: (per lotti) delibere da n. 632 a 642 del 7.7.2003
Consegna lavori e apertura n. 7 cantieri 14.07.2003
In corso d'opera

Progetto 01 LAV - Dialisi.
Approvato dal nucleo di valutazione con determina 116/10 del 28.02.2002
Indizione gara delibera n. 1 del 3.02.2002
Aggiudicazione 527 del 15.10.2002
Perizia di variante in corso d'opera del progetto approvato per impossibilità a procedere deliberazione n. 273 del 18.3.2003
Apertura del servizio 2.5.2003
Attivo, svolge 150 prestazioni dialitiche alla settimana

Progetto 04 ARR - Fornitura tramite gara ad asta pubblica di lavori, apparecchiature biomedicali e attrezzature per il **completamento delle camere operatorie** per l'importo presunto di €. 2.853.340,00 oltre IVA.
Nota prot. 181 del 8.1.2003 chiarimenti ai rilievi del nucleo e modifica del progetto originale secondo le richieste del Nucleo.
Approvato nella seduta del 12.02.2003.
Indizione gara delibera 146 del 19.2.2003.
Progetto concluso

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

Progetto 05 ARR - Fornitura tramite gara ad asta pubblica di un **sistema automatizzato per lo stoccaggio, la conservazione, la distribuzione e la gestione dei farmaci** per l'importo presunto di €. 250.000,00 oltre IVA
Nota prot. 181 del 8.1.2003 chiarimenti ai rilievi del nucleo e modifica del progetto originale secondo le richieste del Nucleo
Approvato nella seduta del 12.02.2003.
Delibera indizione 170 del 21.2.2003
Scadenza gara 13.10.2003

Progetto 06 ARR - Fornitura tramite gara ad asta pubblica di apparecchiature biomedicali e attrezzature per il **Servizio di Terapia Intensiva Generale** per l'importo presunto di €. 1.397.170,00 oltre IVA
Nota prot. 173 del 4.2.2003 chiarimenti ai rilievi del nucleo e modifica del progetto originale secondo le richieste del Nucleo
Approvato nella seduta del 12.02.2003.
Delibera indizione 157 del 19.2.2003
Progetto concluso

Progetto 07 ARR - Fornitura tramite gara ad asta pubblica di attrezzature, apparecchiature biomedicali, arredi e lavori per i servizi di **cardiochirurgia, utipo cardiochirurgico, terapia subintensiva neurochirurgica, stroke unit e utic** per.l'importo presunto di €. 8.258.254,70 oltre IVA
Nota prot. 3913 del 8.3.2003 chiarimenti ai rilievi del nucleo e modifica del progetto originale secondo le richieste del Nucleo.
Approvato nella seduta del 9.4.2003.
Delibera indizione 389 del 11.4.2003
Delibera aggiudicazione 742 del 30.7.2003
Progetto concluso

Progetti presentati nel corso del 2003

Progetto 12 ARR - Acquisizione tramite gara ad asta pubblica di una apparecchiatura **acceleratore lineare mobile per radioterapia intraoperatoria** per l'importo presunto di €. 950.000,00 iva esclusa
Trasmesso il 15.4.2003
Approvato nella seduta 16.04.2003
Delibera indizione gara 529 del 29.5.2003
Scadenza gara 25.9.2003
Gara espletata

Progetto 14 ARR - Acquisizione tramite privativa industriale di una **camera operatoria neurochirurgia completa di RMN intraoperatoria e sistema di Neuronavigazione** per l'importo presunto di €. 4.564.367,00 iva esclusa
Trasmesso il 13.4.2003
Approvato nella seduta 18.06.2003
Delibera acquisto in privativa industriale 648 del 7.7.2003
Consegna lavori e apertura cantiere 18.8.2003
Progetto concluso

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

Progetto 15 ARR - Fornitura tramite gara ad asta pubblica di lavori, attrezzature, arredi e apparecchiature per **Day Surgery - camere operatorie specialistiche** - per l'importo presunto di €. 5.470.090,00 iva esclusa
Trasmesso il 5.5.2003.
Approvato nella seduta 4.6.2003
Indizione gara delibera 643 del 1.7.2003.
Scadenza gara 10.10.2003
In corso d'opera

Progetto 16 ARR - Acquisizione tramite gara ad asta pubblica di una **apparecchiatura medicale per il trattamento dell'iperplasia prostatica benigna** per l'importo presunto di €. 250.000,00 iva esclusa.
Trasmesso il 1.7.2003.
Approvato nella seduta 2.07.2003
Delibera indizione 586 del 19.6.2003
Scadenza gara 22.10.2003
Progetto concluso

Progetto 17 ARR - Acquisizione tramite gara ad asta pubblica di **apparecchiature per laboratorio** per l'importo presunto di €. 3.000.000,00 iva esclusa + reagenti
Trasmesso il 30.6.2003
Approvato nella seduta 28.10.2003
Delibera indizione n. 1157 del 12.11.2003
Scadenza gara 30.01.2004
In corso di gara

Progetto 18 ARR – Acquisizione tramite gara ad asta pubblica per la fornitura di lavori, attrezzature, arredi e apparecchiature per **Anatomia Patologica** per l'importo presunto di €. 657.015,32 iva esclusa.
Trasmesso il 1.7.2003.
Approvato nella seduta 2.07.2003
Delibera indizione 746 del 4.8.2003
Scadenza gara 30.10.2003
In corso d'opera

Progetto 19 ARR – Acquisizione tramite gara ad asta pubblica per la fornitura di una apparecchiatura multidisciplinare per **litotripsia extracorporea** per il trattamento delle patologie muscolo scheletriche e per il trattamento non invasivo delle calcolosi per l'importo presunto di €. 340.000,00 iva esclusa
Trasmesso il 15 .7.2003.
Approvato nella seduta 22.07.2003
Delibera indizione 831 del 7.8.2003
Scadenza gara 22.10.2003
In corso d'opera

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

Progetto 20 ARR – Acquisizione tramite gara ad asta pubblica per la fornitura di lavori, attrezzature, arredi e apparecchiature per il **Day Hospital Oncoematologico** per l'importo presunto di €. 1.731.185,00 iva esclusa
Trasmesso il 15.7.2003.
Approvato nella seduta 22.07.2003
Delibera indizione 825 del 7.8.2003
Scadenza gara 3.11.2003
In corso d'opera

Progetto 21 ARR – Acquisizione tramite gara ad asta pubblica per la fornitura di lavori, attrezzature, arredi e apparecchiature per il **Servizio di senologia** per l'importo presunto di €. 1.027.810,00 iva esclusa
Trasmesso il 15.7.2003.
Approvato nella seduta 22.07.2003
Delibera indizione 829 del 7.8.2003
Scadenza gara 31.10.2003
In corso d'opera

Progetto 22 ARR – Acquisizione tramite gara ad asta pubblica per la fornitura di lavori, attrezzature, arredi e apparecchiature per il **Servizio di Terapia Radiante** per l'importo presunto di €. 11.043.320,00 iva esclusa
Trasmesso il 29.7.2003.
Approvato nella seduta 30.07.2003
Delibera indizione 860 del 3.9.2003
Scadenza gara 5.11.2003
In fase di aggiudicazione

Progetto 23 ARR - Acquisizione tramite asta pubblica per la fornitura e posa in opera di una **apparecchiatura PET/TC** per l'importo presunto di € 2.620.000,00 iva esclusa
Trasmesso il 18.09.2003
Approvato nella seduta 14.10.2003
Delibera indizione 998 del 20.10.2003
Scadenza gara il 15.12.2003
In fase di aggiudicazione

Progetto 24 ARR – Acquisto tramite asta pubblica per la fornitura e posa in opera di arredi, apparecchiature e lavori per il **servizio DEA** per l'importo presunto di € 7.017.007,00 iva esclusa
Trasmesso il 21.11.2003
Approvato nella seduta del 25.11.2003
Delibera indizione 1311 del 24.12.2003
Gara in corso

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

Schema riepilogativo utilizzo ex art. 71 – l. 448/98

Ente attuatore	Codice	Titolo	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato (L.	Importo speso sul conto corrente	Importo a carico dello stato già liquidato	Data apertura cantiere definitiva	Stato lavori	Previsione avanzamento spesa quota a carico dello Stato			
									2003	2004	2005	totale
A. O. S. Andrea	01 ARR	arredi	3.890.135,16	3.890.135,16	3.890.135,16	3.890.135,16	19/02/2003	CLS	3.890.135,16			3.890.13
A. O. S. Andrea	02 ARR	attrezzatura per radio-diagnostica****	13.634.462,13	13.634.462,13	11.589.292,81	4.090.338,64	20/06/2003	C.O.	13.634.462,13			13.634.46
A. O. S. Andrea	03 ARR	attrezzature per il poliambulatorio	9.007.621,24	9.007.621,24	9.007.621,24	9.007.621,24		CLS	9.007.621,24			9.007.62
A. O. S. Andrea	04 ARR	attrezzature per le camere operatorie	3.731.008,80	3.731.008,80	3.357.907,92	1.492.403,52	12/09/2003	CLS	3.731.008,80			3.731.00
A. O. S. Andrea	05 ARR	sistema per la conservazione dei farmaci	327.000,00	327.000,00				GARA			327.000,00	327.00
A. O. S. Andrea	06 ARR	attrezzature per la terapia intensiva	1.760.434,20	1.760.434,20	1.760.434,20	1.408.347,36	08/08/2003	CLS	1.760.434,20			1.760.43
A. O. S. Andrea	07 ARR	attrezzature per la cardiochirurgia	10.938.094,32	10.938.094,32	7.656.666,02	2.187.618,86	29/08/2003	CLS		10.938.094,32		10.938.09
A. O. S. Andrea	08 ARR	ferri chirurgici	262.080,00	262.080,00	262.080,00	262.080,00	04/09/2003	CLS	262.080,00			262.08
A. O. S. Andrea	09 ARR	attrezzature per il day hospital	262.080,00	262.080,00	262.080,00	262.080,00	17/03/2003	CLS	262.080,00			262.08
A. O. S. Andrea	11 ARR	attrezzatue urgenti per terapia intensiva (2p.I)	116.412,00	116.412,00	116.412,00	116.412,00	20/02/2003	CLS	116.412,00			116.41
A. O. S. Andrea	12 ARR	un'apparecchiatura IORT	1.276.800,00	1.276.800,00				GARA		1.276.800,00		1.276.80
A. O. S. Andrea	14 ARR	RMN intraoperatoria	6.103.209,25	6.103.209,25	5.492.888,33		01/10/2003	CLS		6.103.209,25		6.103.20
A. O. S. Andrea	15 ARR	day surgery	7.261.800,96	7.261.800,96	5.083.260,67		15/01/2004	C.O.		7.261.800,96		7.261.80
A. O. S. Andrea	16 ARR	attrezzature per la iperplasia prostatica	336.000,00	336.000,00	336.000,00	336.000,00	24/12/2003	CLS	336.000,00			336.00
A. O. S. Andrea	17 ARR	laboratori	3.888.000,00	3.888.000,00				GARA		3.888.000,00		3.888.00
A. O. S. Andrea	18 ARR	reparto di anatomia patologica	860.248,59	860.248,59	258.074,58			C.O.		860.248,59		860.24
A. O. S. Andrea	19 ARR	acquisto di un litotritore	456.960,00	456.960,00				GARA		456.960,00		456.96
A. O. S. Andrea	20 ARR	day hospital oncoematologico	2.202.289,98	2.202.289,98	440.458,00			C.O.		2.202.289,98		2.202.28
A. O. S. Andrea	21 ARR	ambulatorio senologia	1.324.275,48	1.324.275,48				GARA		1.324.275,48		1.324.27
A. O. S. Andrea	22 ARR	reparto di terapie radianti	14.240.757,56	14.240.757,56				GARA		14.240.757,56		14.240.75
A. O. S. Andrea	23 ARR	Acquisto di una PET/TC	3.414.960,00	3.414.960,00				GARA		3.414.960,00		3.414.96
A. O. S. Andrea	24 ARR	DEA	8.979.459,24	8.979.459,24				GARA			8.979.459,24	8.979.45
A. O. S. Andrea	01 LAV	Dialisi	1.140.605,36	1.140.605,36	1.140.605,36	1.140.605,36	19/12/2002	CLS	1.140.605,36			1.140.60
A. O. S. Andrea	02 LAV	Ampliamento uffici	1.525.643,33	1.525.643,33				D.R.			1.525.643,33	1.525.64
A. O. S. Andrea	03 LAV	spogliatoi	2.058.238,31	2.058.238,31				D.R.			2.058.238,31	2.058.23
A. O. S. Andrea	01 INF	attrezzature informatiche	536.808,56	536.808,56	536.808,56		10/12/2003	CLS	536.808,56			536.80
TOTALI			99.535.384,47	99.535.384,47	51.190.724,84	24.193.642,14			34.677.647,45	51.967.396,14	12.890.340,88	99.535.38

**** Risonanza magnetica, TAC, Angiografo, Emodinamica, Medicina Nucleare, Sezione Toracica, Angiografo (Urologia)

LEGENDA	
CLS	conclusa
GARA	in corso di gara
AGG.	aggiudicata
C.O.	in corso d'opera
D.R.	in attesa di delibera regionale
T.P.	trattativa privata per non aggiudicato

o ***LE POLITICHE DI ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE DELL'A.O. SANT'ANDREA***

Per quanto riguarda le politiche relative all'acquisizione delle risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività fin qui descritte, non si può prescindere dalla definizione degli accordi intervenuti tra il Policlinico Umberto I e la Regione, in ordine ai quali si espone di seguito una breve cronistoria, relativa soprattutto al processo di trasferimento tra il Policlinico Umberto I e l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.

In data 6 marzo 2001 si è tenuta apposita conferenza di servizi per l'attivazione dell'Ospedale Sant'Andrea, alla quale hanno partecipato il Rettore, il Pro Rettore Vicario ed il Direttore Amministrativo dell'Università "la Sapienza", il Preside della II Facoltà di Medicina e Chirurgia (che ha sede presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea) , il Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea (su delega del Direttore Generale) ed un rappresentante della Regione Lazio; in tale sede si è proceduto alle prime assegnazioni a questa Azienda di personale precedentemente operante presso il Policlinico Umberto I°, relative a personale docente (nn. 47 unità a "tempo pieno" e nn. 70 unità "in convenzione") ed a nn. 27 unità di personale non docente, appartenente a varie figure.

Successivamente, in correlazione con l'avvio ed il potenziamento dell'attività ambulatoriale e di diagnostica, si è proceduto alla progressiva individuazione, di ulteriore personale docente, ai sensi di quanto disposto dal decreto legislativo 517/99. Ciò si è reso necessario per consentire il progressivo ampliamento dell'attività assistenziale, nonché la trasformazione a "tempo pieno" dei rapporti dei docenti precedentemente operanti "in convenzione" sulla scorta della concertazione intervenuta al riguardo tra l'Azienda e la Presidenza della II Facoltà di Medicina e Chirurgia. Concertazione avvenuta nelle more della emanazione, da parte del Rettore, di uno specifico bando di mobilità, relativamente alle figure mancanti, attesa la peculiarità della disciplina giuridica del personale docente.

Inoltre, si è fatto ricorso ai vari strumenti che la normativa prevede in ordine al reclutamento del personale, *in primis* attivando l'istituto della mobilità volontaria da altre Aziende del S.S.N. che consente di disporre di risorse umane, per di più già qualificate, in termini temporali ridotti rispetto alle procedure concorsuali. Tali provvedimenti per risolvere le gravissime carenze di personale, che derivavano dalla circostanza che questa Azienda, di nuova istituzione, non ha ereditato precedenti dotazioni di personale, ed allo scopo di realizzare nei tempi prestabiliti gli obiettivi di progressiva apertura dell'attività assistenziale e costante incremento della stessa.

Sono inoltre state predisposte procedure concorsuali per il reclutamento, in numero limitato, di alcune altre figure professionali carenti, allo scopo di non interferire con il processo di mobilità di personale che dal Policlinico Umberto I° avesse avanzato domanda di trasferimento presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

In relazione alla programmata apertura dei primi posti letto, fissata per il 29 novembre 2002, si è proceduto all'emanazione di un bando di mobilità per la copertura delle figure professionali occorrenti all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, sulla scorta delle vacanze rispetto alla pianta organica, limitato al solo personale non docente, ed a seguito della concertazione operata al riguardo tra la Regione Lazio, l'Università, l'Azienda Policlinico Umberto I, l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea e le OO.SS.. Alla scadenza di tale bando, fissata per il 15 novembre 2002, sono state presentate (e tutte accolte) le istanze di mobilità, avanzate sia da personale universitario che ospedaliero operante presso il predetto Policlinico Umberto I.

Successivamente il Rettore, dopo aver precedentemente emanato un bando di mobilità per il personale docente limitato ad alcune discipline mediche, emanava il 29 maggio 2003 apposito avviso riservato al personale docente che intendesse trasferirsi dal Policlinico Umberto I presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea. Tale avviso, concertato tra l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, i Presidi delle due Facoltà di Medicina e Chirurgia, era diretto al personale medico occorrente per il funzionamento del Sant'Andrea medesimo per complessivi nn. 148 posti, dei quali nn. 10 posti di direttore di struttura complessa (ex primari), che risultavano ancora vacanti nella pianta organica dell'Azienda.

Da ultimo è stato emanato un ulteriore avviso di mobilità, con scadenza 20 ottobre 2003, indirizzato sia al personale universitario che ospedaliero operante presso il Policlinico, che prevedeva per il personale, che avesse avanzato istanza di trasferimento, un bonus di due mensilità; tale bonus era peraltro previsto anche per il personale in precedenza trasferitosi. Per detta mobilità si è in attesa della effettiva assunzione in servizio presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, a seguito dell'intervenuto nulla osta disposto dal Commissario Straordinario dell'Azienda Policlinico Umberto I (relativamente al personale ospedaliero) e dell'emanando decreto da parte del Rettore (relativamente al personale universitario).

Il numero complessivo relativo alle unità di personale, sia universitario che ospedaliero, trasferito o in via di trasferimento dal predetto Policlinico Umberto I all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, risulta ammontare complessivamente a 296 unità così meglio definite:
nn. 183 dirigenti del ruolo sanitario laureato di cui nn. 23 già rivestenti incarico di direttore di struttura complessa (ex primari) presso il Policlinico Umberto I (così specificati: nn. 167 Dirigenti Medici, 11 Dirigenti Biologi ed 1 Dirigente Psicologo) e nn. 113 unità di restante personale.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

o ***SOSTITUZIONE PROCESSUALE EX ART. 2 L. 453/99***

Prima di concludere vorremmo rammentare che la legge 3 dicembre 1999, n. 453 (di conversione del Decreto legge del 1 ottobre 1999, n. 341) ha stabilito all'art. 2 che : "l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea, dalla data di trasferimento alla stessa dei beni immobili e mobili costituenti il complesso ospedaliero Sant'andrea, succede al Comune di Roma e agli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma, in tutti i rapporti in corso comunque connessi ai beni trasferiti. L'Azienda Ospedaliera assume la qualità di sostituto processuale dei predetti Enti nel contenzioso giudiziale ed extra giudiziale concernente appalti e forniture relativi ai beni trasferiti".

Poiché esiste, dal 1999, un contenzioso tra gli IFO e la VIANINI LAVORI SPA concernente i beni immobili trasferiti all'Azienda Sant'Andrea, si evidenzia che, in forza della disposizione normativa soprariportata, si possano determinare ingenti pagamenti posti a carico di questa azienda quale sostituto processuale.

Si allega in copia la lettera Prot. N° 1422 del 9 Febbraio 2004 (allegato 7) ove sono evidenziati nel dettaglio gli importi ad oggi conosciuti dall'azienda.

Augurandoci di essere stati esaurienti, restiamo a disposizione per ogni ulteriore approfondimento e inviamo distinti saluti.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

ALLEGATO H
(Sub allegato 1)

OSPEDALE SANT'ANDREA
SECONDA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA"

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 302/6938 del 25.07.01

Oggetto: **ATTIVAZIONE DI N° 24 POSTI DI DAY-HOSPITAL PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA**

Dipartimento proponente DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Servizio proponente U.O. Affari Generali

Il funzionario estensore_____ firma_____data _____

Il dirigente responsabile del servizio Dr.ssa Rosa D'Arca

pat. 21 firma _____ data 25/7/2001

Parere del dirigente del dipartimento Dr. Rinaldo ABATI

firma_____data_____

PARERI

Direttore amministrativo Dr. Sergio BREGLIA

firma _____ data 25/VII/01

Direttore sanitario Dr. Giuseppe PULVIRENTI

firma _____ data 25/7/2001

ESTREMI REGISTRAZIONE SPESA

Autor. n.	*Anno*	*Cod. conto*	*Disponib. Iniziale*	*Spese autorizzate*	*Autoriz. attuale*

Parere dirigente U.O Bilancio

firma_____data_____

OSPEDALE SANT'ANDREA
SECONDA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA"

La presente deliberazione è stata inviata al Collegio dei Revisori in data_____

(timbro, data, firma del dirigente)

La presente deliberazione è stata inviata alla Conferenza Locale per la sanità in data_____

(timbro, data, firma del dirigente)

La presente deliberazione è stata inviata alla Regione Lazio per l'approvazione della Giunta Regionale in data_____

(timbro, data, firma del dirigente)

La presente deliberazione è divenuta esecutiva, ai sensi dell'art. 4, comma 8, della legge 30.12.1991, n. 412, in data_____

(timbro, data, firma del dirigente)

La presente deliberazione è dichiarata immediatamente eseguibile

(timbro, data, firma del dirigente)

La presente deliberazione è stata pubblicata mediante affissione all'albo dell'Azienda in data 26.07.01

(timbro, data, firma del dirigente)

Il dirigente del servizio

IL RESPONSABILE U.O.C.
AFFARI GENERALI
Dr.ssa ROSA D'ARCA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: **ATTIVAZIONE DI N° 24 POSTI DI DAY-HOSPITAL PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA**

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA
la Legge n. 453 del 03.12.99, con la quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" integrata con la II Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza" di Roma;

VISTO
che in data 2 Agosto, l'attuale Direttore Generale Dott. Gennaro MOCCIA ha preso in consegna la suddetta Azienda così come stabilito nella D.G.R. del Lazio n. 1736 del 25.07.00;

VISTO
-Il D.Lgs 502 del 30.12.1992 e successive modifiche e integrazioni di cui al Decreto 517/93
- il D.Lgs 29/93 e successive modificazioni;

VISTO il D: Lgs 21 dicembre 1999, n° 517, concernente la disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università a norma dell'art. 6 della L. 30 novembre 1998, n° 419;

CONSIDERATO che, nell'attuale fase di start up dell'Azienda Ospedaliera, l'Ente si è posto alcuni obiettivi prioritari da raggiungere entro l'anno 2001 e precisamente:

1. l'attivazione di 24 posti di Day Hospital di medicina generale e specialistica;
2. l'attivazione di 24 posti di Day Surgery, con l'utilizzo di 4 camere operatorie;
3. l'apertura del servizio di Emodialisi aggregato alla S.C. di Nefrologia ;
4. l'apertura di 6 posti letto in Day hospital di Oncologia e 6 posti letto in Day Hospital di Ematologia

TENUTO CONTO che l'apertura degli ambulatori è avvenuta il 29 marzo 2001, con l'attivazione di 34 specialità cliniche, disposte su 58 ambulatori, e dei seguenti quattro servizi sanitari: Radiologia-Neuroradiologia, Istopatologia, Fitopatologia, Patologia clinica-Microbiologia-Genetica-Patologia Ultrastrutturale;

RITENUTO che sia ora necessario e urgente, in prima fase, procedere all'attivazione del Day Hospital, al fine di rendere più ampia l'offerta prestazionale, permettendo altresì di soddisfare l'esigenza dell'utenza che necessita di interventi diagnostici complessi non affrontabili con la sola offerta ambulatoriale;

RAVVISATA l'opportunità di attivare 24 posti di Day Hospital medico, a completamento delle attività ambulatoriali già in essere, per le seguenti specialità:

- Cardiologia	posti letto dedicati		n° 2
- Dermatologia	"	"	n° 1
- Diabetologia	"	"	n° 2
- Maxillo-facciale			n° 1
- Medicina Generale			n° 8
- Neurologia			n° 2
- Oncologia			n° 6
- Pneumologia			n° 2;

CONSIDERATO che l'apertura dei 24 posti di Day Hospital precede, per modalità organizzative, l'attivazione dei posti letto di degenza ordinaria;

VALUTATO il soddisfacente stato di avanzamento dei lavori per l'attivazione di posti di Day Hospital sopra citati, che permettono di fissarne entro il mese di settembre p.v. la data di apertura;

VISTO la DGR n° 2069 del 20/4/1999 recante «norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale a seguito di interlocuzione con associazioni di categoria interessate» e successive modifiche e integrazioni;

DELIBERA

per i motivi esposti in narrativa:

- di procedere all'attivazione del Day Hospital presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, al fine di rendere più ampia l'offerta prestazionale, permettendo altresì di soddisfare l'esigenza dell'utenza che necessita di interventi diagnostici complessi non affrontabili con la sola offerta ambulatoriale;
- di attivare 24 posti di Day Hospital medico, a completamento delle attività ambulatoriali già in essere, per le seguenti specialità:

- Cardiologia	posti letto dedicati		n° 2
- Dermatologia	"	"	n° 1
- Diabetologia	"	"	n° 2
- Maxillo-facciale			n° 1
- Medicina Generale			n° 8
- Neurologia			n° 2
- Oncologia			n° 6
- Pneumologia			n° 2;-

- di prendere atto che l'apertura dei 24 posti di Day Hospital sarà per il momento articolata su di un turno di apertura diurna;
- che i 24 posti letto di Day Hospital saranno ubicati presso questa Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Via di Grottarossa 1035 – 1039 ;
- di prevedere l'apertura di 24 posti di Day Hospital entro il prossimo mese di settembre c.a.;
- di dare mandato alla Direzione Sanitaria, alla Direzione amministrativa e al Dipartimento Tecnico dell'Az. Ospedaliera Sant'Andrea di proseguire e incrementare tutte le procedure necessarie per garantire quanto sopra disposto.

IL DIRETTORE GENERALE
(dr. Gennaro Moccia)

ALLEGATO H
(Sub allegato 2)

OSPEDALE SANT' ANDREA
SECONDA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA"

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

n. 611 del 31. X. 2002

Oggetto: approvazione proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria.

U.O. proponente PERSONALE

Il presente provvedimento è composto da n. 11 pagine

Il funzionario estensore_____firma_____data _____

Il dirigente responsabile del servizio Dr. Francesco Malatesta

firma firma Malatesta data 31-10-02

VISTO il Direttore di Dipartimento_____

Direttore amministrativo Dr. Sergio Breglia

firma_____ data 31-X-02

Direttore sanitario Dr. Giuseppe PULVIRENTI

firma Pulvirenti data 31-X-02

ESTREMI REGISTRAZIONE SPESA

Autor. n.	*Anno*	*Cod. conto*	*Disponib. Iniziale*	*Spese autorizzate*	*Autoriz. Attuale*

Il dirigente U.O. bilancio

firma_____data_____

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa
All'Albo delle Pubblicazioni presso la sede legale di questa
Azienda Ospedaliera in data 05 NOV. 2002

Il Dirigente incaricato

IL RESPONSABILE U.O.C.
AFFARI GENERALI
Dr.ssa ROSA D'ARCA

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Il Dirigente incaricato

Oggetto: approvazione proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PREMESSO

CHE con DPCM del 22 luglio 1999 "la struttura ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma è stata individuata quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione ed è stata costituita in azienda ospedaliera ai sensi dell'art. 4, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni", destinandola a sede della seconda facoltà di medicina e chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma;
CHE con decreto legge n. 341 del 1° ottobre 1999, convertito con legge n. 453 del 3 dicembre 1999, concernente " Disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico Umberto I e per l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma", con decorrenza dalla nomina del direttore generale, è stata costituita l' Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, sede della Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università " La Sapienza" di Roma;
CHE l'azienda Ospedaliera Sant'Andrea insiste sull'omonima struttura ospedaliera ubicata in Roma, Via di Grottarossa n. 1035/1039;
CHE la predetta struttura immobiliare, completata al 94%, è composta da n. 13 piani per un totale di 52.050 mq, così suddivisi:

- N. 8 piani per degenze, per mq 15.050, con 60 posti letto per piano, per un totale di 480 posti letto di degenza;
- Reparto operatorio per mq 1590;
- Terapie intensive per mq 1490;
- Strutture per uffici per mq 1630;
- Servizi tecnologici – magazzini – mq 3.690;
- Magazzini mq 870;
- Sterilizzazione e disinfezione mq 630;
- Accoglimento e servizi sociali mq 2.840;
- Ambulatori specialistici mq 3.530;
- Laboratori (analisi, isto-citologia, anatomia patologica) mq 3.380;
- Medicina nucleare mq 1.310;
- Laboratori (radiologia, TAC, angiografia, ecografia) mq 2560;
- Terapia radiante mq 1300;
- Farmacia mq 450;
- Mensa, cucina, magazzini mq 2.450;
- Spogliatoi personale mq 1070;
- Connettivo generale 8.210;

CHE è stato presentato alla Regione Lazio, da parte della Direzione Generale dell'Azienda d'intesa con l'Università "La Sapienza", apposito programma, da finanziare sui fondi di cui all'art.71 della legge 448/98, per interventi di adeguamento tecnologico ed edilizio, nonché per acquisizione di attrezzature per complessivi circa 105 milioni di Euro;

RILEVATO che in data 2 agosto 2002 è stato stipulato il protocollo d'intesa tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, ai sensi dell'art.1, comma1, del D.L.vo 517/99, che prevede, tra l'altro, all'art.9 l'attribuzione all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di nn.400 posti letto di degenza ordinaria e 50 posti letto di degenza diurna, nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico Umberto I° ;

RILEVATO altresì che a seguito di varie riunioni svoltesi presso gli uffici dell'Assessorato Regionale alla Sanità - che hanno visto coinvolti i vertici di questa Azienda, la presidenza della II Facoltà, i vertici del Policlinico e rappresentanti del Magnifico Rettore - si è raggiunta un'intesa in ordine alla strutturazione di nn.362 posti letto di degenza ordinaria (a fronte dei 400 posti letto attribuiti) e 50 posti letto di degenza diurna, riservandosi di provvedere con successivo accordo alla strutturazione dei restanti 38 posti di degenza ordinaria;

ATTESO pertanto che si ritiene opportuno e necessario formalizzare l'organizzazione dei servizi assistenziali nonché la dotazione, per ciascun dipartimento, dei posti letto per ricoveri ordinari e per degenze diurne nell'ambito dell'intesa di cui al punto precedente,nonché approntare una apposita proposta di dotazione organica, da considerarsi meramente indicativa e provvisoria, in attesa dei lavori di completamento e di allestimento nonché del completamento delle nuove strutture edilizie;

CONSIDERATO che la dotazione organica provvisoria di cui sopra è il risultato delle schede elaborate, per ciascun dipartimento e per le afferenti strutture complesse e semplici, sulla base dei tempari regionali di riferimento e tenendo conto

- del debito orario settimanale di lavoro dei docenti universitari;
- delle attività di ricovero ordinario sulla base dei posti letto assegnati a ciascuna struttura, con una utilizzazione media dell'80%;
- delle presunte attività ambulatoriali e specialistiche;
- delle necessità dei servizi generali collegate al funzionamento della struttura;

EVIDENZIATO che la Presidenza della Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia ha espresso il proprio parere favorevole sulla proposta di organizzazione dei servizi assistenziali e sulla proposta di dotazione organica provvisoria;

CONSIDERATO che le proposte di organizzazione dei servizi e della relativa dotazione organica rappresentano uno strumento necessario per l'avvio delle attività nella nuova struttura ospedaliera ma che le stesse devono essere considerate come prima ricognizione dei fabbisogni aziendali in questa fase di avviamento dell'attività di ricovero e debbono essere considerate suscettibili di modificazioni e di integrazioni nel corso del prossimo triennio in relazione

- alle eventuali mutate esigenze connesse con l'apertura delle nuove realizzazioni strutturali previste nel programma presentato alla Regione Lazio;
- alle variazioni richieste da nuove esigenze assistenziali e didattiche;
- alle trasformazioni indotte negli assetti aziendali (strutturali, organizzativi e procedurali) dalla dinamica e profonda evoluzione che caratterizza l'attuale sistema sanitario nazionale e regionale;
- agli effettivi volumi di attività quali-quantitativi delle singole strutture complesse;
- alla valutazione dei risultati delle attività assistenziali ed alle relative compatibilità finanziarie.

CONSIDERATO altresì che la progressiva copertura delle dotazioni organiche previste avverrà soltanto in presenza della effettiva entrata in funzione delle singole strutture (sulla scorta del cronoprogramma di aperture allegato al presente provvedimento e subordinato peraltro alla sollecita erogazione dei finanziamenti di cui all'art.71 necessari per l'adeguamento tecnologico ed edilizio delle strutture e per implementare i servizi di diagnostica) ed in misura strettamente correlata a garantire un corretto funzionamento delle strutture medesime ed assicurare il grado di produttività previsto per le strutture predette;

RAVVISATA la necessità ed urgenza di provvedere all'approvazione del presente atto, indispensabile per definire l'assetto dell'Azienda, anche ai fini dell'individuazione dei responsabili di struttura, e necessario quale passaggio formale per consentire l'avvio del processo di decentramento del Policlinico Umberto I° disponendo di un quadro di riferimento dettagliato in ordine alla tipologia e consistenza sia dei posti letto che delle risorse umane necessarie per il funzionamento a regime dell'Azienda, in modo da avviare con la massima celerità le procedure di copertura dei posti previsti nella pianta organica provvisoria in relazione alle programmate aperture dei reparti ;

ACQUISITO il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per quanto espresso nelle premesse che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

1. di approvare la organizzazione dipartimentale e le relative articolazioni delle attività assistenziali con la specificazione del cronoprogramma di aperture (allegato "A") evidenziando che il rispetto del cronoprogramma medesimo resta subordinato alla sollecita erogazione dei finanziamenti di cui all'art.71 necessari per l'adeguamento tecnologico ed edilizio delle strutture e per implementare i servizi di diagnostica;;
2. di approvare la dotazione organica complessiva relativa ai dirigenti medici, suddivisa per disciplina di appartenenza, ricompresa nei dipartimenti e relative articolazioni, in relazione al numero dei posti letto assegnati e tenendo conto dei volumi e della complessità delle attività, anche ambulatoriale preventivate (allegato "B");
3. di approvare la dotazione organica complessiva relativa al personale dei ruoli sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo (allegato C);
4. di ribadire che la validità e la operatività della organizzazione delle strutture (all.A") e delle relative dotazioni organiche (all. "B" e "C") devono considerarsi meramente provvisorie;
5. di ribadire, inoltre, che la copertura delle dotazioni organiche, di cui ai precedenti punti nn. 2 e 3, avverrà in correlazione alla apertura della relativa struttura ed in funzione dei volumi di produttività previsti per la medesima struttura;
6. di inviare il presente provvedimento alla Regione Lazio, per gli adempimenti di competenza.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Gennaro Moccia)

STRUTTURAZIONE DI 362 POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E 50 POSTI LETTO DI DEGENZA DIURNA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

	START-UP 30/11/02		START-UP 28.03.03		START-UP28/09/03		POSTI LETTO A REGIME	
	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA								
Chirurgia Generale A con servizi di Chirurgia Plastica e Chirurgia Pediatrica			24	4	2		26	4
Chirurgia Generale B con servizi di Chirurgia Toracica	14	4					14	4
Chirurgia Generale C	10	4	4				14	4
Chirurgia Generale D Chirurgia d'Urgenza			12				12	
Ortopedia -Traumatologia Chirurgia della Mano e del Piede			14	2			14	2
Urologia		2	12				12	2
Odontoiatria Max. Facciale			4				4	
Neurochirurgia					10		10	
Oculistica			6				6	
ORL			6				6	
Cardiochirurgia					12		12	
Chirurgia Vascolare			14				14	2
TOTALE	24	10	96	6	24		144	18
DIPARTIMENTO MEDICINA								
Medicina 1 ad indirizzo Allergologico ed Immunologico		2	14				14	2
Medicina 2 ad indirizzo Endocrinologico e N.E.I.	12						12	
Medicina 3 Medicina Interna e Medicina D'Urgenza	18	2	8				24	2
Medicia 4 Diabetologia e Servizio di Nutrizione Clinica		2	10				12	2
Nefrologia		2	6				6	2
Dermatologia	4		4				8	
Ematologia		2	8	4			8	6
Oncologia Medica		6	8				8	6
Pneumologia	10	2	2				12	2
Malattie Infettive	10	2	2				12	2
Cardiologia (+ Emodinamica)	10						10	
Malattie App. Dig. e Fegato	6	2	4				10	2
TOTALE	70	22	66	4			136	26

DIPARTIMENTO NEUROLOGICO-PSICHIATRICO														
Neurologia (TROKE UNIT)		10		2				10				20		2
Psichiatria					14							14		
TOTALE		10		2	14			10				34		2
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE														
Ginecologia e ostetricia						16		2				16		2
Pediatria + Neonatologia		10		2				2				12		2
TOTALE		10		2		16		2				28		4
SERVIZIO DI T.I. CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA														
UTIC									6			6		
UTIPO									6			6		
TOTALE									12			12		
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA IMMAGINI E RADIOTERAPIA														
Radioterapia									8					
TOTALE									8			8		
TOTALE POSTI LETTO		114		36		192		14		56		362		50

Allegato B

Disciplina		posti previsti
Allergologia e immunologia	Direttore S.C.	1
Allergologia e immunologia	Dirigente	4
anatomia patologica	Direttore S.C.	1
anatomia patologica	Dirigente	3
anestesia e rianimazione	Direttore S.C.	1
anestesia e rianimazione	Dirigente	49
cardiochirurgia	Direttore S.C.	1
cardiochirurgia	Dirigente	12
cardiologia	Direttore S.C.	1
cardiologia	Dirigente	26
chirurgia generale	Direttore S.C.	4
chirurgia generale	Dirigente	25
chirurgia maxillo facciale	Direttore S.C.	0
chirurgia maxillo facciale	Dirigente	4
chirurgia pediatrica	Direttore S.C.	0
chirurgia pediatrica	Dirigente	3
chirurgia plastica	Direttore S.C.	0
chirurgia plastica	Dirigente	3
chirurgia toracica	Direttore S.C.	0
chirurgia toracica	Dirigente	2
chirurgia vascolare	Direttore S.C.	1
chirurgia vascolare	Dirigente	10
citopatologia	Direttore S.C.	0
citopatologia	Dirigente	4
dermatologia	Direttore S.C.	1
dermatologia	Dirigente	5
direzione medica presidio ospedal.	Direttore S.C.	0
direzione medica presidio ospedal.	Dirigente	3
ematologia	Direttore S.C.	1
ematologia	Dirigente	12
endocrinologia	Direttore S.C.	1
endocrinologia	Dirigente	6
gastroenterologia	Direttore S.C.	1
gastroenterologia	Dirigente	12
ginecologia e ostetricia	Direttore S.C.	1
ginecologia e ostetricia	Dirigente	11
igiene e sanità pubblica	Direttore S.C.	0
igiene e sanità pubblica	Dirigente	2
istopatologia	Direttore S.C.	0
istopatologia	Dirigente	4
laboratorio	Direttore S.C.	2
laboratorio	Dirigente	14
mal.apparato respiratorio	Direttore S.C.	1
mal.apparato respiratorio	Dirigente	8
mal.infettive	Direttore S.C.	1
mal.infettive	Dirigente	9
mal.metaboliche diabetologia	Direttore S.C.	1
mal.metaboliche diabetologia	Dirigente	4

med.e chir.d'urgenza e accettazione	Direttore S.C.	0
med.e chir.d'urgenza e accettazione	Dirigente	9
med.fisica e riabilitazione	Direttore S.C.	0
med.fisica e riabilitazione	Dirigente	2
med.interna	Direttore S.C.	1
med.interna	Dirigente	10
medicina del lavoro	Direttore S.C.	0
medicina del lavoro	Dirigente	3
medicina nucleare	Direttore S.C.	1
medicina nucleare	Dirigente	4
nefrologia	Direttore S.C.	1
nefrologia	Dirigente	8
neonatologia	Direttore S.C.	0
neonatologia	Dirigente	5
neurochirurgia	Direttore S.C.	1
neurochirurgia	Dirigente	7
neurologia	Direttore S.C.	1
neurologia	Dirigente	14
neuropsichiatria infantile	Direttore S.C.	0
neuropsichiatria infantile	Dirigente	2
neuroradiologia	Direttore S.C.	1
neuroradiologia	Dirigente	7
odontoiatria	Direttore S.C.	1
odontoiatria	Dirigente	3
oftalmologia	Direttore S.C.	1
oftalmologia	Dirigente	6
oncologia	Direttore S.C.	1
oncologia	Dirigente	9
ortopedia e traumatologia	Direttore S.C.	1
ortopedia e traumatologia	Dirigente	10
otorinolaringoiatria	Direttore S.C.	1
otorinolaringoiatria	Dirigente	3
pediatria	Direttore S.C.	1
pediatria	Dirigente	6
psichiatria	Direttore S.C.	1
psichiatria	Dirigente	11
radiodiagnostica	Direttore S.C.	1
radiodiagnostica	Dirigente	14
radioterapia	Direttore S.C.	1
radioterapia	Dirigente	6
reumatologia	Direttore S.C.	0
reumatologia	Dirigente	2
scienza alimentazione e dietetica	Direttore S.C.	0
scienza alimentazione e dietetica	Dirigente	3
urologia	Direttore S.C.	1
urologia	Dirigente	7
TOTALE		*422*

Allegato c

IPOTESI DI DOTAZIONE ORGANICA PROVVISORIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

Riepilogo generale

	PREVISTI
DIRIGENTI	
MEDICI	422
BIOLOGI	13
FISICI	4
CHIMICI	4
FARMACISTI	8
PSICOLOGI	5
DIRIGENTI INFERMIERI	1
DIRIGENTI ANALISTI	1
DIRIGENTI INGEGNERI	2
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	8
TOTALE	468

CATEGORIA DS	
COLLABORATORI SANITARI ESPERTO	8
COLLABORATORE AMM.VO ESPERTO	5
TOTALE	13

CATEGORIA D	
CAPO SALA	36
CAPO OSTETRICA	1
CAPOTECNICO RX	4
CAPOTECNICO LAB.	6
COLLABORATORE TECNICO	2
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	20
INFERMIERE	516
TECNICO LABORATORIO	30
TEC. LABORATORIO CITOPATOLOGIA	4
TEC. LABORATORIO ISTOPATOLOGIA	4
TECNICO RADIOLOGIA	27
FISIOTERAPISTA	4
OSTETRICA	7
TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	6
TECNICO ORTOPEDICO	2
TECNICO FISIOPAT.CARDIO	4
DIETISTA	3
ORTOTTISTA	2
AUDIOMETRISTA	2
ODONTOTECNICO	2
ASSISTENTE SOCIALE	2
TOTALE	684

categoria C	
ASSISTENTE TECNICO	10
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	55
TOTALE	65

CATEGORIA BS	
OP.TEC.SPEC.(autista)	7
OP.TEC.SPEC.	12
COAD.AMM.VO ESPERTO	35
TOTALE	54

CATEGORIA B	
centralinista	6
O.T.A.	60
COAD.AMM.VO	10
TOTALE	76

CATEGORIA A	
COMMESSO	4
AUSILIARIO	40
TOTALE	44

TOTALE GENERALE	1404

ALLEGATO H
(Sub allegato 3)

OSPEDALE SANT' ANDREA
SECONDA FACOLTÁ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÁ DI ROMA "LA SAPIENZA"

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N° 641 DEL 15.XI.2002

Oggetto: Attivazione di n° 150 posti letto presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

U.O. proponente: AFFARI GENERALI

Il presente provvedimento è composto da n° 10 pagine

Il funzionario estensore CECILIA NASTRI firma Cecilia Nastri data 12.11.2002

Il dirigente responsabile della U.O. Dott.ssa Rosa D'ARCA

firma _____ prot. AA.GG. n° 433 del 12.11.2002

VISTO il Direttore di Dipartimento _____

Il Direttore amministrativo Dott. Sergio BREGLIA

firma _____ data 15.11.02

Il Direttore sanitario Dr. Giuseppe PULVIRENTI

firma _____ data 15-XI-02

ESTREMI REGISTRAZIONE SPESA

Autor. n.	*Anno*	*Cod. conto*	*Disponib. Iniziale*	*Spese autorizzate*	*Autoriz. attuale*
P.P.V.	2002				

Il Dirigente U.O. Bilancio Dott. Egisto BIANCONI

firma _____ data 12/11/02

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P.IVA 06019571006

PAGINA BIANCA

OGGETTO: ATTIVAZIONE DI N°150 POSTI LETTO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI ROMA.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la Legge n. 453 del 03.12.1999, con la quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea integrata con la II Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza" di Roma;

VISTA la D.G.R. n. 1309 del 27.09.2002 di nomina del Dr. Gennaro Moccia quale Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea a decorrere dal 1 ottobre 2002;

PREMESSO che in data 02.08.2002 è stato stipulato il protocollo d'intesa tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, ai sensi dell'art. 1, comma 1 del D. Lgs. 517/99 che prevede all'art. 9 l'attribuzione all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di n° 400 posti letto di degenza ordinaria e di n° 50 posti letto di degenza diurna, nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico Umberto I°;

E CHE a seguito di varie riunioni svoltesi presso gli uffici dell'Assessorato Regionale alla Sanità si è raggiunta un'intesa in ordine alla strutturazione di n° 362 posti letto di degenza ordinaria (a fronte dei 400 attribuiti) e di n° 50 posti letto di degenza diurna, riservandosi di provvedere con successivo accordo alla strutturazione dei restanti 38 posti di degenza ordinaria;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n° 611 del 31.10.2002 con la quale viene approvata la proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria;

CONSIDERATO che l'attivazione di tali posti letto avverrà sulla base del cronoprogramma (allegato al presente provvedimento), che prevede tre start – up rispettivamente per il 30.11.2002, per il 28.03.2003 e per il 28.09.2003;

E CHE con l'allegata nota prot. n° 4332 del 28.10.2002 la Direzione Sanitaria ha previsto per il primo start – up del 30.11.2002 l'apertura di n°150 posti letto, così suddivisi:

Servizio	Posti letto degenza ordinaria	Posti letto degenza diurna
PEDIATRIA	10	4
PNEUMOLOGIA	10	/
MALATTIE INFETTIVE	10	/
MEDICINA 2 AD INDIRIZZO ENDOCRINOLOGICO-METABOLICO	14	/
DERMATOLOGIA	4	/
MALATTIE APPARATO	6	/

DIGERENTE E FEGATO		
MEDICINA INTERNA 3 MEDICINA D'URGENZA	16	/
NEUROLOGIA	10	/
CARDIOLOGIA	10	/
CHIRURGIA B	14	/
CHIRURGIA C.	10	/
DAY SURGERY	/	10
DAY HOSPITAL MEDICO ED ONCOLOGICO	/	16+6
TOTALE	**114**	**36**

RITENUTO pertanto necessario procedere all'attivazione dei primi 150 posti letto, al fine di rendere più diversificata e completa l'offerta assistenziale;

"D E L I B E R A

per le motivazioni di cui in premessa,

1. di procedere all'attivazione di n°150 posti letto presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea secondo quanto stabilito nel cronoprogramma e nella nota della Direzione Sanitaria prot. n°4332 del 28.10.2002, così suddivisi:

Servizio	Posti letto degenza ordinaria	Posti letto degenza diurna
PEDIATRIA	10	4
PNEUMOLOGIA	10	/
MALATTIE INFETTIVE	10	/
MEDICINA 2 AD INDIRIZZO ENDOCRINOLOGICO-METABOLICO	14	/
DERMATOLOGIA	4	/
MALATTIE APPARATO DIGERENTE E FEGATO	6	/
MEDICINA INTERNA 3 MEDICINA D'URGENZA	16	/
NEUROLOGIA	10	/
CARDIOLOGIA	10	/
CHIRURGIA B	14	/
CHIRURGIA C.	10	/
DAY SURGERY	/	10
DAY HOSPITAL MEDICO ED ONCOLOGICO	/	16+6
TOTALE	**114**	**36**

2. di dare comunicazione e di trasmettere la presente deliberazione, corredata di tutta la documentazione necessaria, al Dipartimento Servizio Sanitario Regionale e allo SPRESAL (Azienda Sanitaria RM/E);

3. che i 150 posti letto saranno ubicati presso questa Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Via di Grottarossa n°1035/1039;

4. di dare mandato alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Amministrativa e al Dipartimento Risorse Immobiliari e Tecnologiche dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di proseguire e di incrementare tutte le procedure necessarie per garantire quanto sopra disposto;

5. di pubblicare la presente deliberazione all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazion n°45/96.

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art.31 della L.R. Lazio n.45/96.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr. Gennaro Moccia)

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa

all'Albo delle Pubblicazioni presso la sede legale di questa

Azienda Ospedaliera in data _____

Il Dirigente incaricato

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Il Dirigente incaricato



STRUTTURAZIONE DI 362 POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E 50 POSTI LETTO DI DEGENZA DIURNA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

	START-UP 30/11/02		START-UP 28.03.03		START-UP28/09/03		POSTI LETTO A REGIME	
	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.	P.L. deg.ord.	P.L. D.H.
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA								
Chirurgia Generale A con servizi di Chirurgia Plastica e Chirurgia Pediatrica			24	4	2		26	4
Chirurgia Generale B con servizi di Chirurgia Toracica	14	4					14	4
Chirurgia Generale C	10	4	4				14	4
Chirurgia Generale D Chirurgia d'Urgenza			12				12	
Ortopedia -Traumatologia Chirurgia della Mano e del Piede			14	2			14	2
Urologia		2	12				12	2
Odontoiatria Max. Facciale			4				4	
Neurochirurgia					10		10	
Oculistica			6				6	
ORL			6				6	
Cardiochirurgia					12		12	
Chirurgia Vascolare			14				14	2
TOTALE	24	10	96	6	24		144	18

DIPARTIMENTO MEDICINA								
Medicina 1 ad indirizzo Allergologico ed Immunologico		2	14				14	2
Medicina 2 ad indirizzo Endocrinologico e N.E.I.	12						12	
Medicina 3 Medicina Interna e Medicina D'Urgenza	18	2	8				24	2
Medicia 4 Diabetologia e Servizio di Nutrizione Clinica		2	10				12	2
Nefrologia		2	6				6	2
Dermatologia	4		4				8	
Ematologia		2	8	4			8	6
Oncologia Medica		6	8				8	6
Pneumologia	10	2	2				12	2
Malattie Infettive	10	2	2				12	2
Cardiologia (+ Emodinamica)	10						10	
Malattie App. Dig. e Fegato	6	2	4				10	2
TOTALE	70	22	66	4			136	26

DIPARTIMENTO NEUROLOGICO-PSICHIATRICO

Neurologia (TROKE UNIT)	10		2				10			20		2
Psichiatria				14						14		
TOTALE	10		2	14			10			34		2

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Ginecologia e ostetricia				16		2				16		2
Pediatria + Neonatologia	10		2				2			12		2
TOTALE	10		2	16		2	2			28		4

SERVIZIO DI T.I. CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA

UTIC							6			6		
UTIPO							6			6		
TOTALE							12			12		

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA IMMAGINI E RADIOTERAPIA

Radioterapia							8					
TOTALE							8			8		
TOTALE POSTI LETTO	114		36	192		14	56			362		50

DIREZIONE SANITARIA
(Dott. Giuseppe PULVIRENTI)

OSPEDALE SANT' ANDREA
SECONDA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA"

Prot. 4 3 3 2

del 2 8 - 1 0 - 2 0 0 2

Al Responsabile U.O.C. Risorse Immobiliari e Tecnologiche
Ing. Paolo MOCCIA

DIPARTIMENTO RISORSE IMMOBILIARI TECNOLOGICHE
Prot. n. 1491 del 28.10.2002

Al Responsabile Servizio di prevenzione e Protezione
Ing. Carlo PICCIRILLI

E p.c. A Commissario Straordinario
Dott. Gennaro MOCCIA

Al Direttore Amministrativo
Dr. Sergio BREGLIA

Loro Sedi

OGGETTO: Apertura degenze del 30 novembre 2002 –

In considerazione della prossima apertura di n. 150 P.L., come da schema che si allega in copia, suddivisi tra le seguenti specialità:

— Pediatria, Pneumologia, Malattie Infettive, Medicina 2 ad indirizzo endocrino – metabolico, Dermatologia, Malattie dell'Apparato Digerente e del Fegato, Medicina Interna 3 Medicina d'Urgenza, Neurologia, Cardiologia, Chirurgia B, Chirurgia C, Day Hospital medico, Day Surgery;

e dei servizi di:

— Comparto Operatorio, Farmacia, Servizio Necroscopico, Centrale di Sterilizzazione, Primo Soccorso, servizio di Ristorazione;

si chiede di dare seguito, per le rispettive competenze, a quanto segue:

✓ Individuazione della Struttura, planimetria 1:200 (U.O.C. Risorse Immobiliari e Tecnologiche).

✓ Caratteristiche strutturali dei vari servizi, planimetria 1:50 oppure 1:100 indicante la destinazione d'uso dei locali con la disposizione delle attrezzature (U.O.C. Risorse Immobiliari e Tecnologiche).

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

- ✓ Relazione Tecnica in merito a:
  - o Gas medicali
  - o Impianto elettrico
  - o Climatizzazione
  - o Impiantistica

  (U.O.C. Risorse Immobiliari e Tecnologiche)

- ✓ Relazione riferita ai requisiti richiesti dalla Legge 626 (Servizio di Prevenzione e Protezione).

Tutta la documentazione dovrà essere presentata in 5 copie, entro il 15 novembre 2002 al fine di essere trasmessa a:

- ➢ n.2 Dipartimento Servizio Sanitario Regionale
- ➢ n.1 SPRESAL (Azienda Sanitaria RM/E)
- ➢ n.1 U.O. Affari Generali
- ➢ n. 1 Direzione Sanitaria.

Distinti saluti

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Giuseppe PULVIRENTI)

AZIENDA SANT'ANDREA

ATTIVAZIONE REPARTI DI DEGENZA

30/11/2002 (ricorrenza festività Sant'Andrea)

					personale da integrare						
lato	piano	Servizio	posti letto d.o.	posti letto d.h.	infermieri	coordinatori	totale infermieri	Dirigenti II° livello	Dirigenti I° livello	totale medici	O.T.A.
est	9	Pediatria	10	4	8	1	9	/	3	3	3
ovest	9	Pneumologia	10		15	1	16	/	1	1	3
		Malattie Infettive	10					/	/	/	
est	7	Medicina 2 ad indirizzo endocrinologico-metabolico	14		13	1	14	/	/	/	4
		Dermatologia	4					/	/	/	
		Malattie apparato Digerente e Fegato	6					/	3	3	
ovest	7	Medicina Interna 3 medicina d'urgenza	16		13	1	14	/	/	/	4
		Neurologia	10					/	/	/	
ovest	2	Cardiologia	10		6	1	7	/	2	2	3
ovest	5	Chirurgia B	14		13	1	14	/	/	/	4
ovest	3	Chirurgia C	10		5	1	6	/	3	3	4
		Day Surgery		10				/	/	/	
est	3	Day Hospital Medico ed Oncologico		16+6	/	/	/	/	/	/	3
		Anestesiologia per attività di terapia intensiva post-operatoria			6	/	6	/	2	2	/
		TOTALE	114	36	79	7	86	0	14	14	28

* TOTALE DEGENZE ATTIVATE: 150

ALLEGATO H
(Sub allegato 4)

OSPEDALE SANT' ANDREA
SECONDA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA"

DELIBERAZIONE N° 323 *DEL* 28 MAR. 2003

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. AFFARI GENERALI

Oggetto: Incremento attività assistenziali - attivazione di complessivi 349 posti letto di degenza ordinaria e a ciclo diurno nonché di n. 2 posti letto di terapia intensiva post-operatoria presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

L'estensore Cecilia Nastri — Il Commissario Straordinario Avv. Francesco Rocca

Il presente provvedimento è composto da n. 7 pagine. Prop. N. 242/03

Parere del Direttore Amministrativo

☒ Favorevole ☐ Non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 28 MAR. 2003

Parere del Direttore Sanitario

☒ Favorevole ☐ Non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 28 MAR. 2003

Atto sottoposto al controllo preventivo del Collegio Sindacale ☐

Firma (presidente del collegio) _____ Data _____

Con osservazioni ☐ Senza osservazioni ☐
(da allegare al presente atto)

Il Funzionario addetto al controllo di budget *con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.*

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Visto del funzionario addetto al controllo di budget
(Dott. Egisto Bianconi) Firma _____
Data _____

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento: (Dott.ssa Rosa D'Arca)
Data _____ Firma _____

Il Dirigente: (Dott.ssa Rosa D'Arca)
Data 28/3/2003 Firma _____

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • PIVA 06019571006

ESTREMI REGISTRAZIONE SPESA

Autor. n.	*Anno*	*Cod. conto*	*Disponib. Iniziale*	*Spese autorizzate*	*Autoriz. Attuale*

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la sede legale di questa Azienda Ospedaliera in data 31 MAR. 2009

per Il Dirigente incaricato

IL RESPONSABILE U.O.C.
AFFARI GENERALI
Dr.ssa ROSA D'ARCA

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Il presente provvedimento è composto da n° _____ pagine

Lì_____

Il Dirigente incaricato

OGGETTO: INCREMENTO ATTIVITÀ ASSISTENZIALI - ATTIVAZIONE DI COMPLESSIVI 349 POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E A CICLO DIURNO NONCHE' DI N. 2 POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA POST-OPERATORIA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI ROMA.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la Legge n. 453 del 03.12.1999, con la quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea integrata con la II Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza" di Roma;

VISTA la D.G.R. n. 1763 del 20.12.2002 di nomina dell'Avv. Francesco Rocca quale Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea;

VISTO il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni concernete il riordino del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il DPCM del 22 Luglio 1999 che individua la Struttura Ospedaliera Sant'Andrea di Roma quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specialità e la costituisce Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art. 4, comma 4, del D. Lgs. 30 Dicembre 2002 n. 502 e successive modificazioni;

VISTO il D. Lgs. n. 431 del 1° Ottobre 1999, convertito in Legge 3 Dicembre 1999, n. 453 concernente "Disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico Umberto I° di Roma e per l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma" che ha costituito l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma destinandola a sede della II^a^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La sapienza di Roma;

VISTO il Decreto Legislativo 21 Dicembre 1999 n. 517 concernete la disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università a norma dell'art. 6 della Legge 30 Novembre 1998, n. 419;

VISTO il DPCM 24 Maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale" ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 21 Dicembre 1999, n. 517, intesa ai sensi dell'art. 8 della Legge 15 Marzo 1997, n. 59;

PREMESSO che in data 02.08.2002 è stato stipulato il protocollo d'intesa tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, ai sensi dell'art. 1, comma 1 del D. Lgs. 517/99 che prevede all'art. 9 l'attribuzione all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di n. 400 posti letto di degenza ordinaria e di n. 50 posti letto di degenza diurna, nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico Umberto I°;

CHE con deliberazione n. 611 del 31.10.2002 è stata approvata la proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria, prevedendo che l'attivazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria e in regime di Day Hospital avvenga in tre fasi;

E CHE in ottemperanza al suindicato protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea con deliberazione n. 641 del 15.12.2002 ha provveduto ad attivare n. 166 posti letto;

VISTA la D.G.R. n. 254 del 21.03.2003 "Presa d'atto delle attività assistenziali di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico S. Andrea" con la quale la Regione Lazio ha preso atto dell'attivazione delle specialità in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital come di seguito elencate:

• area medica	n. 88 posti letto ordinari	n. 32 degenze diurne
• area chirurgica	n. 24 posti letto ordinari	n. 10 degenze diurne
• area materno infantile	n. 10 posti letto ordinari	n. 2 degenze diurne
Totale	n. 122 posti letto ordinari	n. 44 degenze diurne

RILEVATO che l'Azienda Ospedaliera ha pianificato l'ulteriore apertura per complessivi 349 posti letto di cui n. 64 da destinare ad attività a ciclo diurno, nonché n. 2 posti letto di terapia intensiva post-operatoria;

RILEVATO ALTRESI' che questa Azienda Ospedaliera con nota prot. n. 3501 del 27.03.2003 ha richiesto ai competenti organi regionali l'attivazione di n. 14 posti letto di Day Hospital Psichiatrico;

VISTO la proposta del Direttore Sanitario Aziendale che prevede l'attivazione, a partire dal 28 Marzo 2003, di complessivi 349 posti letto, nonché n. 2 posti letto di terapia intensiva post-operatoria, come di seguito specificato:

UNITA' OPERATIVE	POSTI LETTO TOTALI PER AREA	
	n° posti letto ricoveri ordinari	n° posti letto ricoveri diurni
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA		
Chirurgia Generale A		
Chirurgia Generale B 14		
Chirurgia Generale C 10		10
Day Surgery		
Ortopedia – Traumatologia Chirurgia della Mano e del Piede	134 / 24	18 / 10
Chirurgia Pediatrica		
Urologia		
Odontoiatria Maxillo – Facciale		
Oculistica		
Otorinolaringoiatra		
Chirurgia Vascolare		

DCS 611/2002

DIPARTIMENTO DI MEDICINA	115	26
Medicina 1 Allergologia, Immunologia e Reumatologia		
Medicina 2 Endocrinologia, Metodologia Clinica e Diabetologia (Medicina 4) 14		
Medicina 3 Medicina Interna e d'Urgenza 16		
Nefrologia		
Dermatologia 4		
Ematologia		
Oncologia Medica		
Pneumologia 10.		
Malattie Infettive 10		
Cardiologia 10		
Malattie Apparato Digerente e Fegato 6		
DIPARTIMENTO NEUROLOGICO - PSICHIATRICO	12	18
Neurologia 10		
Psichiatria		
DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE	24	2
Ginecologia		
Pediatria 10		4
TOTALE N. 349 POSTI LETTO	285/114	64/36
P.L. Terapia intensiva post-operatoria	2	

TENUTO CONTO che tale assegnazione potrà subire ulteriori modifiche che verranno tempestivamente comunicate ai competenti uffici della Regione e dell'ASP;

"D E L I B E R A

per le motivazioni di cui in premessa, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di procedere all'attivazione di complessivi 349 posti letto, nonché n. 2 posti letto di terapia intensiva post-operatoria presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea secondo quanto proposto dal Direttore Sanitario Aziendale e di seguito riepilogato:

UNITA' OPERATIVE	POSTI LETTO TOTALI PER AREA	
	n° posti letto ricoveri ordinari	n° posti letto ricoveri diurni
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	134	18
Chirurgia Generale A		
Chirurgia Generale B		
Chirurgia Generale C		
Day Surgery		
Ortopedia – Traumatologia Chirurgia della Mano e del Piede		
Chirurgia Pediatrica		
Urologia		
Odontoiatria Maxillo – Facciale		
Oculistica		
Otorinolaringoiatra		
Chirurgia Vascolare		
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	115	26
Medicina 1 Allergologia, Immunologia e Reumatologia		
Medicina 2 Endocrinologia, Metodologia Clinica e Diabetologia (Medicina 4)		
Medicina 3 Medicina Interna e Medicina d'Urgenza		
Nefrologia		
Dermatologia		
Ematologia		
Oncologia Medica		
Pneumologia		
Malattie Infettive		
Cardiologia		
Malattie Apparato Digerente e Fegato		
DIPARTIMENTO NEUROLOGICO - PSICHIATRICO	12	18
Neurologia		
Psichiatria		
DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE	24	2
Ginecologia		
Pediatria		
TOTALE N. 349 POSTI LETTO	285	64
POSTI LETTO TIPO	2	

2. che tale assegnazione è assolutamente temporanea, in quanto dettata da esigenze di accorpare specialità omogenee nell'area medica e nell'area chirurgica, al fine di consentire il completamento dei lavori di adeguamento e di messa a norma di alcuni Reparti del Complesso Ospedaliero;

3. di trasmettere la presente deliberazione, corredata di tutta la documentazione necessaria alla Regione Lazio, affinché quest'ultima provveda a darne ufficiale comunicazione all'ASP;

4. di comunicare tempestivamente agli Uffici Regionali competenti tutte le eventuali modifiche che si verificheranno in corso di attivazione dei posti letto;

5. di incaricare il SIO di questa Azienda Ospedaliera della predisposizione di tutti gli atti necessari per informare la Regione e l'ASP dell'attivazione dei posti letto e delle eventuali modifiche che interverranno;

6. di dare mandato alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Amministrativa e all'Area Risorse Immobiliari e Tecnologiche dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di proseguire e di incrementare tutte le procedure necessarie per garantire l'attivazione dei posti letto così come programmato;

7. di pubblicare la presente deliberazione all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazion n°45/96.

La presente deliberazione non è soggetta al controllo preventivo di cui alla D.G.R. n. 1306 del 27.09.2002 e diviene, pertanto, immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 33, ultimo comma, della L.R. Lazio n. 5/1987.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Avv. Francesco ROCCA)"

ALLEGATO H
(Sub allegato 5)

DELIBERAZIONE N° 898 *DEL* 18 SET. 2003

STRUTTURA PROPONENTE: **DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**

Oggetto: Incremento attività assistenziali - Attivazione di complessivi n. 414 posti letto di degenza ordinaria e a ciclo diurno nonché di complessive n. 9 unità di T.I.P.O. presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma.

L'estensore Cecilia Nastri — Il Commissario Straordinario Avv. Francesco Rocca

Il presente provvedimento è composto da n. _____ pagine. Prop. N.

Parere del Direttore Amministrativo

☒ Favorevole ☐ Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 18 SET. 2003

Parere del Direttore Sanitario

☒ Favorevole ☐ Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 18 SET. 2003

Atto sottoposto al controllo preventivo del Collegio Sindacale ☐

Firma (presidente del collegio) _____ Data _____

Con osservazioni ☐ (da allegare al presente atto) Senza osservazioni ☐

Il Funzionario addetto al controllo di budget *con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.*

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: P.I.V.

Visto del funzionario addetto al controllo di budget (Dott. Egisto Bianconi) Firma _____

Data 19/09/03

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento: (Dott.ssa Rosa D'Arca)
Data 18/09/03 Firma _____

Il Dirigente: (Dott.ssa Rosa D'Arca)
Data 18/09/03 Firma _____

ESTREMI REGISTRAZIONE SPESA

Autor. n.	*Anno*	*Cod. conto*	*Disponib. Iniziale*	*Spese autorizzate*	*Autoriz. Attuale*

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la sede legale di questa Azienda Ospedaliera in data 19/9/2003

Il Dirigente incaricato

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Il presente provvedimento è composto da n° _____ pagine

Lì_____

Il Dirigente incaricato

OGGETTO: Incremento attività assistenziali - Attivazione di complessivi n. 414 posti letto di degenza ordinaria e a ciclo diurno nonché di complessive n. 9 unità di T.I.P.O. presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la Legge n. 453 del 03.12.1999, con la quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" integrata con la II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza" di Roma;

VISTA la D.G.R. n. 1763 del 20.12.2002 di nomina dell'Avv. Francesco Rocca quale Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea";

VISTO il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni concernete il riordino del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il DPCM del 22 Luglio 1999 che individua la Struttura Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma quale Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità e la costituisce Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art. 4, comma 4, del D. Lgs. 30 Dicembre 2002 n. 502 e successive modificazioni;

VISTO il D. Lgs. n. 431 del 1° Ottobre 1999, convertito in Legge 3 Dicembre 1999, n. 453 concernente "Disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico "Umberto I°" di Roma e per l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma" che ha costituito l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma destinandola a sede della II^ Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La sapienza" di Roma;

VISTO il Decreto Legislativo 21 Dicembre 1999 n. 517 concernete la disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università a norma dell'art. 6 della Legge 30 Novembre 1998, n. 419;

VISTO il DPCM 24 Maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale" ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 21 Dicembre 1999, n. 517, intesa ai sensi dell'art. 8 della Legge 15 Marzo 1997, n. 59;

PREMESSO che in data 02.08.2002 è stato stipulato il protocollo d'intesa tra l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e la Regione Lazio per la disciplina dell'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, ai sensi dell'art. 1, comma 1 del D. Lgs. 517/99 che prevede all'art. 9 l'attribuzione all'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di n. 400 posti letto di degenza ordinaria e di n. 50 posti letto di degenza diurna, nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico "Umberto I°";

CHE con deliberazione n. 611 del 31.10.2002 è stata approvata la proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria, prevedendo che l'attivazione dei posti letto in regime di degenza ordinaria e in regime di Day Hospital avvenga in tre fasi;

E CHE in ottemperanza al suindicato protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" con deliberazione n. 641 del 15.12.2002 ha provveduto ad attivare n. 166 posti letto;

VISTA la D.G.R. n. 254 del 21.03.2003 "Presa d'atto delle attività assistenziali di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Sant'Andrea" con la quale la Regione Lazio ha preso atto dell'attivazione delle specialità in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital come di seguito elencate:

• area medica	n. 88 posti letto ordinari	n. 32 degenze diurne
• area chirurgica	n. 24 posti letto ordinari	n. 10 degenze diurne
• area materno infantile	n. 10 posti letto ordinari	n. 2 degenze diurne
Totale	n. 122 posti letto ordinari	n. 44 degenze diurne

CONSIDERATO che l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" con deliberazione n. 323 del 28 marzo 2003 ha attivato complessivi n. 349 posti letto, di cui n. 64 da destinare ad attività di Day-Hospital e n. 2 unità di T.I.P.O.;

RILEVATO ALTRESI' che questa Azienda Ospedaliera con nota prot. n. 3501 del 27.03.2003 ha richiesto ai competenti organi regionali l'attivazione di n. 14 posti letto di Day Hospital Psichiatrico, di cui ha ottenuto specifica autorizzazione;

ATTESO che l'apertura delle attività assistenziali afferenti alle specialità di Cardiochirurgia, di Terapia Intensiva cardiologica e Cardiochirurgia, del settore di Radioterapia e delle attività cliniche afferenti alla Stroke-Unit è collegata alla realizzazione in itinere delle specifiche strutture operatorie e di degenza intensiva e ordinaria;

VERIFICATA la possibilità di poter procedere alla graduale operatività delle attività clinico-diagnostiche afferenti alle specialità di Neurochirurgia, ivi compresi i trattamenti chirurgici di media complessità, in attesa di poter disporre del gruppo operatorio dedicato, in corso di realizzazione;

VISTA la proposta del Direttore Sanitario Aziendale che prevede l'attivazione, a partire dal 29 settembre 2003, di complessivi n. 414 posti letto, nonché n. 9 unità di Terapia Intensiva Post-Operatoria, come di seguito meglio specificato:

UNITA' OPERATIVE	POSTI LETTO TOTALI PER AREA	
	N° posti letto ricoveri ordinari	N° posti letto ricoveri diurni
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	166	24
CHIRURGIA GENERALE "A"		
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA		
CHIRURGIA PEDIATRICA		
CHIRURGIA GENERALE "B"		
CHIRURGIA TORACICA		
CHIRURGIA GENERALE "C"		
DAY SURGERY		
ORTOPEDIA – TRAUMATOLOGIA CHIRURGIA DELLA MANO E DEL PIEDE		
UROLOGIA		
ODONTOIATRIA MAXILLO-FACCIALE		
OCULISTICA		
OTORINOLARINGOIATRA		
CHIRURGIA VASCOLARE		
NEUROCHIRURGIA		
DIPARTIMENTO MEDICINA	128	32
MEDICINA 1 ALLERGOLOGIA , IMMUNOLOGIA		
MEDICINA 2 ENDOCRINOLOGIA, METODOLOGIA CLINICA E DIABETOLOGIA (MEDICINA 4)		
MEDICINA 3 MEDICINA INTERNA E MEDICINA D'URGENZA		
NEFROLOGIA		
DERMATOLOGIA		
EMATOLOGIA		
ONCOLOGIA MEDICA		
PNEUMOLOGIA		
MALATTIE INFETTIVE		
CARDIOLOGIA		
MEDICINA SPERIMENTALE		
DAY HOSPITAL MEDICO		
MALATTIE APPARATO DIGERENTE E FEGATO		
DIPARTIMENTO NEUROLOGICO - PSICHIATRICO	20	12
NEUROLOGIA		
PSICHIATRIA		
DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE	24	8
GINECOLOGIA		
PEDIATRIA		
TOTALE	338	76
TOTALE	414	
TIPO	9	

TENUTO CONTO che tale assegnazione potrà subire ulteriori modifiche che verranno tempestivamente comunicate ai competenti uffici della Regione e dell'ASP;

"D E L I B E R A

per le motivazioni di cui in premessa, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di procedere all'attivazione di complessivi n. 414 posti letto, nonché n. 9 unità di Terapia Intensiva post-operatoria presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" secondo quanto proposto dal Direttore Sanitario Aziendale e di seguito riepilogato:

UNITA' OPERATIVE	POSTI LETTO TOTALI PER AREA	
	N° posti letto ricoveri ordinari	N° posti letto ricoveri diurni
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	166	24
CHIRURGIA GENERALE "A"		
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA		
CHIRURGIA PEDIATRICA		
CHIRURGIA GENERALE "B"		
CHIRURGIA TORACICA		
CHIRURGIA GENERALE "C"		
DAY SURGERY		
ORTOPEDIA – TRAUMATOLOGIA CHIRURGIA DELLA MANO E DEL PIEDE		
UROLOGIA		
ODONTOIATRIA MAXILLO-FACCIALE		
OCULISTICA		
OTORINOLARINGOIATRA		
CHIRURGIA VASCOLARE		
NEUROCHIRURGIA		
DIPARTIMENTO MEDICINA	128	32
MEDICINA 1 ALLERGOLOGIA , IMMUNOLOGIA		
MEDICINA 2 ENDOCRINOLOGIA, METODOLOGIA CLINICA E DIABETOLOGIA (MEDICINA 4)		
MEDICINA 3 MEDICINA INTERNA E MEDICINA D'URGENZA		
NEFROLOGIA		
DERMATOLOGIA		
EMATOLOGIA		
ONCOLOGIA MEDICA		
PNEUMOLOGIA		
MALATTIE INFETTIVE		
CARDIOLOGIA		
MEDICINA SPERIMENTALE		
DAY HOSPITAL MEDICO		
MALATTIE APPARATO DIGERENTE E FEGATO		

DIPARTIMENTO NEUROLOGICO - PSICHIATRICO		
NEUROLOGIA	20	12
PSICHIATRIA		
DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE		
GINECOLOGIA	24	8
PEDIATRIA		
TOTALE	338	76
TOTALE	414	
TIPO	9	

2. che tale assegnazione è assolutamente temporanea, in quanto dettata da esigenze di accorpare specialità omogenee dell'area medica e dell'area chirurgica, al fine di consentire il completamento dei lavori citati in premessa;

3. di trasmettere la presente deliberazione alla Regione Lazio, affinché quest'ultima possa darne ufficiale comunicazione all'ASP;

4. di comunicare tempestivamente agli Uffici Regionali competenti tutte le eventuali modifiche che si verificheranno in corso di attivazione dei posti letto;

5. di incaricare il SIO di questa Azienda Ospedaliera della predisposizione di tutti gli atti necessari per informare gli organi preposti dell'attivazione dei posti letto e delle eventuali modifiche che interverranno;

6. di dare mandato alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Amministrativa e all'Area Risorse Immobiliari e Tecnologiche dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di proseguire e di incrementare tutte le procedure necessarie per garantire l'attivazione dei posti letto così come programmato;

7. di pubblicare la presente deliberazione all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazion n°45/96.

La presente deliberazione non è soggetta al controllo preventivo di cui alla D.G.R. n. 1306 del 27.09.2002 e diviene, pertanto, immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 33, ultimo comma, della L.R. Lazio n. 5/1987.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Avv. Francesco ROCCA)"

ALLEGATO H
(Sub allegato 6)

OSPEDALE SANT' ANDREA
SECONDA FACOLTÁ DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÁ DI ROMA "LA SAPIENZA"

DELIBERAZIONE N° 500 DEL 16 APR. 2004

STRUTTURA PROPONENTE: **DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**

Oggetto: **Incremento attivita' assistenziali - attivazione di complessivi n. 450 posti letto di degenza a ciclo continuo e a ciclo diurno presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.**

L'estensore _____ Il Direttore Generale Avv. Francesco Rocca

Il presente provvedimento è composto da n._____ pagine

Parere del Direttore Amministrativo
☒ Favorevole ☐ Non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 16 APR. 2004

Parere del Direttore Sanitario
☒ Favorevole ☐ Non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma _____ Data 16 APR. 2004

Atto sottoposto al controllo preventivo del Collegio Sindacale ☐

Firma dott. Massimo Cessari _____ Data _____

Con osservazioni ☐ Senza osservazioni ☐
(da allegare al presente atto)

Il Funzionario addetto al controllo di budget *con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.*

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: P.P.V.

Visto del funzionario addetto al controllo di budget
Dott. Egisto Bianconi Firma _____
Data _____

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento: Dr.ssa Rosa D'Arca
Data _____ Firma _____

Il Dirigente: Dr.ssa Rosa D'Arca
Data _____ Firma _____

AZIENDA OSPEDALIERA
SANT' ANDREA
UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA"
SECONDA FACOLTÀ
DI MEDICINA E CHIRURGIA

ESTREMI REGISTRAZIONE SPESA

Autor. n.	*Anno*	*Cod. conto*	*Disponib. Iniziale*	*Spese autorizzate*	*Autoriz. Attuale*

U.O.C. AFFARI GENERALI

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la sede di questa Azienda Ospedaliera in data _____ ai sensi dell'art. 31 L.R. Lazio 45/1996.

Il Dirigente
(dott.ssa Rosa D'Arca)

La presente deliberazione è stata ricevuta dalla Presidenza Giunta regionale Lazio – Commissione verifica e controllo in data _____ ed è divenuta efficace in data _____

- ☐ a seguito ricevimento parere favorevole della Regione Lazio
- ☐ per decorso del termine di 40 giorni
- ☐ richiesta modifica dell'atto con nota prot.

La presente deliberazione non è divenuta efficace a seguito di ricevimento del parere negativo della Regione Lazio in data _____

La presente deliberazione si compone di n. _____ pagine ed è conforme all'originale conservata agli atti di questa Amministrazione.

Lì _____

Il Dirigente incaricato

OGGETTO: INCREMENTO ATTIVITA' ASSISTENZIALI - ATTIVAZIONE DI COMLESSIVI N° 450 POSTI LETTO DI DEGENZA A CICLO CONTINUO E A CICLO DIURNO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA DI ROMA.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, concernente il riordino del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.P.C.M. del 22 luglio 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 27 luglio 1999 n. 174, che dispone la individuazione della Struttura Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma quale Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità e la sua costituzione in Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art. 4 comma 4 del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, condizionatamente alla sua destinazione a sede della II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";

VISTO il protocollo d'intesa stipulato ai sensi dell' art. 6 comma 1 del D. Lgs. n. 502/92, fra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" in data 3 agosto 1999, per la disciplina dell'apporto alle attività asistenziali delle Facoltà di Medicina e Chirurgia I e II, in cui si destina l'Ospedale S. Andrea a sede della seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia di Roma La Sapienza;

VISTO il D.L. 1 ottobre 1999 n. 341, convertito, con modificazioni, dalla L. 3 dicembre 1999 n. 453, con il quale è stata costituita l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" integrata con la II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";

VISTO Il D. Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 concernente la disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università a norma dell'art. 6 della L. 30 novembre 1998 n° 419;

VISTO Il D.P.C.M. 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni e Università;

VISTO il protocollo d'intesa stipulato ai sensi dell' art. 1 comma 1 del D. Lgs. n. 517/99, fra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" in data 2 agosto 2002, che prevede, tra l'altro, l'attivazione di 400 posti letto di degenza ordinaria e di 50 posti letto di degenza diurna

presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea", nell'ambito del processo di decentramento del Policlinico "Umberto I";

RICHIAMATA la propria precedente deliberazione del 31 ottobre 2002 n. 611, con la quale è stata approvata la proposta di organizzazione dipartimentale delle strutture assistenziali e della pianta organica provvisoria;

VISTA la D.G.R. del 15 novembre 2002 n. 1506, con la quale la Regione Lazio ha approvato l'organizzazione assistenziale di questa Azienda, il cronoprogramma delle aperture e la Pianta Organica provvisoria;

VISTA la propria precedente deliberazione del 18 settembre 2003 n. 898, con cui è stata disposta l'attivazione di complessivi 414 posti letto di degenza ordinaria e a ciclo diurno nonché di complessive n. 9 unità di Terapia Intensiva post-operatoria;

VISTA la D.G.R. del 7 novembre 2003 n. 1131 di nomina dell'avv. Francesco Rocca quale Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea;

VISTA la propria precedente deliberazione del 15 novembre 2002 n. 641, in cui, fra l'altro, è stata presentata la strutturazione dei posti letto di degenza ordinaria e diurna dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea;

ATTESO che sono stati ultimati i lavori di completamento delle strutture operatorie e di degenza intensiva e ordinaria relativi alla Cardiochirurgia, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Terapia Intensiva Neurochirurgica e Terapia intensiva Cardiologica;

VISTA la proposta del Direttore Sanitario Aziendale di attivazione, a decorrere dal 19 aprile 2004, di complessivi n. 450 posti letto, come di seguito meglio specificato:

	UNITA' OPERATIVE	N° posti letto a ciclo continuo	N° posti letto a ciclo diurno
Dipartimento di Chirurgia	Chirurgia Generale A	190	23
	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva		
	Chirurgia Pediatrica		
	Chirurgia Epato-bilio-pancreatica		
	Chirurgia Generale B		
	Chirurgia Toracica		
	Chirurgia Generale C		
	Day Surgery		
	Ortopedia-Traumatologia Chirurgia della Mano e del Piede		
	Urologia		
	Odontoiatria Maxillo-Facciale		
	Oculistica		
	Otorinolaringoiatria		
	Chirurgia Vascolare		
	Neurochirurgia		
	Cardiochirurgia		
Dipartimento di Medicina	Medicina 1 – Allergologia, Immunologia	136	28
	Medicina 2 – Endocrinologia, metodologia Clinica, Diabetologia		
	Medicina 3 – Medicina Interna e Medicina D'Urgenza		
	Nefrologia		
	Dermatologia		
	Ematologia		
	Oncologia Medica		
	Pneumologia		
	Malattie Infettive		
	Cardiologia		
	UTIC		
	Medicina Sperimentale		
	Day Hospital Medico		
	Malattie Apparato Digerente e Fegato		
Dipartimento Neurologico - Psichiatrico	Neurologia	20	12
	Psichiatria		
Dipartimento Materno - Infantile	Ginecologia	24	8
	Pediatria		
	Neuropsichiatria infantile		
Terapia Intensiva Post-Operatoria		9	
Totale parziale		362	78
TOTALE		450	

TENUTO CONTO che tale assegnazione potrà subire ulteriori modifiche che verranno tempestivamente comunicate ai competenti uffici della Regione Lazio e dell'A.S.P.;

Ciò premesso

DELIBERA

per le motivazioni di cui in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Di procedere all'attivazione di complessivi n. 450 posti letto presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea secondo quanto proposto dal Direttore Sanitario Aziendale e di seguito riepilogato:

	UNITA' OPERATIVE	N° posti letto a ciclo continuo	N° posti letto a ciclo diurno
Dipartimento di Chirurgia	Chirurgia Generale A	190	23
	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva		
	Chirurgia Pediatrica		
	Chirurgia Epato-bilio-pancreatica		
	Chirurgia Generale B		
	Chirurgia Toracica		
	Chirurgia Generale C		
	Day Surgery		
	Ortopedia-Traumatologia Chirurgia della Mano e del Piede		
	Urologia		
	Odontoiatria Maxillo-Facciale		
	Oculistica		
	Otorinolaringoiatria		
	Chirurgia Vascolare		
	Neurochirurgia		
	Cardiochirurgia		
Dipartimento di Medicina	Medicina 1 – Allergologia, Immunologia	136	28
	Medicina 2 – Endocrinologia, metodologia Clinica, Diabetologia		
	Medicina 3 – Medicina Interna e Medicina D'Urgenza		
	Nefrologia		
	Dermatologia		

	Ematologia		
	Oncologia Medica		
	Pneumologia		
	Malattie Infettive		
	Cardiologia		
	UTIC		
	Medicina Sperimentale		
	Day Hospital Medico		
	Malattie Apparato Digerente e Fegato		
Dipartimento Neurologico - Psichiatrico	Neurologia	20	12
	Psichiatria		
Dipartimento Materno - Infantile	Ginecologia	24	8
	Pediatria		
	Neuropsichiatria infantile		
Terapia Intensiva Post-Operatoria		9	
Totale parziale		362	78
TOTALE		450	

- di trasmettere la presente deliberazione alla Regione Lazio, affinché quest'ultima possa darne ufficiale comunicazione all'A.S.P.;
- di comunicare tempestivamente agli uffici regionali competenti tutte le eventuali modifiche che si verificheranno in corso di attivazione dei posti letto;
- di incaricare il S.I.O. di questa Azienda Ospedaliera della predisposizione di tutti gli atti necessari per informare gli organi preposti all'attivazione dei posti letto e delle eventuali modifiche che interverranno;
- di pubblicare la presente deliberazione all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazio n° 45\1996;

La presente deliberazione diviene esecutiva ai sensi dell'art. 33, all'ultimo comma della L.R. Lazio n° 51\1987.

IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Francesco Rocca)

ALLEGATO H
(Sub allegato 7)

AZIENDA OSPEDALIERA
SANT' ANDREA
UNIVERSITÁ DI ROMA "LA SAPIENZA"
SECONDA FACOLTÁ
DI MEDICINA E CHIRURGIA

Direzione Generale

Prot. n. 1422 del 3.02.04

Al Direttore della Direzione
Regionale del S.S.R.
dell'Assessorato alla Sanità
Dott. Goffredo Troiani

e p. c. All'Assessore alla Sanità
On. Marco Verzaschi

Oggetto: Trasferimento beni mobili ed immobili all'A.O. Sant'Andrea.
Sostituzione processuale.

La legge 3 dicembre 1999, n. 453 di conversione del Decreto Legge del 1 ottobre 1999, n. 341 recante disposizioni urgenti per l'Azienda Policlinico Umberto I e per l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma ha stabilito all'art. 2 che: "l'Azienda ospedaliera Sant' Andrea, dalla data di trasferimento alla stessa dei beni immobili e mobili costituenti il complesso ospedaliero Sant' Andrea, succede al Comune di Roma e agli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma in tutti i rapporti in corso comunque connessi ai beni trasferiti. **L'Azienda Ospedaliera assume la qualità di sostituto processuale dei predetti Enti nel contenzioso giudiziale ed extra giudiziale concernente appalti e forniture relativi ai beni trasferiti".**

Dal dettato della norma parrebbe quindi che l'Azienda assume tale qualità per i giudizi pendenti a far data dall'atto di trasferimento alla stessa dei beni immobili e mobili costituenti il complesso ospedaliero.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035 1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel 39-06-803451 - Fax 39-06-80345061 • P. IVA 06019571006

Tale data sembrerebbe poter essere individuata in via presuntiva in quella relativa alla sottoscrizione del verbale di trasferimento, verbale che, tuttavia non risulta, dalle ricerche fino ad oggi effettuate, essere presente in originale negli archivi dell'Azienda che ne conserva invece una copia non datata e non sottoscritta.

In forza della disposizione normativa sopra riportata gli IFO ci chiedono il pagamento di una serie di fatture per gli incarichi affidati dagli stessi IFO agli avvocati per giudizi intentati dalla VIANINI LAVORI S.p.A. nei loro confronti in qualità di ditta appaltatrice dei lavori per la realizzazione dell'immobile dove oggi ha sede l'Azienda Sant'Andrea.

Secondo quanto richiesto dagli IFO l'Azienda dovrebbe pagare ai predetti avvocati una somma complessiva di circa € **200.000,00**. Attualmente l'Azienda non ha pagato le predette fatture ed anzi ha presentato opposizione al decreto ingiuntivo notificato al Sant'Andrea da uno degli avvocati sopradetti in attesa di ricevere da Codesta Regione le necessarie indicazioni ed il relativo finanziamento. La situazione relativa al pagamento delle parcelle degli avvocati è resa ancor più importante posto che gli stessi conoscendo la storia relativa ai giudizi de quo potrebbero essere di grande aiuto all'Azienda per ricostruire tutta la fattispecie.

Inoltre dalle informazioni ricevute dagli IFO, gli stessi sono stati di recente condannati nei confronti della Vianini al pagamento della somma pari a **Euro 5.681.025,88** a seguito dell'esito negativo del procedimento di opposizione al decreto ingiuntivo dinanzi al Tribunale Civile di Roma. E' utile sottolineare che il Tribunale in quella sentenza di condanna ha negato l'operatività della sostituzione processuale dell'Azienda *ope legis* in quanto ha assunto che tale sostituzione operasse solo per i giudizi pendenti e non anche per quelli conclusi. A fronte di questo, gli IFO intendono proporre appello, chiamando in causa l'Azienda Sant'Andrea per far valere la sostituzione processuale e rivalersi quindi della somma sopra riportata.

Infine è necessario aggiungere che l'Azienda ha dovuto conferire l'incarico ad uno degli avvocati che ha seguito tutti i vari gradi di giudizio nella causa VIANINI/IFO per quello finale innanzi alla Cassazione per il quale sussiste un rischio presunto di soccombenza dichiarato dall'Avv.to difensore pari ad Euro **1.850.000,00**. In questo giudizio infatti effettivamente opera la sostituzione processuale prevista dalla legge.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Cristoforo Colombo, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06 80345 1 - Fax 39-06-80345001 • P. IVA 06019571006

Da quanto sopra esposto appare chiaro che l'Azienda attualmente non è in grado, per la frammentarietà delle informazioni in suo possesso e per l'ambiguità interpretativa scaturente dalla norma citata, di quantificare se e per quali giudizi la stessa assuma la veste di sostituto processuale.

Tuttavia, anche se non definite nel loro ammontare complessivo, le cifre indicate per eventuali soccombenze, sono talmente elevate da comportare gravissime conseguenze per il bilancio aziendale.

Si chiede pertanto a Codesta Regione, di prevedere a favore di questa Azienda, un finanziamento, adeguato e finalizzato a coprire le spese comunque derivanti dalla previsione di legge che la individua quale sostituto processuale degli Enti, nel contenzioso giudiziale ed extra giudiziale concernente appalti e forniture relativi ai beni trasferiti.

Direttore generale
Avv. Francesco Rocca

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA
Legge 3 Dicembre 1999 n° 453
Via Grottarossa, 1035-1039 • 00189 Roma (Italy)
Tel. 39-06-803451 - Fax 39-06-80345001 • P. IVA 060 1957 1006