

## 5. Policlinico Universitario Campus Bio-Medico: *a growth path*

di Vittorio Coda, Marta Risari, Rossana Alloni, Daniela Tartaglini<sup>1</sup>

*Questo saggio è dedicato al professore Antonio Tessitore che, con il suo entusiasmo e le sue competenze di economia e gestione aziendale, ha stimolato, incoraggiato e supportato il top management del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico a riflettere sulla sua azione di governo. Nel suo pensiero era chiara la distinzione fra una "visione meccanicistica" dell'impresa, dove le aspirazioni di sviluppo dell'elemento umano sono spesso sacrificate sugli altari dell'efficienza e del profitto, e una visione dell'impresa come "organismo vivente", nella quale, in analogia ai sistemi biologici, l'azione di governo sottende un approccio "adattivo", flessibile, non rigido né schematico. Tale "visione organica" dell'impresa veniva arricchita e rielaborata nel pensiero del professore Antonio Tessitore alla luce delle sue profonde radici cristiane: nei suoi discorsi sull'azione manageriale erano sempre chiare la necessità di porre al centro dei ragionamenti l'elemento umano dell'impresa e il perseguimento del bene comune. L'interpretazione delle metriche contabili avveniva nell'ambito dell'indagine sul valore creato dall'impresa e sulla sostenibilità di tale valore nel tempo, al servizio delle persone e della società.*

*La realizzazione di questo scritto deve dunque molto ad Antonio Tessitore, a cui va il pensiero grato degli autori nella certezza di incontrarlo nuovamente in altri piani di realtà.*

---

<sup>1</sup> Si ringraziano per la preziosa collaborazione Domenico Mastrolitto e Alessia Pellegrino.

## 5.1 Introduzione

Il 18 novembre 2013 era il giorno dell'inaugurazione del diciannovesimo Anno Accademico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma (UCBM). Il Presidente neominato Felice Barela aveva preparato con cura il suo primo discorso: «Il 2012 è stato per il nostro Paese – e non solo – un anno difficile, scosso dalla crisi economica e sociale. Anche il Campus Bio-Medico ne ha subito le conseguenze. I tagli, fatti “a occhi bendati”, con valore retroattivo e in contrasto con gli impegni precedentemente assunti dalla Regione, hanno prodotto pesanti danni economici e imposto di ridurre l'attività del nostro Policlinico Universitario, con la chiusura di un reparto e il mancato rinnovo di numerosi contratti. Le conseguenze sarebbero state ancora più gravi se non ci fosse stata, da parte di tutto il personale del Campus Bio-Medico, una reazione di responsabile solidarietà, giunta fino all'autoriduzione volontaria della propria retribuzione, oltre a un impegno straordinario per controllare i costi e mantenere l'attività ai più alti livelli possibili. Grazie a queste misure forti, stiamo superando il momento peggiore e possiamo guardare al futuro con la ragionevole fiducia di riprendere il cammino di sviluppo che era stato bruscamente interrotto. A nome del Consiglio di Amministrazione desidero esprimere profonda gratitudine a quanti si sono volontariamente sacrificati per il bene comune e hanno scritto un'altra bella pagina per gli annali del Campus Bio-Medico. Sono sicuro che rimarrà nella memoria di tutti il modo in cui, con uno sforzo unanime, si è potuto superare un passaggio molto delicato. C'è da esserne orgogliosi».

Quindi, soppesando le parole, così proseguiva: «Oggi sono particolarmente lieto di annunciare che, in considerazione dei buoni risultati dei primi tre trimestri del 2013, il Comitato Esecutivo ha deciso di anticipare il ripristino integrale delle retribuzioni già a dicembre: pertanto quelle del prossimo mese saranno corrisposte al 100 per cento». A questo annuncio inatteso ci fu una esplosione di gioia manifestata da un applauso interminabile e dalla commozione del *top management team*: si era fuori dalla crisi; le azioni stavano andando nella direzione giusta. Ma quanto era stata dura e impegnativa la gestione della crisi!

Il 2013 era stato l'anno più difficile per l'Università e, soprattutto, per il suo Policlinico Universitario. A fine 2012 il commissario straordinario per la sanità della Regione Lazio, Enrico Bondi, aveva emanato un decreto di taglio lineare del 7 per cento dei tetti di produzione SSN (Servizio Sanitario Nazionale) per tutte le strutture private convenzionate della Regione, con effetto retroattivo al primo gennaio 2012. Il colpo era particolarmente duro per il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, che si stava sviluppando

al ritmo incrementale di 13 milioni di euro annui in regime di sostanziale pareggio economico. Il taglio deciso da Bondi comportava una riduzione istantanea di rimborsi per prestazioni SSN per un valore di 20 milioni di euro (pari a sette milioni di abbattimento retroattivo rispetto ai tetti 2012 più il mancato riconoscimento dei 13 milioni di incremento della produzione erogata nel corso del 2013). Data la situazione inerziale di pareggio economico, il venir meno dei 20 milioni di euro di ricavi si sarebbe automaticamente trasformato in una perdita di esercizio relativa al 2013 di pari importo, erodendo buona parte dei mezzi patrimoniali di tutta l'Università. Inoltre la riduzione dei tetti SSN era da considerarsi permanente ed estesa anche nei successivi due esercizi, con ulteriori tagli lineari nell'ordine dell'1 per cento per il 2013 e del 2 per cento per il 2014.

A dicembre 2012 la situazione era dunque diventata critica e decisioni urgenti erano necessarie per ripristinare nel più breve tempo possibile le condizioni di economicità del Policlinico Universitario che, in termini di ricavi e di personale, rappresenta l'85 per cento dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

Il management team del Policlinico decideva di mandare in esecuzione immediata il piano di emergenza messo a punto alcuni mesi prima in caso di eventi estremi come quello che si era appena verificato: il cosiddetto *Crash Program*. Questo constava di un mix di azioni di riduzione (*downsizing*) e di sviluppo qualitativo (*qualitative enhancement*), quali (1) una riduzione volontaria delle retribuzioni in base alla fascia di reddito per un periodo di 12 mesi, per limitare il numero dei contratti di collaborazione da disattivare e dare il tempo necessario alla struttura di rinegoziare tutte le acquisizioni di beni e servizi; (2) una riduzione dell'organico di circa 100 unità con contratti di consulenza (3) un programma d'investimento nella formazione manageriale delle 50 figure apicali (*top talents*) formate da giovani primari, capo sala e dirigenti amministrativi, da affiancare agli investimenti di tempo e risorse per avviare il processo di accreditamento secondo gli standard *Joint Commission International* (JCI). Tale piano di formazione e di qualità era strettamente funzionale alle azioni di risanamento che il management doveva condurre.

Per tali motivi, in quel 18 novembre 2013, la gioia del management team del Policlinico Universitario era davvero alta: l'impegno di tutti e la velocità di esecuzione del *Crash Program* avevano garantito la sopravvivenza della struttura. L'impegno di tante persone era stato premiato. L'esito del *Crash Program* non era scontato, perché non si sapeva come avrebbe risposto la struttura e se le azioni ideate sarebbero state sufficienti a ripristinare le condizioni di economicità in maniera stabile e durevole. Un segnale

incoraggiante per il management era stata l'adesione al programma di riduzione volontaria delle retribuzioni da parte del 94 per cento del personale.

Sul finire del 2013 il complesso delle azioni di *downsizing* e di sviluppo qualitativo, attivate con l'esecuzione del *Crash Program*, stavano portando risultati migliori rispetto a quelli ipotizzati. Nei fatti era passato in maniera efficace il messaggio che si era "tutti sulla stessa barca" (professori, medici, infermieri, amministrativi, studenti) e, soprattutto, che non era lecito attendersi aiuti da entità esterne: il Policlinico Universitario e l'Università dovevano cavarsela con le proprie gambe. Ora si poteva nuovamente guardare con fiducia al futuro e pensare allo sviluppo.

La Direzione del Policlinico Universitario aveva studiato e messo a punto il *Crash Program* sei mesi prima che si verificasse la necessità di doverlo attuare. L'analisi era avvenuta come un esercizio "a tavolino", effettuato in tutta calma e ponderazione: i numeri relativi alla riduzione dell'organico non avevano un volto e un nome; le ipotesi considerate erano ritenute poco probabili. In particolare non era prevedibile l'esplosione nella Regione Lazio del "colorato" scandalo di Giuseppe Fiorito, soprannominato "Batman" dai quotidiani, che in poco tempo avrebbe portato alle dimissioni del governatore e alla nomina del commissario governativo per la sanità, Enrico Bondi.

Quando il peggio si verificò in maniera repentina e inaspettata e i numeri asettici relativi alla riduzione dei collaboratori iniziarono a sostanzarsi in nomi e volti di giovani in gamba, lo shock fu molto forte anche per il top management. Nella giovane storia del Policlinico Universitario non si era mai verificata una situazione del genere.

In quei frangenti, si decise di comunicare a tutti con chiarezza e dettaglio la gravità della crisi in cui l'Università era piombata e il piano di azione per venirne fuori. Si era di fronte a un bivio: amputare una parte dell'organismo aziendale nell'ambito di una terapia d'urto molto robusta o vedere consumarsi velocemente tutte le risorse patrimoniali nei successivi 18 mesi con un'inevitabile fine dell'Istituzione. La decisione da prendere era dolorosa ma obbligata.

## **5.2 Il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico nell'Università Campus Bio-Medico di Roma: *academic model, governance, fini istituzionali***

Il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico è una componente di rilievo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, che è l'unico soggetto giuridico (Box 5.1).

### Box 5.1 UCBM: enti promotori e poteri di nomina.

Il perseguimento dei fini istituzionali dell'Università Campus Bio-Medico di Roma è garantito dall'Associazione Campus Bio-Medico e dalla CBM SpA che sono gli enti promotori [...] (Statuto, art. 1 Comma 5).



- L'Associazione Campus Bio-Medico nomina cinque consiglieri di amministrazione dell'UCBM
- La CBM spa nomina cinque consiglieri dell'UCBM
- Il CdA dell'UCBM, su proposta degli enti promotori, elegge il Presidente e nomina il direttore generale dell'Università e il direttore generale del Policlinico

Il modello dell'Università Campus Bio-Medico di Roma si fonda sulla reciproca sinergia e scambio di conoscenze fra le Facoltà Dipartimentali di Medicina e Chirurgia e di Ingegneria con linee di ricerca applicata nel campo della biorobotica, della rigenerazione dei tessuti, della biologia molecolare. Un simile modello di riferimento è per certi aspetti visibile nelle collaborazioni fra il MIT e la *Harvard Medical School*, nell'*Imperial College*, nelle *Life Sciences* di Ginevra. Tali modelli stimolano lo sviluppo della ricerca interdisciplinare, mettendo a fattor comune le complessità della medicina, dell'ingegneria e della biologia nell'ambito di un sistema di riferimento etico e antropologico. Il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico beneficia dello scambio di conoscenze fra medicina e ingegneria e assume il ruolo di *teaching hospital* per la formazione di medici e ingegneri.

La scelta dell'assetto giuridico-istituzionale dell'UCBM è stata oggetto di approfondita riflessione (Box 5.2). Esiste, infatti, un'ampia letteratura sui pregi e sui difetti di una forte interconnessione fra aspetti universitari e decisioni manageriali nella gestione di Policlinici Universitari.

## **Box 5.2 Organi statutari UCBM.**

### **Organi istituzionali**

- Consiglio di Amministrazione
- Presidente
- Senato accademico
- Collegio dei revisori dei conti
- Comitato Esecutivo
- Rettore
- Nucleo di valutazione

### **Consiglio di Amministrazione**

Al Consiglio di Amministrazione (CdA) competono i più ampi poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione per il governo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, al fine di assicurare il perseguimento degli obiettivi istituzionali. (Statuto, art. 8 Comma 1)

Il CdA nomina: Presidente; vicepresidente (facoltativo); Rettore; direttore generale UCBM e direttore generale Policlinico (su proposta degli enti promotori); prorettore alla formazione universitaria e prorettore alla ricerca (sentito il Rettore).

Il *direttore generale dell'Università Campus Bio-Medico di Roma* ha un ruolo tecnico-giuridico nelle determinazioni degli organi di governo, negli atti e nei provvedimenti dell'amministrazione generale; è responsabile del funzionamento dell'amministrazione generale dell'UCBM, compresa l'amministrazione del Policlinico Universitario; sovrintende, verifica e coordina le attività dell'amministrazione generale e ne risponde nei confronti degli organi di governo. (Statuto, art. 15 Comma 3)

Il *direttore generale del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico* è responsabile della gestione e dell'organizzazione del Policlinico e del personale a esso afferente, incluso il personale universitario, per tutto quanto riguarda l'attività clinico-assistenziale. (Statuto, art. 16 Comma 2)

Il CdA inoltre nomina, tra i propri membri, il Comitato Esecutivo.

### **Comitato Esecutivo**

Il Consiglio di Amministrazione nomina nel suo seno un Comitato Esecutivo formato al massimo da sette membri, composto dal Presidente, dal vicepresidente se nominato, dal Rettore, dal direttore generale dell'UCBM, dal direttore generale del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e da altri consiglieri. [...] (Statuto, art. 9 Comma 1)

Al Comitato Esecutivo competono l'adozione di tutti i provvedimenti urgenti e le attribuzioni appositamente demandate dal Consiglio di Amministrazione. (Statuto, art. 9 Comma 2)

### **Presidente**

- ha la legale rappresentanza dell'UCBM verso i terzi e in giudizio;
- rappresenta l'UCBM nei rapporti istituzionali;
- vigila sul buon andamento e sul clima dell'Università, nonché sul funzionamento dei suoi organi;

- convoca e presiede le sedute del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Esecutivo;
- verifica l'attuazione delle delibere del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Esecutivo, fatte salve le competenze del Rettore in materia scientifica e didattica.

(Statuto, art. 10 Comma 1)

#### **Rettore**

- sovrintende all'attività didattica e scientifica e cura l'osservanza delle relative disposizioni;
- provvede all'esecuzione delle deliberazioni di sua competenza del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Esecutivo;

[...] (Statuto, art. 11 Comma 2)

In Italia, la soluzione normalmente perseguita è quella di un'Azienda Ospedaliera Autonoma Universitaria, guidata da un proprio direttore generale, che opera in regime di convenzione con l'Università, guidata dal proprio Rettore. Fanno eccezione l'Università Cattolica del Sacro Cuore e il Campus Bio-Medico che sono Università a gestione diretta del Policlinico Universitario, ossia *dotate* del Policlinico e non già *convenzionate* con il Policlinico (Box 5.3).

#### **Box 5.3 Governance Policlinici Universitari: doppio soggetto giuridico vs unico soggetto giuridico.**

Esiste un'ampia letteratura sulla *governance* dei Policlinici Universitari e più in generale sulla relazione fra Facoltà di Medicina e Chirurgia e Azienda Ospedaliera Convenzionata con la Facoltà.

Il modello con soggetto giuridico unico fra Università e Policlinico Universitario è risultato minoritario nel corso del tempo.

Nei soggetti pubblici si è ritenuto che una "gestione diretta" del Policlinico Universitario da parte della Facoltà di Medicina e Chirurgia potesse condizionarne fortemente le caratteristiche "aziendali" e dare luogo a un aumento di unità organizzative complesse/dipartimenti in maniera superiore rispetto alle reali esigenze cliniche.

Il modello organizzativo dominante prevede due soggetti giuridici distinti (cosiddetto *spin-off*): l'Università che si convenziona con un Policlinico Universitario o con un'Azienda Autonoma Universitaria (AAU).

Attualmente, in Italia, le uniche organizzazioni che prevedono un Policlinico Universitario all'interno della medesima figura giuridica di università sono l'Università Cattolica, con il Policlinico Universitario Agostino Gemelli, e l'Università Campus Bio-Medico di Roma, con il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

In merito al corretto equilibrio e bilanciamento fra attività assistenziali, didattiche e di ricerca, è degna di considerazione anche l'osservazione secondo la quale una "aziendalizzazione spinta" dei Policlinici Universitari potrebbe dare luogo a un minor peso e rilievo delle attività didattiche e di ricerca delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Per tale motivo sono nati i modelli di maggiore autonomia dei

Policlinici e di Comitato Esecutivo come elemento di equilibrio. Ciò significa che senza modificare l'unicità del soggetto giuridico "Università", la *business division* "Policlinico Universitario" può godere di ampi margini di autonomia rispetto alla parte accademica nel governo del Policlinico stesso. Il caso del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico rientra in questa seconda fattispecie.

Dall'1 agosto 2015 è stata modificata l'impostazione giuridica del Policlinico Gemelli: l'Istituto Toniolo e l'Università Cattolica hanno costituito la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, ente privato senza scopo di lucro che ne assume la gestione.

La soluzione di rimanere un unico soggetto giuridico, piuttosto che dare vita a due soggetti distinti, con duplicazione di ruoli e funzioni, consente alla Direzione del Policlinico Universitario di esercitare con incisività il suo ruolo manageriale e gestionale. Più precisamente, l'assetto di governo dell'UCBM si articola sui seguenti pilastri:

- il direttore generale dell'Università, il direttore generale del Policlinico Universitario, il Rettore e il Presidente sono per Statuto membri sia del Consiglio di Amministrazione sia del Comitato Esecutivo;
- il direttore generale del Policlinico Universitario esprime parere vincolante sulle decisioni del Comitato Esecutivo in merito all'affidamento e alla revoca di incarichi assistenziali del personale docente della Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia.

Così operando, il Rettore può esercitare pienamente il suo ruolo e assumere nuovi professori della Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia, ma questi, senza il consenso del direttore generale del Policlinico Universitario, non possono avere un incarico assistenziale all'interno del Policlinico, mentre potrebbero avere un incarico assistenziale presso altre strutture sanitarie convenzionate con l'Università Campus Bio-Medico di Roma. Analoghe e speculari considerazioni si possono fare per la revoca di incarichi assistenziali.

Normalmente non si arriva nell'ambito del Comitato Esecutivo a posizioni di profonda differenza nella valutazione clinica di un professore universitario. In altri termini, il Comitato Esecutivo può essere visto come la "stanza di compensazione" fra le istanze accademiche, quelle gestionali e quelle legate al perseguimento dei fini istituzionali (Box 5.4).



#### **Box 5.4 Fini istituzionali UCBM.**

Il motto “**la Scienza per l’Uomo**” sottolinea come elemento portante della *mission* del Campus Bio-Medico la centralità della persona. Questa passa attraverso l’impegno di una ricerca per l’uomo e non sull’uomo, coerentemente con quanto delineato dall’art. 6 della Carta delle Finalità: «L’Università accoglie e promuove una concezione del lavoro come espressione della dignità dell’uomo, mezzo di sviluppo della sua personalità, vincolo d’unione con gli altri uomini e strumento privilegiato per il progresso materiale e spirituale dell’umanità».

##### **Centralità della persona**

Atteggiamento costante di difesa della vita e della dignità di ogni persona soprattutto nel passaggio tra la vita e la morte, nei momenti d’incoscienza, nei momenti di debolezza e di sofferenza. Rispetto dell’intimità del paziente.

Rispetto delle diverse figure professionali: tutti i lavori sono importanti, purché ben fatti, perché concorrono al raggiungimento dell’obiettivo comune.

##### **Professionalità e spirito di servizio**

Mentalità di servizio come caratteristica dell’attività universitaria: desiderio di collaborare a risolvere i problemi che riguardano gli uomini, non di godere egoisticamente dei benefici ottenuti con gli studi.

Spirito di servizio verso i malati, i loro familiari, i colleghi e gli studenti. Il prendersi cura come espressione dello spirito di servizio, manifestato attraverso la riservatezza, la discrezione, il modo di porgersi, di parlare e di ascoltare.

##### **Lavoro in equipe e collegialità nelle decisioni**

Spirito di collaborazione sia con altre Istituzioni sia all’interno del Campus Bio-Medico. Il lavoro in equipe, che implica lo sforzo per non ricercare un’autonomia e un protagonismo eccessivi; la condivisione delle risorse.

Il principio della collegialità per evitare decisioni personali o affrettate, allontanare i rischi di protagonismo, favorire l’unità tra quanti devono intervenire e una visione più globale.

##### **Cura dei particolari e amabilità**

Contegno amabile nelle relazioni con gli altri come espressione di vera attenzione alla persona e non come mero formalismo. Attenzione alla maniera di presentarsi, di muoversi, di parlare, di accogliere il paziente.

Cura dei particolari anche materiali: l’attenzione alla pulizia, il rispetto degli ambienti e degli strumenti utilizzati, la manutenzione costante e puntuale.

L’impegno di ognuno nella cura di ciò che è affidato, compreso l’uso degli ambienti e degli strumenti di lavoro. Oltre a essere espressione di professionalità, facilita il sentire come proprio il Campus Bio-Medico e manifesta rispetto per il lavoro altrui.

La cura degli aspetti meno macroscopici dell’assistenza sanitaria, per esempio l’attenzione alle piccole necessità personali del malato e ai particolari materiali dell’ambiente che lo accoglie, contribuisce a fare dell’assistenza ospedaliera un’esperienza ricca e può contribuire a lenire alcuni aspetti della sofferenza.

Nei processi di *consensus building*, la parte più importante è quella che “viene prima” delle decisioni, ossia:

- la piena condivisione delle informazioni e degli elementi di analisi;
- la corretta definizione dei problemi (che rimane la parte più difficile in un ambiente complesso e interdisciplinare, sintetizzabile nell’adagio “è più importante cercare le domande giuste, piuttosto che immaginare le risposte corrette”);
- l’esplicitazione di un modello di valutazione delle informazioni, contestualizzato nell’ambito di un *framework*;
- l’esplicitazione delle finalità che si desiderano perseguire.

Questa impostazione del processo di *consensus building* aiuta a rendere agevole e snello il processo decisionale, anche in situazioni difficili come quella della crisi esplosa a fine 2012. Essa è il risultato di molte prove sul campo e si può definire come “la best practice interna all’UCBM”.

### 5.3 Un primo *start-up* difficile portato a regime (1993-2007)

Il 15 ottobre 1993 s’inaugurava il primo anno accademico dell’Università Campus Bio-Medico di Roma. A questo traguardo si era giunti dopo alcuni anni d’intenso lavoro da parte di un gruppo di persone, gradualmente ampliatisi, per approntare gli strumenti necessari a tradurre in pratica le idee che avevano cominciato a delinearsi verso la fine del 1988, con l’incoraggiamento del Beato Álvaro del Portillo, allora Vescovo Prelato dell’Opus Dei (Box 5.5).

#### **Box 5.5 UCBM e rapporto con Prelatura dell’Opus Dei.**

I rapporti fra l’Università Campus Bio-Medico di Roma e la Prelatura dell’Opus Dei sono regolati da un’apposita convenzione, siglata il 29 settembre 2009, che stabilisce: «L’Università affida alla Prelatura l’attività di assistenza spirituale e di formazione cristiana, che è diretta a tutte le persone che lavorano o studiano nella suddetta Università nonché ai degenti del Policlinico Universitario che liberamente desiderino riceverla. La Prelatura designa i cappellani dell’Università da destinare ai compiti di Pastorale Universitaria e Sanitaria».

L’Università Campus Bio-Medico di Roma ha origine quando nel 1988 il Beato Álvaro del Portillo, allora Vescovo Prelato dell’Opus Dei, suggerisce ad alcuni professionisti e docenti, membri della Prelatura, la promozione di un’iniziativa universitaria a Roma, che offra soluzioni alla realtà del dolore e della malattia, attingendo allo spirito cristiano di servizio.

«Nella convinzione che la dimensione religiosa rappresenti un profilo essenziale della personalità dell'uomo, l'Università, in consonanza con i principi cui essa s'ispira, offre a tutti coloro che vi operano, nel rispetto della libertà delle coscienze e in modo adeguato alla preparazione scientifica e all'impegno professionale di ciascuno, la possibilità di approfondire la conoscenza della dottrina cristiana. La formazione dottrinale e l'assistenza spirituale sono affidate alla Prelatura dell'Opus Dei, il cui spirito impregna e vivifica tutto l'operare dell'Università, favorendo un'unità di vita coerentemente cristiana, nonché un'esigente pratica delle virtù umane.» (Carta delle Finalità, art. 8)

San Josemaría Escrivá, fondatore dell'Opus Dei, desiderava che in diverse città, e in particolare a Roma, nascessero luoghi di cura ove si coniugassero l'elevato livello professionale e un ambiente familiare, in modo che tutti potessero sentirsi come a casa propria anche nei momenti più delicati della vita, legati alla malattia, al dolore, alla solitudine e alla morte. «Era uno dei sogni che accarezzava fin dal 1935» diceva il Beato Álvaro «e, come accade per i sogni che tardano a realizzarsi, è stato accompagnato da molta più preghiera. La prima necessità è una formazione adeguata del personale, in particolare delle infermiere [...], perché presenti costantemente accanto al malato, danno il tono familiare e di accoglienza».

In altre occasioni aggiungeva: «Servono molte persone, medici e infermiere, che vivano questo sacerdozio di stare accanto ai malati, insegnino loro a offrire il dolore o lo offrano al loro posto. È una cosa meravigliosa! Non basta che imparino la tecnica e che studino; se non imparano anche a sorridere, tutta la scienza non serve a niente».

Nata con i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e in Infermieristica, l'Università Campus Bio-Medico di Roma è gradualmente cresciuta all'insegna dell'interdisciplinarietà, non intesa come semplice accostamento esteriore di discipline, bensì orientata all'unità dei saperi. Sono successivamente gemmati il corso di laurea in Dietistica poi evoluto nel corso di laurea in Scienze dell'Alimentazione e Nutrizione Umana (1999) e la Facoltà di Ingegneria con un'ampia offerta formativa in particolare centrata sul settore biomedico (1999). Fin dall'inizio l'attività di ricerca è stata intesa come il mezzo più idoneo per esaltare la crescita culturale, lo spirito di collaborazione, l'allargamento degli orizzonti.

Il 5 dicembre 1994 è stato firmato il Protocollo di Intesa con la Regione Lazio e a fine anno è stata inaugurata la nuova struttura sanitaria pubblica in Via Emilio Longoni a Roma. Le prime aree operative sono state Anestesia e Rianimazione, Medicina interna, Chirurgia generale e Ortopedia. Nelle prime settimane sono stati eseguiti 65 ricoveri, 38 interventi chirurgici sui primi 15 posti letto attivati e 250 visite ambulatoriali.

L'attività è cresciuta gradualmente in ogni settore, con l'arrivo di nuovi medici e collaboratori e con l'attivazione dei corsi universitari. Nel gennaio 2001 si sono svolti i concorsi per le prime otto Scuole di Specializzazione in area medica. Dopo anni di prezioso lavoro svolto dal Comitato Tecnico Organizzatore, presieduto da Umberto Zanni, in aprile si è costituito il Consiglio di Amministrazione ed è stato nominato Presidente Paolo Arullani<sup>2</sup>.

Nel 2003, in occasione dei festeggiamenti per i primi dieci anni di attività, il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi ha incontrato al Palazzo del Quirinale una rappresentanza dell'Università, esprimendo apprezzamento per il modello di servizio pubblico che il Campus Bio-Medico offriva, combinando competenza scientifica e attenzione alla persona.

Fino al 2010 il Policlinico Universitario ha erogato le prestazioni sanitarie in regime esclusivo SSN. La gestione era orientata al controllo dei costi e alla qualità offerta ai pazienti. I conti economici erano costantemente in equilibrio e il patrimonio si è auto-generato arrivando a 12 milioni di euro.

L'Accordo di Programma per la costruzione dell'Università nella sede definitiva di Trigoria è stato firmato il 15 ottobre 1997. L'accordo prevedeva una serie d'interventi urbanistici relativi alla zona edificabile e alle infrastrutture. La Regione Lazio ha stipulato un Protocollo di Intesa per riconoscere al Policlinico Universitario 400 posti letto in regime SSN. Sono stati mobilitati capitali privati per circa 150 milioni di euro. Sono entrati come azionisti della CBM SpA associazioni, fondazioni, banche, istituti previdenziali e un centinaio di famiglie imprenditoriali che condividevano le finalità istituzionali del progetto. Ancora oggi la remunerazione dei capitali è "indiretta", ossia le quote si valorizzano in base alla rivalutazione del patrimonio immobiliare dato in affitto al Policlinico Universitario. Eventuali liquidazioni di quote azionarie sono garantite mediante un Fondo Acquisto Azioni Proprie; non vengono distribuiti dividendi.

I lavori della sede definitiva del Policlinico Universitario, iniziati a fine 2004, sono stati completati nel 2007. Il Policlinico è stato progettato e realizzato secondo i più moderni criteri di edilizia ospedaliera, per ospitare fino a 400 posti letto e 18 sale operatorie. Oggi comprende servizi ambulatoriali, di *day-hospital*, di *day-surgery* e reparti di degenza organizzati per intensità di cura. Nel 2007 è stato avviato il trasferimento alla sede definitiva. Si è abbandonata la logica di gestione familiare fondata sui piccoli numeri e si è compiuto un salto dimensionale significativo che ha coinvolto tutti i principali aspetti gestionali (manageriale, organizzativo e clinico).

---

<sup>2</sup> Paolo Arullani è un professore di Gastroenterologia. Contestualmente fu nominato Direttore Generale del Policlinico Universitario il dott. Felice Barela (oggi Presidente), laureato in Filosofia.

## 5.4 Un secondo *start-up* difficile portato a regime (2008-2011)

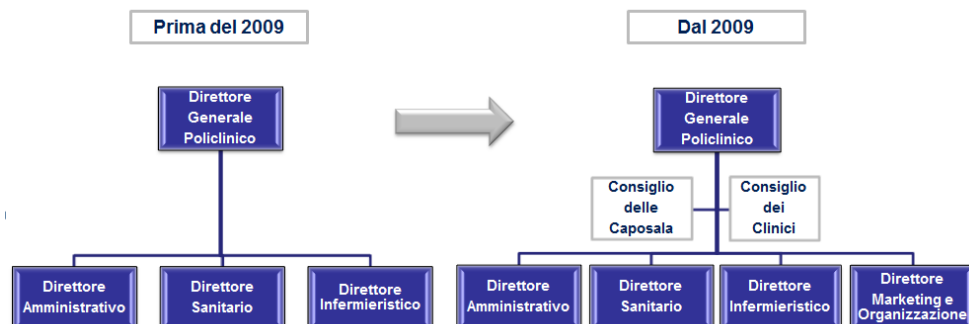
A fine 2008 la situazione era oggettivamente difficile. La Regione Lazio non era più in grado di mantenere l'impegno di assegnare al Policlinico Universitario 400 posti letto in regime di SSN. Gli investimenti per la nuova struttura erano stati realizzati in soli tre anni, ma i ricavi rimanevano vincolati a 150 posti letto in regime SSN. Le dimensioni dell'organismo aziendale erano cresciute in maniera significativa e occorreva mettere mano ai processi e alle procedure per regolarizzare il suo funzionamento. Lo squilibrio fra costi e ricavi aveva prodotto perdite operative nell'ordine di 8 milioni di euro e i capitali privati serviti per il salto dimensionale erano a rischio.

La Direzione del Policlinico Universitario decise di varare un Piano di crescita 2009-2011 basato sulle seguenti linee:

- responsabilizzazione delle figure apicali primarie e introduzione di un processo di budget supportato da una contabilità analitica in grado di determinare i margini di contribuzione per singolo episodio di ricovero;
- avvio di attività sanitaria al di fuori del SSN, ossia in regime privato;
- nuovo assetto organizzativo con l'introduzione accanto alle classiche figure di direttore generale del Policlinico<sup>3</sup>, direttore sanitario, direttore amministrativo e del direttore infermieristico (dal quale far dipendere il governo assistenziale dei reparti e l'applicazione di un assetto organizzativo multi-specialistico ripartito per intensità di cura), anche del direttore marketing e organizzazione (dal quale far dipendere le iniziative di sviluppo ricavi non in regime SSN) (Fig. 5.1).

---

<sup>3</sup> Gianluca Oricchio prese servizio a gennaio 2009. In precedenza aveva assunto ruoli manageriali in istituti bancari e finanziari

**Figura 5.1 Evoluzione Organigramma Direzione del Policlinico Universitario.**

Punto di forza della squadra di governo del Policlinico era la varietà e complementarietà di background professionali e personali<sup>4</sup>. Una tappa fondamentale nella formazione della squadra è stato il master HEALTHCARE frequentato alla IESE Business School a Barcellona e Madrid: settimane di full immersion nell'analisi del contesto sanitario internazionale in rapido mutamento e di sviluppo di *skill* manageriali attraverso il confronto con colleghi dei cinque continenti sulle modalità di affrontare e risolvere casi reali.

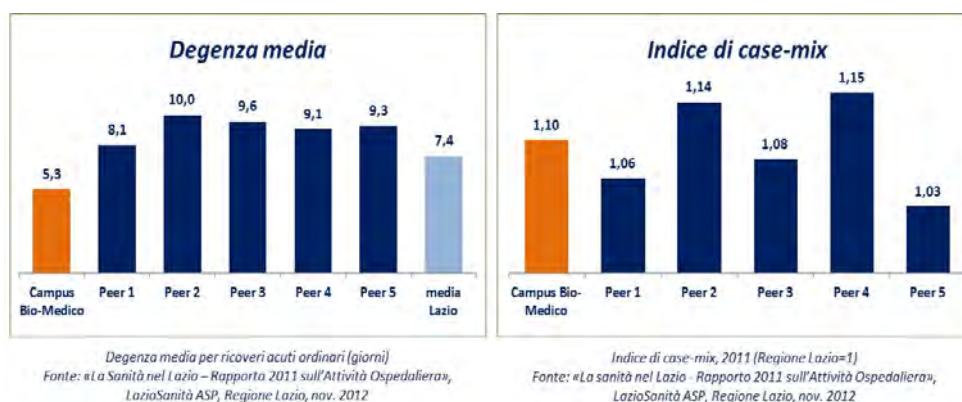
Con il nuovo assetto organizzativo mese dopo mese i cambiamenti culturali introdotti portavano un forte impatto operativo: venivano a decadere le assegnazioni rigide degli spazi clinici (intesi come posti letto, ore di sala operatoria, ambulatori, etc.) e veniva posta in essere una "geometria clinica" variabile in funzione della capacità di usare le risorse in condizioni di economicità. Il concetto di assegnazione dei posti letto alle aree cliniche subì un cambiamento strutturale. Alla realtà per cui a ogni primario era attribuita un'assegnazione di posti letto fisici all'interno dei reparti di degenza si sostituì via via l'idea che il posto letto era assegnato all'area in funzione della reale necessità di ricovero e della capacità di saper utilizzare propriamente la risorsa assegnata: la risorsa non utilizzata dall'Area x (a causa, per esempio per

<sup>4</sup> I membri della Direzione sono, oltre al Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore Infermieristico e il Direttore Marketing e Organizzazione. Il background dei membri è altamente variegato: assieme alla competenze e conoscenze di carattere medico e infermieristico, vi sono competenze ed esperienze maturate precedentemente all'incarico ricoperto nel campo della consulenza aziendale organizzativa, strategica e di contabilità industriale; nella finanza, nelle ricerche di mercato, nel *risk management*.

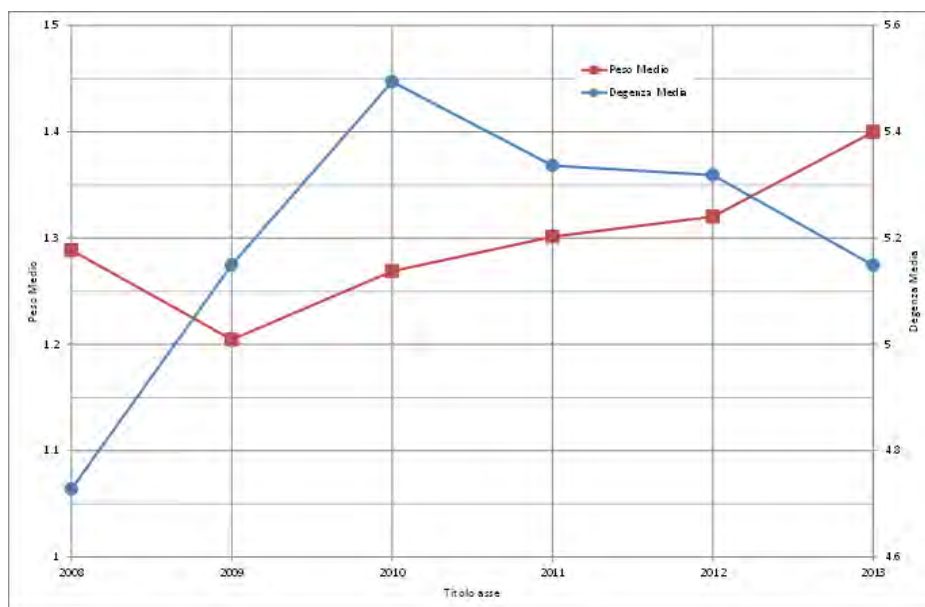
un'area clinica chirurgica, di un calo fisiologico di ricoveri nel fine-settimana), veniva assegnata all'Area y che ne garantiva l'occupazione con una diversa tipologia di pazienti. In questo modo si abolì il concetto di proprietà del posto letto al quale si associava l'equazione "primario con più posti letto equivale a primario più importante" e si ottimizzò la risorsa posto letto garantendone l'occupazione. La stessa strategia venne utilizzata per l'allocatione degli spazi di sala operatoria e degli spazi ambulatoriali. Contemporaneamente si avviò un processo di revisione e controllo della tipologia di pazienti ricoverati dalle singole aree cliniche. Se per le aree chirurgiche si compiva un adeguamento costante della tipologia di ricovero e delle norme di appropriatezza regionali, per le aree mediche si effettuava un significativo cambiamento del *case-mix* di pazienti trattati, mediante il progressivo incremento del numero di trasferimenti di pazienti da Pronto Soccorso di altre strutture ospedaliere di Roma e provincia.

I risultati di questa sperimentazione sono illustrati nella figura 5.2.

**Figura 5.2 Complessità e degenze: analisi comparativa Regione Lazio.**



L'Indice di case-mix è determinato sulla base della media ponderata dei pesi dei DRG associati a dimissioni da ricovero ordinario e day-hospital (si escludono dal calcolo i ricoveri inferiori a 2 giorni e quelli oltre soglia).



Confronto storico degenza media del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e indice complessità (peso medio) dal 2008 al 2013. Il peso medio è un indicatore di case-mix.

Entrambi i cambiamenti furono veicolati anche attraverso la nascita di una nuova funzione di coordinamento: a febbraio del 2010 nacque il Team ottimizzazione ricoveri e dimissioni protette, come progetto della Direzione Generale, al fine di ottimizzare i ricoveri SSN e di garantire la presenza della Direzione Infermieristica h 24, 7 giorni su 7 all'interno del Policlinico Universitario.

Finalità del nuovo Team era coordinare il flusso di ricoveri ordinari in regime SSN, gestendo l'assegnazione dei posti letto in funzione del piano strategico aziendale e delle risorse disponibili nel Policlinico. Obiettivi specifici erano:

- rispondere alle richieste della rete assistenziale regionale (che comprende quella dell'emergenza); nello specifico: valutare e coordinare le richieste di trasferimento da Pronto Soccorso/degenze ordinarie di altre strutture ospedaliere; (si passa dall'8 per cento del totale dei ricoveri nel 2009, al 14 per cento nel 2011);

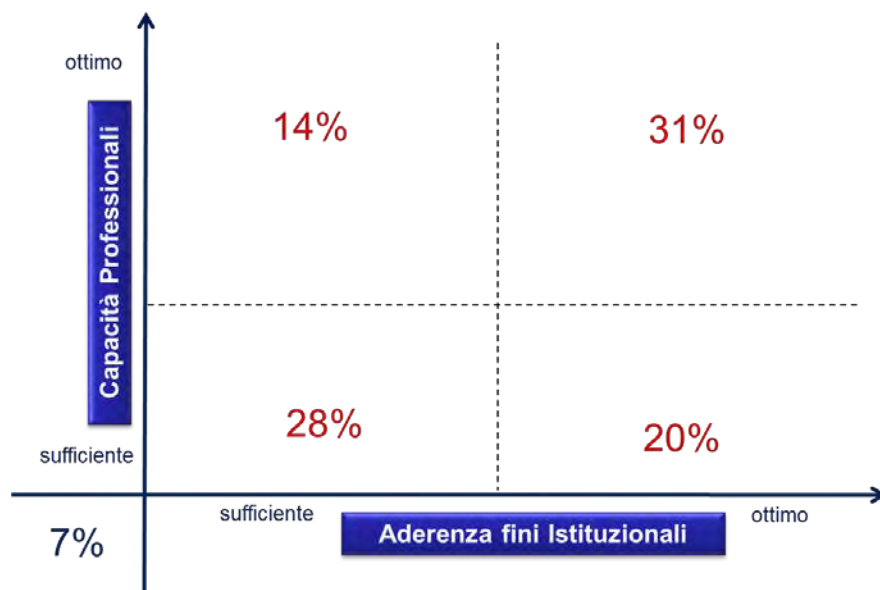


- gestire le richieste in surplus delle aree cliniche in funzione dell'appropriatezza di ricovero e della capacità assistenziale ospedaliera;
- facilitare, in unione con il Servizio di Assistenza Sociale, la dimissione ad altro regime per i pazienti non dimissibili a domicilio e la segnalazione precoce dei pazienti per cui è necessario programmare fin dall'inizio del ricovero una dimissione protetta.

Un elemento organizzativo di particolare attenzione, data la natura *non-profit* del Policlinico Universitario e la sua *mission* specifica, è identificabile nel processo di valutazione delle risorse umane. Tale processo è sostanzialmente simile alle migliori prassi gestionali, con l'aggiunta di una valutazione accurata dei comportamenti in linea con i fini istituzionali. La definizione degli elementi osservabili in merito ai comportamenti in linea con i fini istituzionali (che nel Policlinico Universitario si sintetizzano con la volontà di "ricreare un ambiente di famiglia attorno al paziente") avviene nell'ambito di un processo *bottom up* (di solito ripetuto ogni tre anni), nel quale gruppi omogenei di personale (medici, infermiere, amministrativi) discutono ed elaborano una proposta di elementi di valutazione. Tale proposta viene analizzata dalla Direzione del Policlinico, eventualmente integrata e modificata, e diviene operativa nel processo di valutazione relativamente alla dimensione comportamentale. Ne discende un'identificazione e declinazione di tali comportamenti, i quali entrano direttamente nelle schede di valutazione che vengono comunicate ai diretti interessati dal dirigente di riferimento ed esaminate insieme (e completano la valutazione delle altre caratteristiche del valutato). In particolare le aree di valutazione sono le seguenti: competenze professionali (capacità tecniche, collaborazione inter-funzionale, capacità relazionali, efficienza), comportamenti in linea con i fini istituzionali (rispetto del paziente, rispetto dei familiari, rispetto della vita) e competenze manageriali, per chi assume una figura apicale nell'organizzazione.

Il rapporto tra capacità professionali e aderenza ai fini istituzionali è illustrato nella figura 5.3.

**Figura 5.3 Valutazioni Human Resources al 31/12/2011: capacità professionali vs comportamenti in linea con i fini istituzionali (le percentuali indicano la porzione dei dipendenti ascrivibile nelle varie tipologie di cluster).**



«Questo tipo di analisi» afferma il direttore generale, prof. Gianluca Oricchio «ci fornisce un'indicazione molto positiva: circa un terzo delle risorse umane si colloca nel quadrante migliore, ossia quello che accumuna un'elevata professionalità a un elevato grado di esprimere comportamenti in linea con la *mission* specifica del Policlinico Universitario. Di converso, esiste circa un 7 per cento dei dipendenti che non raggiunge una “soglia di sufficienza” in entrambe le dimensioni analizzate. In concreto, analisi di questo tipo, ancorché possano presentare degli elementi di discrezionalità, servono per fotografare una situazione e tracciare una rotta. Mi riferisco agli interventi di formazione sui comportamenti non pienamente in linea con i fini istituzionali (far salire il 14 per cento nel quadrante migliore); formazione sulle competenze professionali (far salire il 20 per cento nel quadrante migliore) e, più in generale migliorare il livello medio del 28 per cento delle risorse. Inoltre mi riferisco ai programmi di avanzamento e ai piani di successione per le posizioni apicali: in entrambi i meccanismi organizzativi appena menzionati la valutazione di entrambe le componenti assume un ruolo chiave. Mi è anche capitato di dover dire a eccellenti professionisti che non c'era spazio di crescita

per loro nel Policlinico Universitario perché erano deficitari dal punto di vista del grado di aderenza ai fini istituzionali.»

Nel 2011 per le figure apicali veniva anche introdotto un sistema per “allineare gli obiettivi personali di ciascuna figura apicale agli obiettivi della struttura”, così composto:

- proposta, non vincolante, a ciascuna figura primaria di rinunciare al 10 per cento della propria retribuzione;
- in base al grado di raggiungimento del livello di EBITDA si sarebbero verificati i seguenti eventi:
  - aumento di EBITDA oltre la soglia prevista nel Piano 2009-2011: ripristino delle retribuzioni, restituzione di quanto versato e premio aggiuntivo del 10 per cento a titolo di riconoscimento per l’adesione al programma;
  - aumento di EBITDA positivo ma inferiore alla soglia prevista nel Piano 2009-2011: ripristino delle retribuzioni;
  - variazione nulla o negativa di EBITDA: estensione di ulteriori 12 mesi (da 12 a 24 mesi complessivi) della riduzione delle retribuzioni.

Parallelamente, in seno alla Direzione Marketing e Organizzazione, si avviavano le negoziazioni con assicurazioni, fondi integrativi e fondi sanitari per far partire la medicina in regime solvente e s’iniziavano le prime campagne di marketing per far conoscere la struttura, valorizzando i seguenti punti di forza:

- il connubio fra medicina e ingegneria nella ricerca traslazionale (per esempio lo sviluppo della mano robotica nel progetto *LifeHand*);
- l’elevato grado di tecnologia al servizio dei pazienti: chirurgia robotica in Chirurgia Generale, Ginecologia, Urologia, Cardiochirurgia;
- le capacità professionali dei primari accademici e non accademici (con la loro costante presenza in trasmissioni radio-televisive);
- il passaparola per la gratitudine per il trattamento familiare ricevuto dai pazienti;
- la presenza in TG *prime time* circa ogni due mesi con servizi di carattere tecnologico-medico sul Campus Bio-Medico (Box 5.6);
- l’avvio di un *Customer Relationship Management web-based*, nel quale si forniscono costantemente informazioni scientifiche e servizi di assistenza su patologie d’interesse dell’utente in maniera gratuita (il programma *My-Hospital*, oggi arrivato a raccogliere 100.000 utenti, è usato per avere un’analisi di dettaglio del mercato potenziale e per

rappresentare una piattaforma per effettuare a “costo zero” campagne di conoscenza di servizi sanitari su target mirati e sensibili).

#### **Box 5.6 Apparizioni TG *prime time* 2010-2012.**

- 29 novembre 2010 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – Robot da Vinci al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
- 2 febbraio 2011 – Rai 1 – Unomattina – La chirurgia robotica in urologia e ginecologia
- 9 aprile 2011 – Rai 3 – TGR Sportello Salute – Intervista alla Prof.ssa Daniela Tartaglini sul Centro di Ascolto “VoiNoi”
- 26 aprile 2011– RAI 1 – Unomattina – Ambulatorio di Senologia con accesso “open”
- 23 maggio 2011 – Rai 1 – TG1 ore 13.30 – Congresso internazionale “Pancreatic Cancer Surgical Treatment 2011”
- 23 maggio 2011 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – Mostra “Occhi sul futuro. La tecnologia in Medicina. 150 anni di progresso”
- 21 settembre 2011 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – L’Università Campus Bio-Medico cresce: nuove sfide per la ricerca e nuovo edificio per la didattica
- 5 ottobre 2011 – Rai 1 – TG1 ore 13.30 – I pesci robot realizzati all’Università Campus Bio-Medico di Roma nel futuro acquario della Capitale
- 8 novembre 2011 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – Intervento al cuore con Robot da Vinci eseguito al Campus Bio-Medico dal Prof. Francesco Musumeci
- 8 novembre 2011 – Rai 3 – TGR Lazio – Inaugurazione nuovo Centro di cardiocirurgia robotica al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
- 23 novembre 2011 – Rai 1 – Unomattina – Servizio di cardiocirurgia robotica.
- 28 febbraio 2012 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – Progetto di ricerca per lo sviluppo di scaffolds istruttivi
- 31 marzo 2012 – Canale 5 – TG5 ore 8.00 – Master imprenditorialità in Sanità
- 25 giugno 2012 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – L’esoscheletro Evryon e i pesci robot a BioRob 2012, la conferenza internazionale di Biorobotica
- 3 luglio 2012 – Rai 1 – TG1 ore 20.00 – La professione infermieristica
- 2 ottobre 2012 – Rai 3 – TGR Lazio ore 19.30 – Screening gratuito per la diagnosi precoce del Tumore del Polmone “Un Respiro per la vita”
- <https://www.youtube.com/user/UCBMdiRoma>

La formazione manageriale di tutta la prima linea della Direzione era curata al fine di migliorare il *team building* e velocizzare tutti i processi decisionali. Venivano anche effettuate rilevazioni sulla percezione degli stili direzionali.

Nel periodo 2009-2011 la Regione Lazio, in difetto non avendo rispettato il Protocollo di Intesa, da una parte non consentì l’aumento dei

posti letto, ma dall'altro supportò il Campus Bio-Medico nell'aumentare i tetti di spesa in funzione delle prestazioni effettivamente erogate.

In questo periodo il valore della produzione crebbe del 140 per cento, il Personale aumentò del 92 per cento e l'EBITDA ebbe una variazione positiva di 15 milioni di euro, passando da -7 milioni di euro a +8 milioni di euro (Fig. 5.4).

**Figura 5.4 Evoluzione EBITDA 2008-2011.**

	2008	2009	2010	2011
Valore della Produzione	67.421	92.841	112.429	127.616
Costi della Produzione	74.394	97.216	110.609	119.333
<b>EBITDA</b>	<b>-6.973</b>	<b>-4.375</b>	<b>1.820</b>	<b>8.283</b>

«Il segreto per il conseguimento di questi risultati» afferma Gianluca Oricchio, direttore generale del Policlinico Universitario dal 2009 «è sintetizzabile nell'introduzione di uno stile manageriale di tipo partecipativo. Quando entro in una riunione che ha per oggetto temi tecnico-clinici, sono consapevole di tre "verità soggettive": il mio valore aggiunto su questi temi è pressoché nullo, dato il mio diverso background tecnico; il mio compito è invitare in riunione tutte le competenze multi-specialistiche necessarie per prendere la corretta decisione e disciplinare i tempi di decisione e attuazione delle stesse; sono sicuro e convinto che le persone presenti alla riunione, lavorando in squadra, individueranno la soluzione tecnica migliore. Mi sembrerebbe non produttivo seguire un approccio diverso: più l'ambiente è dinamico e la materia delle decisioni complessa, più sarebbe velleitario che due o tre persone, magari perché rivestono momentaneamente posizioni di vertice, pensassero di essere in grado da sole di prendere le decisioni corrette. Temo che questo approccio sia ai limiti di una fantasia manageriale che rivela solo immaturità organizzativa da chi ha il compito di dirigere».

Il 2011 si concluse con il pieno successo del Piano 2009-2011: si era raggiunto il *break even* strutturale e si poteva puntare a raggiungere ulteriori mete di qualità, progettando un processo di accreditamento secondo gli standard *Joint Commission International* (JCI).

Alle figure apicali venne ripristinata la retribuzione, restituendo quanto versato, incrementato di un premio addizionale del 10 per cento. Il morale era altissimo e la soddisfazione palpabile.

### 5.5 Una crisi in arrivo: formulazione del *Crash Program* (2012)

Verso la fine del primo semestre del 2012 i segnali deboli e non incoraggianti da parte della Regione Lazio iniziarono a moltiplicarsi. La programmazione delle attività SSR (Servizio Sanitario Regionale) basata su un rafforzamento delle prestazioni di Radioterapia non appariva più condivisa dall'amministrazione regionale. Si cominciarono a predisporre progetti di sviluppo di nuove attività cliniche non in regime SSN le quali, tuttavia, per essere operative richiedevano un tempo di *start-up* di circa 12-18 mesi. Appariva evidente come non fosse possibile compensare eventuali riduzioni immediate di attività cliniche in regime SSR con ricavi provenienti da nuove attività in regime di medicina solvente. In questa situazione si decise di mettere a punto una *to do list* ragionata assumendo tre scenari di crisi (*best, base e worst*) nell'ambito dei quali effettuare esercizi di simulazione per la definizione di *Contingency Action Plans*. Nasceva così il piano di emergenza denominato *Crash Program*.

La principale fonte di rischio per il Policlinico Universitario, nonostante lo sviluppo dei ricavi al di fuori del SSN, rimaneva il rischio di controparte della Regione Lazio. Nel piano di emergenza si era immaginato un taglio di prestazioni sanitarie in regime SSN operato dalla Regione Lazio in misura tale da non essere immediatamente compensato con un pari incremento di ricavi in regime di medicina solventi. Si erano ipotizzate varie azioni composte da un mix fra *dowsizing* delle attività cliniche in regime SSN, incremento del fatturato in regime non SSN, riduzione strutturale dei costi di approvvigionamento di beni e servizi, nuovi investimenti in qualità e sicurezza e in capitale umano, così strutturate:

- chiusura di un reparto di degenza SSN e contemporanea riduzione di posti letto, spazi operatori e ambulatori;
- riallocazione delle attività SSN in funzione della complessità dei DRG (*Diagnosis Related Groups* indica il sistema di retribuzione degli ospedali per l'attività di cura);

- cessazione delle autorizzazioni per il personale medico a effettuare ricoveri presso altre strutture;
- avvio di forme di medicina privata a “prezzi calmierati” (privato sociale) soprattutto nella diagnostica e promozione di pacchetti di prevenzione primaria (stili di vita) e secondaria (*check-up*);
- potenziamento del Team di ottimizzazione dei ricoveri a regia infermieristica per sfruttare tutti gli spazi di miglioramento ancora possibili nell’allocazione dinamica delle risorse. Tale Team si avvale di infermiere che stanno completando anche studi di Ingegneria gestionale: in sintesi uniscono le capacità organizzative con la conoscenza dei carichi di lavoro nei reparti di degenza e possono ottimizzare il livello di “complessità assistenziale” (in merito si segnala che il livello di complessità assistenziale non è sempre correlato con il livello di complessità clinica, con evidenti ripercussioni sui carichi di lavoro del personale medico e infermieristico, vedi box 5.7). La stretta collaborazione con la Direzione Sanitaria e con la Direzione Generale favorisce un flusso costante d’informazioni e dati clinici sull’andamento dei ricoveri e dell’assistenza e permette una risposta immediata a cambiamenti organizzativi (inserimento di nuove aree cliniche, potenziamento di attività) o criticità gestionali;
- avvio di un processo di rinegoziazione dei costi di tutti i beni e i servizi per ottenere un abbassamento strutturale del punto di pareggio (tempo stimato 12-18 mesi);
- riduzione del numero di collaboratori in funzione del *downsizing* clinico in regime SSN, procedendo alla disattivazione dei contratti di collaborazione libero-professionale e dei contratti di consulenza. Al fine di limitare il numero dei contratti da disattivare e di colmare il gap temporale relativo all’abbattimento del punto di pareggio con l’azione strutturale sul disegno clinico e sui costi di beni e servizi, s’ipotizzava una proposta di riduzione consensuale per 12 mesi della retribuzione per tutti i dipendenti con un contratto a tempo indeterminato. Tale riduzione era basata sulle fasce di reddito e volutamente erano esclusi i contratti a tempo determinato per evitare situazioni di disagio. Ovviamente i primi a dare il segnale di accettazione della riduzione della parte fissa della retribuzione e di completa rinuncia della parte variabile dovevano essere i membri del *top management*;
- completamento di un nuovo reparto di Radioterapia con due nuovi acceleratori lineari di ultima generazione. L’investimento era ormai in fase avanzata di realizzazione per cui si decideva di proseguire con il suo completamento;

- conferma degli investimenti per la qualità e sicurezza dei pazienti perseguendo il progetto accreditamento JCI;
- conferma dell'avvio del programma di formazione manageriale per i primi 50 talenti in collaborazione con una primaria *Business School* nel settore dell'*Executive Education*.

### **Box 5.7 Complessità assistenziale vs complessità clinica.**

Il più comune indicatore per determinare il livello di complessità dei casi trattati in una struttura ospedaliera è l'**indice di case-mix**, che esprime il rapporto tra degenza media attesa e degenza media osservata a parità di efficienza operativa DRG specifica. Tuttavia il sistema di classificazione DRG, partendo dal principio che malattie simili comportano approssimativamente lo stesso consumo di risorse, si basa sulla sola diagnosi medica, classificando i pazienti in base alle informazioni registrate sulla scheda di dimissione ospedaliera.

La letteratura ha dimostrato come pazienti appartenenti a ogni raggruppamento per DRG, differiscano significativamente per la "quantità" di assistenza infermieristica necessaria, a causa della forte variabilità nel sostegno ai bisogni assistenziali di base (Chuang et al, 2006; Baumberg et al, 2014; Spririg et al, 2014)<sup>5</sup>: un paziente anziano può aver risolto in pochi giorni un problema di pertinenza chirurgica con un intervento operatorio di bassa complessità e contemporaneamente mantenere un livello di autonomia basso, che determina un aumento del lavoro infermieristico. Di conseguenza l'attività svolta all'interno degli ospedali per acuti non riceve un rimborso che tenga conto delle risorse infermieristiche necessarie per ogni tipologia di paziente. Quest'ultima è definita più da variabili come il livello di autonomia del paziente o lo stato cognitivo, che dalla sola patologia di base.

Il modello assistenziale concepito dal Policlinico Campus Bio-Medico responsabilizza fortemente l'infermiere, che prende in carico un numero definito di pazienti all'interno dell'unità operativa, favorendo una piena realizzazione dell'assistenza infermieristica intesa come: partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e dei suoi familiari e conseguente formulazione degli obiettivi che l'assistito deve raggiungere; pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale posto in essere direttamente o attraverso il personale coadiuvante; collaborazione con i diversi professionisti dell'equipe di cui si fa parte.

Negli ultimi tre anni la Direzione Infermieristica del Policlinico Universitario ha creato e implementato una metodologia di classificazione dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario, al fine di

<sup>5</sup> Chuang KH, Covinsky KE, Sands LP, Fortinsky RH, Palmer RM, Landefeld CS, *Diagnosis-related group-adjusted hospital costs are higher in older medical patients with lower functional status*, J Am Geriatr Soc. 2003, 51(12):1729-34.

Baumberg D, Bürgin R, Bartholomeyczik S, *Variability in nursing workload within Swiss Diagnosis Related Groups*, 2014; 27(2):105-15. doi: 10.1024/1012-5302/a000350.

Spirig R, Spichiger E, Martin JS, Frei IA, Müller M, Kleinknecht M, *Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: study protocol*, Ger Med Sci, 2014; 12. doi: 10.3205/000192.



fotografare costantemente la complessità assistenziale presente nei piani di degenza e bilanciare il flusso di pazienti in entrata con le risorse infermieristiche disponibili.

La rilevazione dei dati avviene *in situ* giornalmente attraverso la registrazione della complessità assistenziale di ogni paziente degente riferita dagli infermieri in turno. I pazienti vengono assegnati a uno dei quattro livelli di complessità (bassa, media, alta intensità assistenziale e assistenza intensiva) a seconda di tre principali variabili (autonomia, stabilità emodinamica, stato cognitivo).

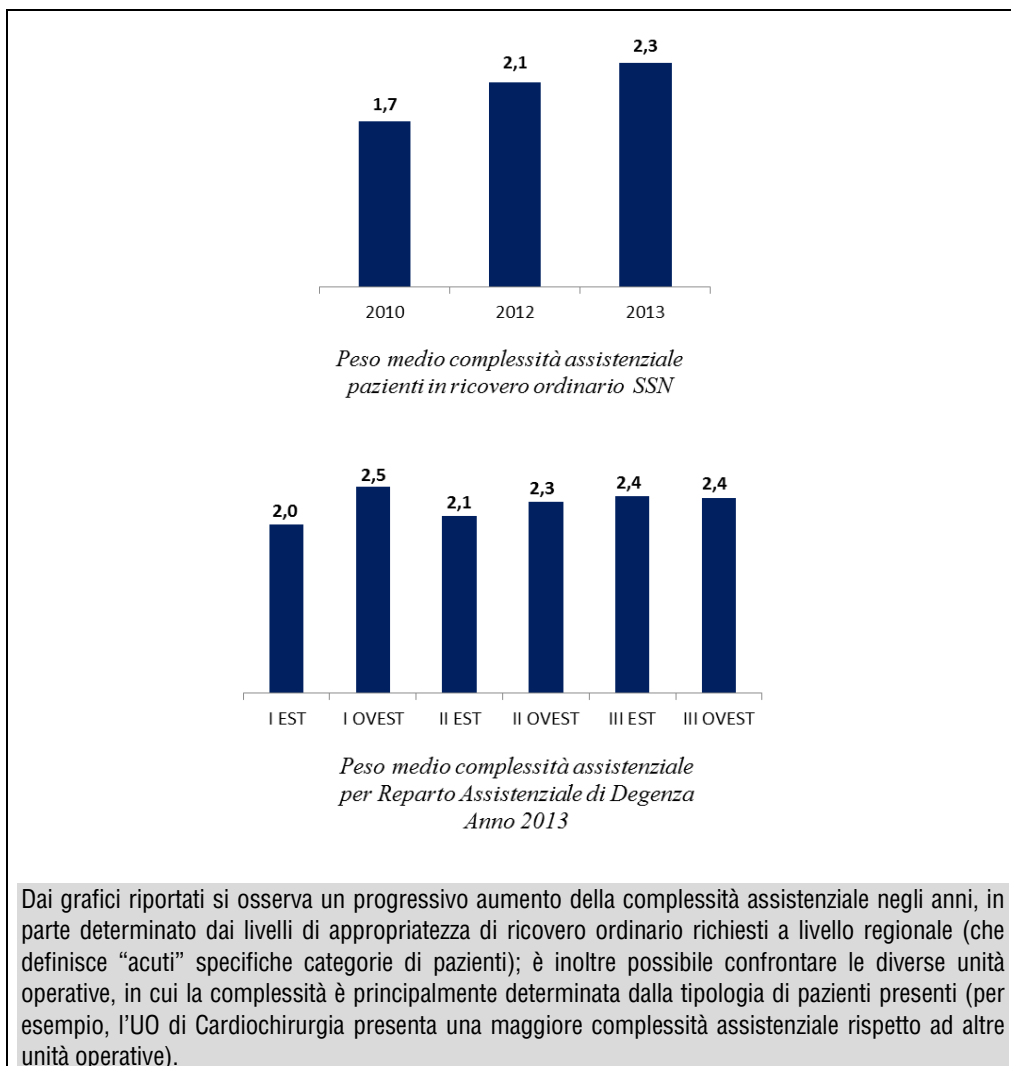
A ogni paziente viene attribuito un peso corrispondente al livello più alto in cui viene classificato:

- Livello 1: paziente a bassa intensità assistenziale = Peso 1
- Livello 2: paziente a media intensità assistenziale = Peso 2
- Livello 3: paziente ad alta intensità assistenziale = Peso 3
- Livello 4: assistenza intensiva = Peso 4

Variabili di complessità assistenziale				
	AUTONOMIA	STABILITA' CLINICA	STATO COGNITIVO	"AGGRAVANTI ASSISTENZIALI"
LIVELLO 1	Autonomo	Stabile	Orientato	Sintomi non controllati
LIVELLO 2	Parzialmente dipendente	A rischio	Disorientato a tratti	Contesto sociale Lesioni
LIVELLO 3	Totalmente dipendente	Instabile	A rischio di lesione	Compromissione del sensorio
LIVELLO 4		Assistenza intensiva		Isolamento <b>LIVELLO 2</b>

Per esempio, un paziente totalmente dipendente e a tratti disorientato avrà un peso 3.

Sommando il peso di ogni singolo paziente e dividendolo per il numero di pazienti presenti, è quindi possibile calcolare il peso medio assistenziale dei pazienti assistiti in ogni unità operativa e valutarne l'andamento nel tempo.



Gli ultimi tre punti del piano erano pensati in continuità con decisioni già assunte in precedenza: il *Crash Program* veniva a innestarsi sul normale flusso operativo del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e manifestava la volontà manageriale di non tagliare gli investimenti di qualità e sicurezza per i pazienti e gli investimenti di formazione delle figure apicali nonostante la crisi.

Ciò si spiega con l’ottica di un lungo periodo fatta propria dal *management*, la quale richiede una considerazione congiunta di redditività e rischio, ossia la cosiddetta RAPM (*Risk-Adjusted Performance Measurement*).

In quest'ottica l'investimento in qualità e sicurezza era strumentale per migliorare la qualità delle performance economiche, per cui si riteneva opportuno, anche in scenari di crisi, avviare e perseguire il processo di accreditamento secondo gli standard internazionali *Joint Commission International*. Questo avrebbe comportato un'organizzazione con circa 90 gruppi di miglioramento, una formazione estesa su tutto il personale, un percorso di preparazione di circa 18 mesi (Box 5.8). Parallelamente, si vedeva la necessità d'investire nella formazione manageriale degli "attori dei processi decisionali sul campo", selezionando i primi 50 talenti, scelti fra giovani primari, capo sale e dirigenti amministrativi.

### **Box 5.8 Standard JCI.**

Gli standard *Joint Commission International* (JCI) disciplinano la sicurezza del paziente e l'efficacia di un'organizzazione ospedaliera. In particolare, la 4<sup>a</sup> edizione del manuale JCI prevede circa 250 standard, declinati in 1.300 elementi misurabili.

Gli standard centrati sul paziente sono i seguenti:

- IPSPG: Obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti
- ACC: Accesso all'assistenza e continuità delle cure
- PFR: Diritti del paziente e del familiare
- AOP: Valutazione del paziente
- COP: Cura del paziente
- ASC: Assistenza anestesiologicala e chirurgica
- MMU: Gestione e utilizzo farmaci
- PFE: Educazione del paziente e dei familiari

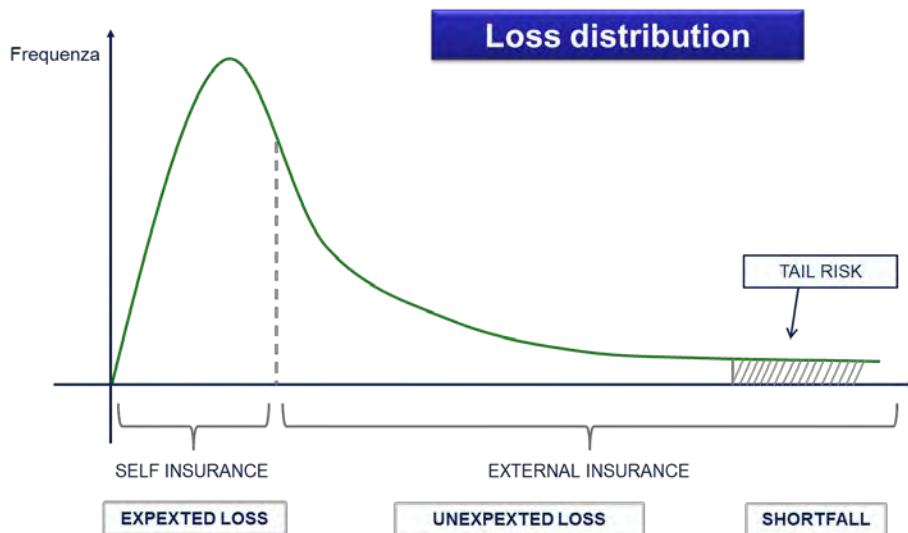
Di converso, gli standard centrati sull'organizzazione sono i seguenti:

- QPS: Miglioramento della qualità e sicurezza del paziente
- PCI: Prevenzione e controllo delle Infezioni
- GLD: Governo, leadership e direzione
- FMS: Gestione e sicurezza delle Infrastrutture
- SQE: Qualifiche e formazione del personale
- MCI: Gestione e comunicazione delle informazioni

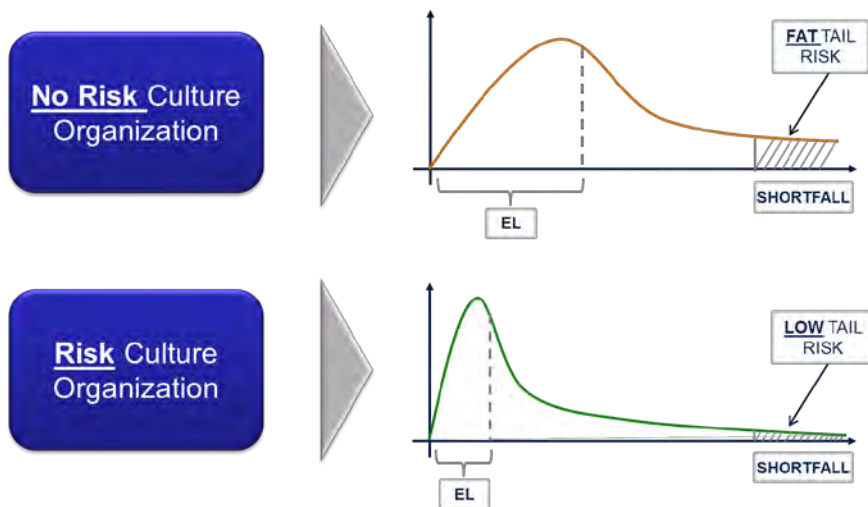
Relativamente ai *Teaching Hospitals*, nel corso del 2013 sono entrati in vigore nuovi standard JCI, che si arricchiscono anche dei principi che riguardano la Ricerca e la Didattica (4<sup>th</sup> edition – expanded).

La logica di fondo dell'approccio JCI consiste nell'introdurre una *risk-culture* pervasiva nell'organizzazione ospedaliera. La figura 5.5 illustra la tipica distribuzione delle perdite economiche dovute ai rischi, mentre la figura 5.6 illustra gli effetti sulla distribuzione delle perdite economiche di una presenza-assenza di *risk-culture*.

**Figura 5.5 Risk management framework.**



**Figura 5.6 Risk culture organization and tail risk management.**



«Al Campus Bio Medico», commenta il prof. Joaquín Navarro-Valls, presidente dello *Steering Committee* per il *roll out* degli standard JCI, «abbiamo voluto dare concretezza al concetto della centralità del paziente con la seguente operazione “culturale”: fondere i principi non autoreferenziali della JCI con la volontà di ricreare un ambiente di famiglia attorno al malato. Questo è l’aspetto che ci vuole contraddistinguere e che materializza la nostra *mission*. Data la contrazione dei margini nel sistema SSN e la necessità di usare al meglio tutte le risorse disponibili, per conseguire e rimanere in una situazione di equilibrio strutturale il Campus Bio-Medico deve usare al massimo livello di efficienza possibile gli spazi clinici che possiede. Ne consegue un significativo carico di lavoro e un elevato tasso di rotazione dei posti letto e delle sale operatorie. Questa maggiore efficienza, unitamente alla formazione di tanti giovani medici e infermieri, poteva divenire una fonte di rischio per la salute del paziente. Anche per questo motivo abbiamo deciso di entrare in un processo di accreditamento serio e strutturale come quello della JCI».

## 5.6 L’esecuzione del *Crash Program* (2012-2013)

Come anticipato nel primo paragrafo, a fine 2012 il management team del Policlinico Universitario si trovò costretto a mandare in esecuzione immediata il piano di emergenza messo a punto alcuni mesi prima in caso di eventi estremi.

Si organizzarono subito vari incontri con tutto il personale per spiegare la situazione e i relativi impatti sulla struttura; s’illustrarono tutte le misure che sarebbero state prese; si propose la riduzione volontaria delle retribuzioni, anche come segnale di “partecipazione di tutti” in un momento di crisi per la struttura; s’informarono i media e si rilasciarono varie interviste su come si affrontava la situazione; furono scoraggiate forme di protesta basate su manifestazioni pubbliche e su disagi fatti gravare sui pazienti; si decise di erogare prestazioni SSN anche durante le ultime settimane del mese di dicembre 2012, ben sapendo che tali prestazioni, come le altre, non sarebbero mai state rimborsate. Tale autorizzazione, che si configurava come una “beneficenza”, fu data dal Comitato Esecutivo e dal Consiglio di Amministrazione a fronte dell’intenso piano di recupero mandato in fase esecutiva. La percentuale di adesione del personale fu del 94 per cento.

I primi tre mesi del 2013 furono molto intensi, i successivi tre consentirono di completare la gran parte delle azioni. I risultati economici del terzo trimestre iniziarono a dimostrare l’efficacia della terapia.

Nel programma di formazione manageriale con i *top 50 talents* si erano condotti anche esercizi di *stress test* del *business model*. Si erano immaginati più scenari sul futuro del Policlinico Universitario su un orizzonte di 10-15 anni. In uno di questi scenari, si era ipotizzato il verificarsi di *default* multipli di strutture sanitarie nella Regione Lazio unitamente a ulteriori tagli di spesa sanitaria pubblica. Le domande da porsi e da esaminare assieme ai giovani primari, capo sala, dirigenti amministrativi erano: cosa avrebbe dovuto fare in quel contesto il Policlinico Universitario? Come si sarebbe dovuto riorganizzare? Che cosa sarebbe successo? Che cosa sarebbe stato opportuno fare “con il senno di poi” nei dieci-quindici anni precedenti per essere in grado di sopravvivere e svilupparsi anche in quello scenario?

Le risposte a queste domande, unitamente allo studio dei trend epidemiologici e dei principali filoni di sviluppo tecnologico degli strumenti di diagnosi e cura delle patologie, avevano originato un processo di *reverse engineering* i cui frutti sarebbero stati raccolti nel Piano Strategico 2014-2016. Tuttavia, il vero risultato dell’iniziativa di formazione era da ricercarsi nel fatto che i *top 50 talents* avevano lavorato in squadra; avevano avuto modo di conoscersi meglio e di collaborare in esercizi di *problem solving* e *decision making* mettendo in sinergia i differenti *background* e superando le normali resistenze organizzative e di ruolo.

Tale gioco di squadra si sarebbe rivelato fondamentale nel corso dei cantieri di lavoro per l’accreditamento *Joint Commission International* (JCI). L’esame, sostenuto a inizio 2014, ebbe questo esito: su 350 standard, suddivisi in 1.300 elementi misurabili, il Policlinico Universitario ne aveva centrati 348, mancando o non raggiungendo la sufficienza su 50 elementi misurabili. L’accreditamento JCI è stato conseguito nel mese di luglio 2014, con solo 4 elementi misurabili (sui 1.300 complessivi) oggetto di miglioramento.

Nel corso del 2010 era stata condotta un’analisi di percezione dello stile di direzione sulla base della metodologia del prof. R. Likert<sup>6</sup>; tale analisi è stata ripetuta a fine 2013, al fine di misurare eventuali variazioni di clima organizzativo e di percezione dello stile di *management* considerando analiticamente i seguenti elementi:

- procedimenti di leadership usati;
- caratteristiche delle forze motivazionali;
- caratteristiche del processo di comunicazione;
- caratteristiche del processo di influenza interattiva;
- caratteristiche del processo decisionario;

---

<sup>6</sup> Zanda G, Lacchini M, Oricchio G, *La valutazione del capitale umano dell’impresa*, Torino, Giappichelli, 1993, pp. 58-62; 156-161; 166-175.

- caratteristiche della determinazione degli obiettivi e della emanazione delle disposizioni;
- caratteristiche dei processi di controllo.

Il Likert, come noto, delinea quattro tipici modelli di direzione, ispirati ai postulati della “Teoria X” e della “Teoria Y” di McGregor, così denominati: Sistema 1 (o sistema manageriale autoritario sfruttatorio, XS1); Sistema 2 (o sistema autoritario benevolo, XS2); Sistema 3 (o sistema consultivo-partecipativo, YS3); Sistema 4 (o sistema partecipativo di gruppo, YS4). Poiché si tratta di modelli tipici, esiste tra il Sistema 1 e il Sistema 4 un ampio e ininterrotto ventaglio di modelli intermedi. Il ventaglio, in altri termini, è da riguardare come una progressione continua da un estremo (Sistema 1) all’altro (Sistema 4).

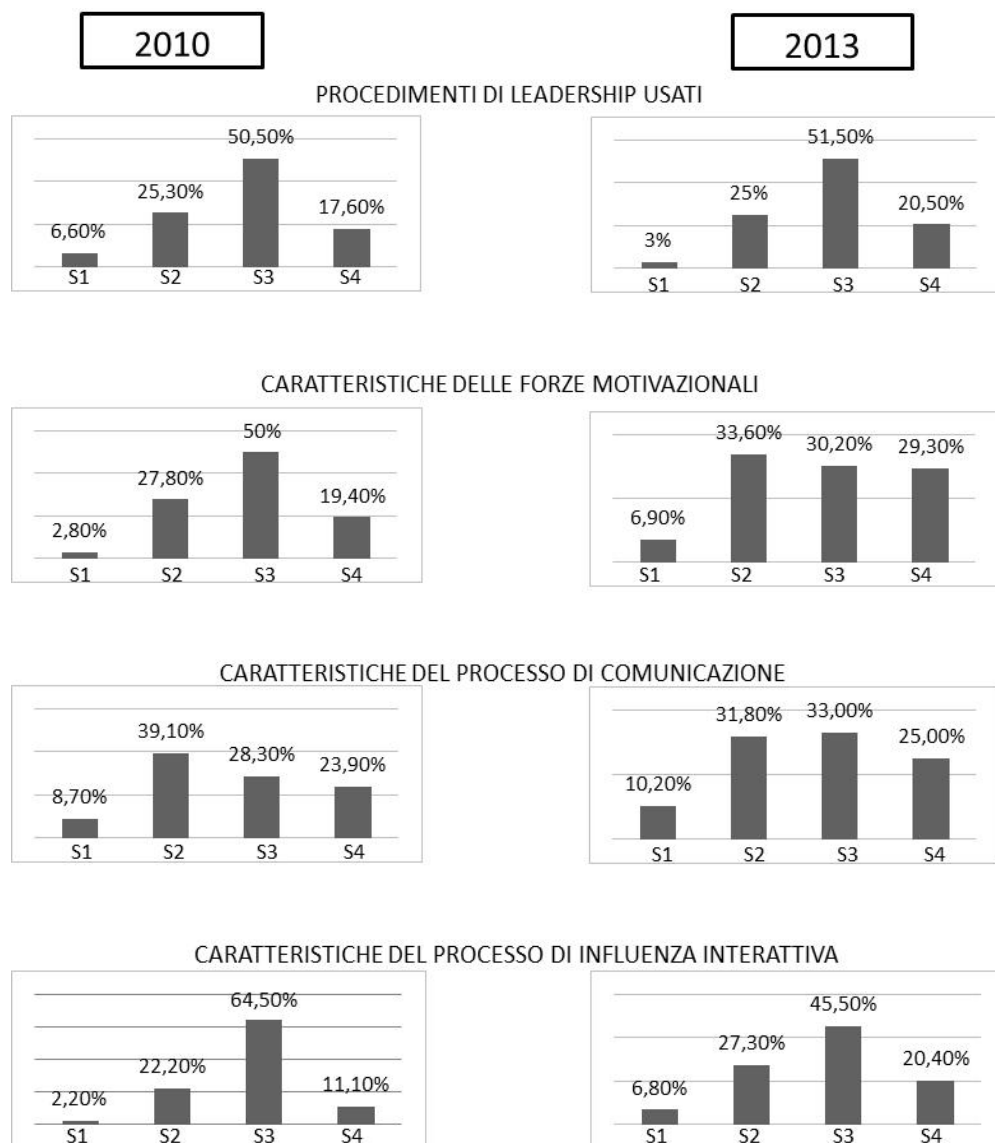
Nel corso del 2010 la prima rilevazione era servita per misurare sul campo i primi segnali dello stile direzionale di tipo partecipativo. In particolare, dopo aver modificato parte del team dirigente, il direttore generale si era impegnato a introdurre uno stile di tipo YS3. La rilevazione del 2010 indicava che la “moda” era attribuibile allo stile YS3 in quattro dimensioni d’indagine su sette (procedimenti di leadership usati; caratteristica delle forze motivazionali; caratteristiche del processo di influenza interattiva; caratteristiche determinazione obiettivi e emanazione disposizioni); mentre si era in presenza di una percezione di stile XS2 sulle rimanenti 3 dimensioni d’indagine (caratteristiche del processo di comunicazione, caratteristiche del processo decisionario, caratteristiche dei procedimenti di controllo).

La seconda rilevazione, effettuata nel corso del 2013, mirava a verificare se il clima di drastiche decisioni assunte per far fronte alla crisi, unitamente alla velocità di presentazione e di esecuzione del *Crash Program* (senza precedenti nella storia del Policlinico Universitario), avessero prodotto una “ferita” nell’immagine della Direzione e, soprattutto, una caduta di fiducia nei confronti della stessa. La rilevazione del 2013, messa a confronto con quella del 2010 (Fig. 5.7), segnalava che cinque su sette dimensioni erano percepite coerenti con uno stile YS3 (procedimenti di leadership usati; caratteristiche del processo di comunicazione; caratteristiche del processo decisionario; caratteristiche dei procedimenti di controllo) con un *upgrading* delle tre dimensioni già in XS2 e un *downgrading* (da YS3 a XS2) delle caratteristiche delle forze motivazionali e, in parte, delle caratteristiche di determinazione di obiettivi ed emanazione delle disposizioni.

La percezione complessiva dello stile di direzione per altro non si era modificata in maniera significativa a seguito della gestione della crisi: la moda era rimasta su un sistema partecipativo di tipo consultivo (stile S3) e si era

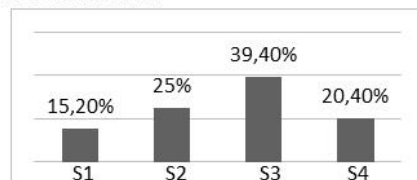
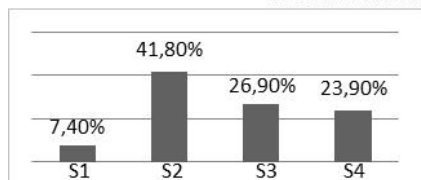
assistito a una riduzione della frequenza delle risposte sullo stile autoritario morbido (stile S2) a favore di uno stile partecipativo di gruppo (stile S4).

**Figura 5.7 Stili di direzione: analisi temporale.**

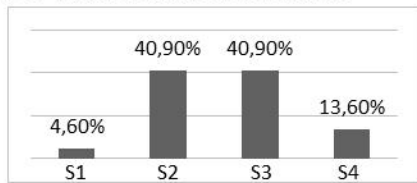
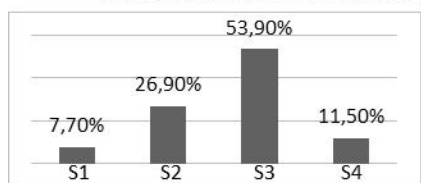




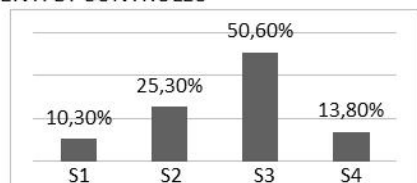
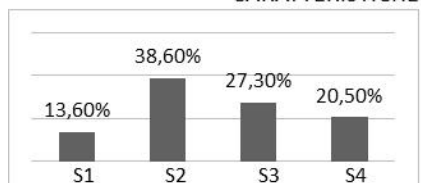
CARATTERISTICHE DEL PROCESSO DECISORIO



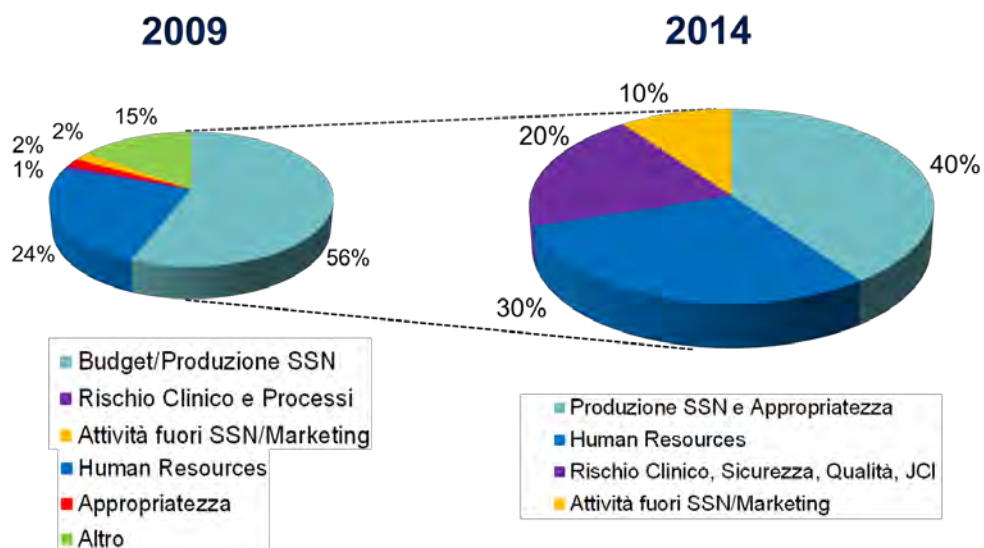
CARATTERISTICHE DETERMINAZIONE OBIETTIVI ED EMANAZIONE DISPOSIZIONI



CARATTERISTICHE DEI PROCEDIMENTI DI CONTROLLO



Parallelamente all'evoluzione dello stile di direzione si sono incrementate e differenziate le decisioni assunte in maniera collegiale dal *management team*. In particolare nella figura 5.8 si nota come dal 2009 al 2014 si siano incrementate le decisioni sui rischi clinici, sulla medicina fuori SSN e sulle risorse umane, mentre si siano ridotte in termini relativi le decisioni sull'assetto clinico e sui servizi erogati in regime SSN.

**Figura 5.8 Evoluzione decisioni Direzione Policlinico.**

Il conto economico del Policlinico Universitario nel periodo 2011-2014 (Fig. 5.9) evidenzia per il 2013 una situazione non lontana dall'equilibrio economico, che viene decisamente confermata nelle previsioni del 2014 con un EBITDA di 9-10 milioni di euro (da ricordare che questo EBITDA sconta anche l'affitto del Policlinico Universitario pari a 6 milioni di euro; ne consegue che l'EBITDAR è pari a 15-16 milioni di euro).

**Figura 5.9 Evoluzione EBITDA 2011-2014.**

	2011	2012	2013	2014 E
Valore della Produzione	127.616	133.300	135.750	144.777
Costi della Produzione (escl. ammortamenti e accantonamenti)	119.333	130.185	126.891	134.327
<b>EBITDA</b>	<b>8.283</b>	<b>3.115</b>	<b>8.859</b>	<b>10.450</b>

«Il progressivo miglioramento della situazione economica», commenta il prof. Oricchio, «è imputabile sia a fattori esterni sia a fattori interni. Fra i fattori esterni ricordo l'adeguamento dei DRG della Regione Lazio a quelli delle Regioni "virtuose", ossia l'applicazione di DRG che premiano la complessità e la decisione del Governatore della Regione Lazio, dott. Nicola Zingaretti, di portare "fuori tetti di spesa SSN" le prestazioni "salva-vita" della Radioterapia. Fra i fattori interni mi preme sottolineare l'elevato livello umano, morale e professionale di tutto il personale. Si tratta di un "motore organizzativo" davvero impressionante: il compito della Direzione del Policlinico si è limitato a farne emergere le potenzialità; il mezzo che si è usato per "aumentarne i giri" è stato l'iniezione di fiducia sottostante l'applicazione di uno stile manageriale di tipo autenticamente partecipativo.»

## 5.7 Il Piano Strategico 2014-2016.

Le linee guida del Piano Strategico 2014-2016 si muovono nella direzione di potenziare la ricerca scientifica svolta all'interno dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e d'incentivare la partecipazione di tutto il personale a programmi di ricerca. In particolare, s'intende premiare l'interdisciplinarietà, favorendo gli ambiti di ricerca più adatti allo sviluppo di sinergie tra le Facoltà Dipartimentali (Medicina e Chirurgia e Ingegneria). Viene istituita anche una nuova funzione aziendale, denominata *Strategic Human Resources* (SHR) al fine di diffondere e potenziare la consapevolezza di una cultura specifica dell'organizzazione e i relativi comportamenti che dimostrino nei fatti la coerenza con la *mission* dell'Università.

Parallelamente, l'intera organizzazione è sottoposta a revisione per snellire le procedure autorizzative e favorire/incrementare la delega di responsabilità.

Al Policlinico Universitario viene richiesto di consolidare:

- l'equilibrio economico strutturale e contribuire alle attività di ricerca con il proprio autofinanziamento;
- le sue caratteristiche di *teaching hospital* grazie alle attività formative e di ricerca clinica.

A tal fine, a seguito di uno studio approfondito del contesto internazionale di riferimento (Box 5.9), dei dati epidemiologici dell'Italia e del Lazio, della presunta evoluzione finanziaria della Regione Lazio, sia il "Disegno Clinico" sia gli strumenti di governo manageriale sono in corso di revisione.

La nuova configurazione clinica tenderà ad abbandonare un modello tipicamente generalista, per concentrarsi su “poli di eccellenza”. I nuovi capisaldi saranno i seguenti:

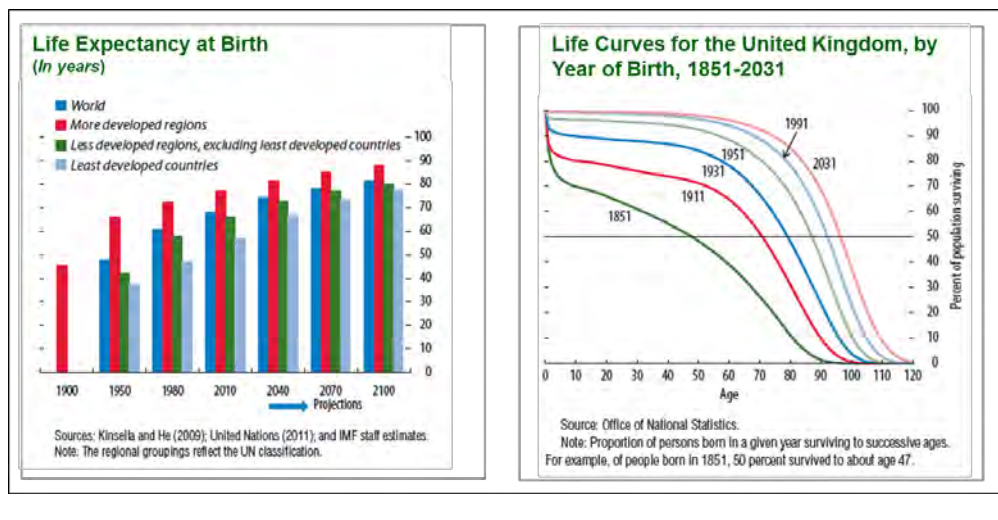
- *Ricoveri per acuti*: multi-specializzazione in tre macro aree cliniche:
  - Polo Cardio-Cerebro-Vascolare
  - Polo Onco-Ematologico
  - Polo Traumatologico
- *Malattie croniche*: multi-specializzazione in tre principali linee di attività mettendo in sinergia assistenza domiciliare, telemedicina e domotica:
  - BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva)
  - Scompenso cardiaco
  - Epatite
- *Medicina funzionale e preventiva*, a gestione prevalentemente internistica, per il potenziamento della salute e la corretta impostazione degli stili di vita, rivolta principalmente a soggetti sani.

Quanto agli strumenti di governo manageriale, s'intende mettere a regime:

- gli strumenti di misurazione e reportistica mensile sulla “complessità assistenziale” (a cura della Direzione Infermieristica), sul rischio e indicatori di *outcome* (a cura della Direzione Sanitaria), sulla *customer satisfaction* (a cura della Direzione Marketing e Organizzazione). Tale reportistica si affianca a quella attualmente in essere del Controllo di Gestione, che produce i margini di contribuzione per singolo episodio di ricovero;
- il sistema di *Management By Objectives* (MBO) declinato principalmente sulle dimensioni della *customer satisfaction* e dell'*outcome*.

### Box 5.9 Longevity risk e sostenibilità Sistema Sanitario.

Una recente ricerca dell'*International Monetary Fund* (IMF) ha esaminato le proiezioni dell'allungamento della vita media e della denatalità nei Paesi Occidentali. Ne è risultato un quadro decisamente non incoraggiante per le finanze pubbliche. L'invecchiamento della popolazione fa sì che sia la spesa sanitaria, sia la spesa pensionistica tendano congiuntamente ad aumentare. Ne consegue una forte pressione sulla spesa pubblica sui tassi d'interesse e sui flussi finanziari, che difficilmente possono essere soddisfatti con nuove emissioni di titoli pubblici. L'impatto dell'aumento della vita media sulla finanza pubblica è molto significativo (vedi *IMF staff estimates*). Da questo quadro negativo, l'evento socialmente positivo di aumento di vita media (e di vita media libera da disabilità) è stato definito con il termine *risk* e, più precisamente *longevity risk*. A molti osservatori è apparsa un po' bizzarra la qualificazione negativa con il termine *risk* della longevità, laddove la stessa può essere considerata un traguardo di evoluzione sociale.



Tali orientamenti nei sistemi di gestione sono il frutto delle analisi di scenario sull'evoluzione della sanità nei Paesi Sviluppatori, in generale, e del Sistema Sanitario Nazionale, in particolare. Più precisamente (Box 5.10), ci si attende un progressivo allontanamento dei sistemi di *pricing* basati sui costi di produzione indifferenziati (come sono i DRG) e un graduale avvicinamento ai sistemi di *pricing* che differenzino le strutture che operano in regime SSN in funzione dell'efficacia delle cure prestate (*outcome*) e della soddisfazione del paziente (che sostiene i costi del sistema sanitario pubblico).

**Box 5.10 Outcome & customer satisfaction: evoluzione dei DRG.**

Il *pricing* delle prestazioni sanitarie nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) si basa su un sistema tariffario (definito DRG, *Diagnostic Related Group*) che, per scelta di fondo, non prevede differenziazioni in base alla tipologia di struttura ospedaliera che eroga la prestazione o in base alla soddisfazione dei pazienti; bensì esso si basa solo sulla tipologia della prestazione sanitaria erogata. La medesima prestazione, erogata da strutture diverse, ottiene lo stesso rimborso. Non si vuole entrare qui nel merito dei pregi associati a tale sistema di *pricing*; tuttavia, si desidera metterne in risalto alcuni limiti oggettivi. Il primo limite oggettivo è che la remunerazione della medesima prestazione sanitaria non cambia a seconda dell'esito della prestazione stessa: sia che il paziente guarisca subito, sia che il paziente muoia, sia che il paziente debba trascorre vari mesi in Terapia Intensiva, il rimborso della prestazione rimane identico in tutti i casi appena citati. Ne discende che la misura del DRG è indipendente dall'efficacia della cura (*outcome*).

Un altro elemento di non differenziazione è il grado di soddisfazione del paziente. Più precisamente, si è in presenza di servizi che sono “pagati” con i tributi dei cittadini/pazienti; tuttavia il loro grado di soddisfazione non entra nel *pricing* del DRG (ma solo nella scelta della struttura ospedaliera dove poter andare, qualora non ci fossero “colli di bottiglia” sui tetti regionali di produzione). In sintesi, sia che il paziente deceda, sia che il paziente si senta “trattato male”, sia che il paziente si senta circondato da professionalità e attenzione, il rimborso della prestazione rimane identico in tutti i casi citati. Ne discende che la misura del DRG è indipendente dalla soddisfazione “di chi paga le cure” (*customer satisfaction*).

Riassumendo **nel SSN la misura dei DRG non viene modificata né per l'efficacia delle cure, né per la soddisfazione del paziente** (cliente), con evidenti ripercussioni negative sull'allocazione efficiente delle risorse tributarie.

Al riguardo di segnala come negli USA ci si attenda un risparmio del 10 per cento della spesa sanitaria complessiva grazie all'introduzione di sistemi di remunerazione delle prestazioni in *Medicare* e in *Medicaid* che premiano il merito di “chi” eroga le prestazioni stesse. I rimborsi tabellari sono incrementati/decrementati in base a un coefficiente di performance calcolato per il 30 per cento sulla qualità della cura e sulla *customer satisfaction* (rilevata tra le 48 ore e le 6 settimane dopo che il paziente ha lasciato la struttura).

«Relativamente al futuro e ai target reddituali ricompresi nel Piano Strategico 2014-2016 del Policlinico Universitario» aggiunge il vicedirettore generale del Policlinico, dott.ssa Marta Risari «essi possono assimilarsi a dei *floor*: l'azione manageriale è orientata a creare una “sorpresa positiva” negli *stakeholder*. Tale “sorpresa positiva” si persegue mediante la declinazione di obiettivi sfidanti ma prudenziali, al fine di avere dei risultati effettivi leggermente superiori alle attese. Se dovessi presentare il Policlinico Universitario a un gruppo di analisti, proporrei loro di verificare l'effetto sorpresa (scostamento budget-consuntivi) negli ultimi anni e di valutare loro stessi, dopo aver illustrato il paniere di azioni che stiamo intraprendendo, l'ammontare di un

possibile *upside*. Inoltre abbiamo voluto sintetizzare in un documento le Linee di Indirizzo Strategico limitatamente al triennio 2014-2016 al fine di condividerlo con tutto il personale» (vedi allegato 5.1 – Linee di Indirizzo Strategico 2014-2016).

## Allegato 5.1 Linee di Indirizzo Strategico 2014-2016

### *Introduzione*

Ogni istituzione è chiamata nel tempo a crescere e a rispondere alle nuove sfide che si presentano, mantenendo sempre viva la ragione per cui è nata e gli obiettivi della propria *mission*. Le difficoltà che inevitabilmente occorre affrontare e le nuove circostanze che vengono a crearsi rendono fondamentale la volontà e la capacità di rinnovarsi dell'istituzione nel suo complesso e delle singole persone che la compongono. Ciò significa affermare con vigore la propria identità, adottando misure efficaci, per vivere i valori di tale identità in un contesto mutato rispetto al passato.

Le Linee di Indirizzo Strategico 2014-2016 dell'Università Campus Bio-Medico di Roma si pongono proprio questo obiettivo. L'espressione "più Qualità più Persona" fa non a caso riferimento a due aspetti essenziali della nostra *mission*: la centralità della persona e la volontà, come istituzione *non-profit*, di contribuire al bene comune attraverso un lavoro quotidiano svolto con professionalità e senso di responsabilità.

Queste linee di indirizzo non indicano in dettaglio gli strumenti operativi necessari a raggiungere gli obiettivi che ci si propone, ma delineano ambiti di azione chiari, che tengono conto delle osservazioni e dei consigli delle persone che operano giorno per giorno all'interno dell'istituzione.

Questo documento è frutto del lavoro del Comitato Esecutivo, basato sulle indicazioni che il nuovo Consiglio di Amministrazione ha messo a punto in questi primi mesi del proprio mandato, e si compone di cinque parti. Tre sono dedicate ai principali settori di attività dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, didattica, ricerca e assistenza sanitaria, mentre le prime due riguardano trasversalmente tutte le strutture e le persone della nostra istituzione e toccano due questioni molto sentite: gestione del personale e organizzazione.

Dopo aver letto gli obiettivi principali che ci proponiamo per questo triennio, avremo condiviso una visione globale di ciò che ci attende. Siamo consapevoli che dovremo iniziare ad attuarlo con la determinazione e l'impegno di chi sa che anche il viaggio più lungo inizia con un passo. Molte azioni condotte in modo unito e con perseveranza, ci permetteranno alla fine di arrivare lontano.



*PARTE I – Rafforzamento dell'adesione alla nostra mission.*

**Obiettivi generali**

**PROMUOVERE** sempre di più comportamenti quotidiani pienamente coerenti con i principi ispiratori dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e con i valori espressi nella Carta delle Finalità. A essi devono riferirsi con altrettanta coerenza scelte e decisioni assunte in modo chiaro e trasparente.

**RAFFORZARE** una cultura che premi il merito, misurato sui benefici apportati al bene comune e sull'adesione ai valori dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.

**Ambiti di intervento**

- Realizzare programmi di formazione e attività di comunicazione interna, finalizzati ai differenti gruppi di personale, sia nella fase d'introduzione al lavoro che negli anni successivi.
- Incrementare la formazione manageriale delle figure apicali e dei talenti in crescita, secondo criteri di merito, attivando anche collaborazioni con altre istituzioni italiane ed estere.
- Realizzare iniziative di supporto alle Direzioni, finalizzate a introdurre una cultura della valutazione e del feedback, orientata al miglioramento continuo.
- Avviare un nuovo processo di valutazione e sviluppo delle risorse umane, al quale sia collegato il sistema premiante. Varrà per tutto il personale, compreso il corpo docente e le figure apicali, e terrà conto delle capacità professionali, manageriali, delle prestazioni, del potenziale e dei comportamenti.
- Istituire la funzione Risorse Umane Strategiche (SHR), in staff al Presidente, come funzione unitaria per tutta l'Università Campus Bio-Medico di Roma, con il fondamentale compito di creare una cultura condivisa e coerenza di comportamenti da parte di tutto il personale.
- Promuovere attività di volontariato a carattere sociale per studenti e specializzandi, che abbiano, quando possibile, anche valore accademico.
- Favorire attività extra-accademiche e iniziative a favore del territorio, in particolare per studenti fuori sede e per le persone di Triglia.
- Realizzare la nuova sede dell'asilo nido aziendale nella zona dell'ex maneggio, valorizzando così ulteriormente questo servizio al personale per la conciliazione delle esigenze familiari e professionali.

## *PARTE II – Governance.*

### **Obiettivi generali**

SNELLIRE le procedure autorizzative e favorire/incrementare la delega di responsabilità.

IDENTIFICARE con chiarezza competenze e responsabilità

### **Ambiti di intervento**

- Semplificare i processi, definendo compiti, responsabilità e deleghe, per garantire chiarezza e rispetto delle competenze decisionali e della gestione dell'informazione.
- Analizzare struttura e peso delle posizioni che compongono l'organizzazione, al fine di sviluppare criteri che ne garantiscano la coerenza generale e il corretto funzionamento.
- Rendere più evidenti a tutto il personale i compiti dei diversi enti e organi di governo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, secondo il ruolo che a essi assegna lo Statuto.
- Strutturare incontri periodici tra Consiglio di Amministrazione/Comitato Esecutivo e Giunte di Facoltà Dipartimentali, per migliorare la reciproca comunicazione tra organi di governo.

## *PARTE III – Revisione dei Corsi di Studio e programmazione universitaria.*

### **Obiettivi generali**

MIGLIORARE la qualità dell'offerta didattica, del suo grado d'internazionalizzazione e della sua corrispondenza con le esigenze del mondo del lavoro.

PROMUOVERE in modo più incisivo la dedizione alla docenza e alla formazione pratica e globale degli studenti. Rafforzare e valorizzare l'attività di tutorato.

PROGRAMMAZIONE del numero di Docenti dell'Università Campus Bio-Medico di Roma per il triennio 2014-2016.

### **Ambiti di intervento**

- Attivare sistemi di promozione e di valutazione periodica della qualità didattica, che contemplino anche percorsi di crescita per docenti interni, possibilità di avvicendamento, acquisizioni dall'esterno e apertura a *visiting professors*.

- Attuare la programmazione accademica per la chiamata di docenti e l'applicazione delle diverse tipologie di contratto.
- Definire una strategia di sviluppo di medio e lungo termine per la formazione post-laurea (Scuole di Specializzazione, Dottorati, Master di I e II livello).
- Rafforzare le attività di tutorato e riconoscerne il valore accademico.
- Studiare possibili collaborazioni con altre Università.
- *Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia*
- Promuovere il Corso di Studi in Medicina e Chirurgia e il Corso di Studi in Infermieristica, analizzando i settori da rafforzare.
- Approfondire il progetto culturale e accademico per il Corso di Studi in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana, analizzandone i settori da rafforzare e studiando gli sbocchi professionali correlati.
- *Facoltà Dipartimentale di Ingegneria*
- Promuovere i Corsi di Laurea (Triennale e Magistrali) con particolare riferimento allo sviluppo di sinergie con la Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia.
- Potenziare l'offerta formativa, in linea con le aspettative sia di formazione che di sbocco professionale per gli studenti, coinvolgendo anche imprese di riferimento nell'elaborazione dei piani di studio.

#### *PARTE IV – Programmi per lo sviluppo della ricerca.*

##### **Obiettivi generali**

POTENZIARE la ricerca scientifica svolta all'interno dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e incentivare la partecipazione di tutto il personale, incluso quello non universitario, a programmi di ricerca.

PREMIARE l'interdisciplinarietà, favorendo in particolare gli ambiti di ricerca più adatti allo sviluppo di sinergie tra le Facoltà Dipartimentali.

##### **Ambiti di intervento**

- Promuovere la partecipazione dell'Università Campus Bio-Medico di Roma a programmi strategici a livello europeo in materia di ricerca, innovazione e mobilità dei ricercatori (es.: ICT/FET-FLAGSHIPS, *EIT-Knowledge Innovation Communities*, *Public-Private Partnerships*, etc.)
- Valutare la partecipazione dell'Ateneo al co-finanziamento di progetti *Starting Grant*, selezionati sulla base di parametri oggettivi, quali:

- spiccata interdisciplinarietà, soprattutto inter-facoltà;
- valutazione positiva da parte di revisori esterni, nazionali e internazionali;
- coordinamento da parte di un giovane ricercatore dell'Ateneo (età non superiore ai 40 anni);
- propedeuticità alla partecipazione a bandi *European Research Council – Starting Grant*.
  - Valutare la partecipazione dell'Ateneo al co-finanziamento di progetti strategici, selezionati sulla base di parametri oggettivi, quali:
    - coerenza con i piani di sviluppo delle Facoltà dipartimentali;
    - spiccata interdisciplinarietà, soprattutto inter-facoltà;
    - capacità di attrazione di risorse esterne e forte grado d'interesse da parte di ricercatori stranieri;
    - valutazione positiva da parte di revisori esterni, nazionali e internazionali;
  - ricaduta positiva del progetto su competitività e immagine dell'Università Campus Bio-Medico di Roma a livello internazionale (vedi indicatori ANVUR\VQR, ranking internazionali, etc.)
  - Studiare l'opportunità di ospitare presso le strutture dell'Ateneo, con specifici accordi, gruppi di ricerca industriali che interagiscano con i nostri ricercatori universitari (vedi anche recenti disposizioni legislative sull'apprendistato). Potenziare le attività d'incubazione di aziende spin-off.
  - Rafforzare il ruolo del Comitato Università-Impresa nel settore ricerca.
  - Individuare, sostenendoli con adeguate risorse di finanziamento, progetti di ricerca interdisciplinari che abbiano un impatto positivo sulla soluzione di rilevanti problematiche antropologiche, etiche o sociali (es.: cura della sterilità, prevenzione della richiesta eutanasica; qualità della vita dei malati cronici o terminali e dei loro familiari; lotta alla fame nel mondo attraverso innovazioni nel settore alimentare; sviluppo sostenibile; compatibilità famiglia-lavoro; soluzioni per la vita indipendente di cittadini a rischio di esclusione sociale).
  - Considerate le recenti riforme del Dottorato di Ricerca e i relativi criteri di accreditamento, ridefinirne le regole di accorpamento. Valorizzare questa importante risorsa e sperimentare l'integrazione tra Laurea Magistrale e Dottorato di Ricerca mediante il Graduate Program.
  - Trasmettere agli studenti un'adeguata cultura della ricerca mediante: corsi di metodologia e gestione della ricerca; laboratori di creatività negli anni della Laurea Magistrale; loro inserimento in progetti di ricerca anche con eventuale riconoscimento di crediti.

- Rivedere modalità di funzionamento del Centro Integrato di Ricerca (CIR), confermando la scelta di un coordinamento unitario della ricerca, semplificando le procedure e potenziando le attività di promozione e supporto ai ricercatori nella partecipazione a bandi competitivi (*Grant Office*) e nella valorizzazione dei risultati di ricerca (*Technology Transfer Office*).

#### *PARTE V – Programmi di sviluppo del Policlinico Universitario.*

##### **Obiettivi generali**

CONSOLIDARE la qualità clinica e assistenziale del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e le sue caratteristiche di teaching hospital grazie alle attività formative e di ricerca clinica.

RAGGIUNGERE il pareggio strutturale di bilancio (prima del contributo di stabilità).

##### **Ambiti di intervento**

- Promuovere l'adozione delle linee di comportamento dei responsabili di unità operativa assistenziale.
- Aumentare gli standard di sicurezza e qualità (anche con accreditamento JCI) e conferire efficace visibilità alla struttura, a livello europeo, al fine d'intercettare la domanda di prestazioni sanitarie da parte di cittadini Ue, secondo la recente normativa comunitaria in tema di "libera circolazione dei pazienti" mediante rimborsi a carico dei sistemi sanitari dei rispettivi Stati membri.
- Stipulare accordi con la Regione Lazio (tetti SSN e nuovo Protocollo d'Intesa), per arrivare all'utilizzo di tutte le potenzialità del Policlinico Universitario possibilmente entro il 2018 (posti letto, sale operatorie, DEA, etc.), assicurando il pareggio strutturale di bilancio prima di eventuali fondi di stabilizzazione.
- Predisporre un piano che permetta di affrontare già nel 2014 un eventuale non adeguato incremento, da parte della Regione Lazio, delle prestazioni effettuabili dal nostro Policlinico Universitario in convenzione SSN.
- Aggiornare il "Progetto Clinico" per lo sviluppo strategico delle attività del Policlinico Universitario, analizzando i dati epidemiologici, la diffusione delle nuove malattie, la domanda nel Lazio, sulla base delle seguenti linee e in preparazione all'avvio di un DEA:

- Ricoveri per acuti multi-specializzazione in tre macro aree cliniche:
  - o Polo Cardio-Cerebro-Vascolare
  - o Polo Onco-Ematologico
  - o Polo Traumatologico
- Malattie croniche multi-specializzazione in tre principali linee di attività:
  - o BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)
  - o Scompenso cardiaco
  - o Epatite e patologie croniche
- Medicina funzionale e preventiva, a gestione prevalentemente internistica, per il potenziamento della salute e la corretta impostazione degli stili di vita, rivolta principalmente a soggetti sani.
- Incrementare la medicina privata, utilizzando anche strumenti finanziari che consentano di anticipare nel tempo le entrate rispetto all'erogazione della prestazione.
- Completare e portare a regime la reportistica manageriale della Direzione del Policlinico Universitario. Accanto alla reportistica mensile del Controllo di Gestione, affiancare una reportistica mensile di complessità assistenziale (Direzione Infermieristica), di rischio e qualità clinica e *outcome* (Direzione Sanitaria), di *customer satisfaction* (Direzione Marketing e Organizzazione).
- Definire la strategia per la sede di via Longoni e, più in generale, per la logistica e l'utilizzo degli spazi disponibili.
- Studiare possibili iniziative, anche in collaborazione con altri operatori, per l'assistenza di anziani e malati cronici (per esempio cure domiciliari, reparto di lungodegenza, telemedicina, etc.).