

- un conto economico per struttura su base mensile, con raffronto con il budget negoziato e sviluppo della previsione a finire;
- un conto economico a livello complessivo, riclassificato in base al piano dei fattori produttivi definito dalla Regione Lazio; conseguentemente, è stato quindi possibile ottemperare all'obbligo di invio alla Regione Lazio, su base trimestrale, del report di contabilità analitica;
- le corrette basi di calcolo per la definizione del costo delle prestazioni e dei servizi assistenziali erogati, oltre che per le attività di ricerca.

### **Processo di budget**

In ordine al processo di budget, questa Amministrazione, nell'ambito delle direttive nazionali e regionali relative all'adozione di adeguati strumenti gestionali di programmazione e controllo delle attività erogate, ha adottato i seguenti provvedimenti:

- deliberazione del 30 dicembre 2008, n. 1119 concernente l'individuazione dei centri di costo;
- deliberazione del 13 febbraio 2009, n. 114 concernente l'approvazione del Budget economico per l'anno 2009;
- deliberazione del 18 febbraio 2009, n. 131 concernente l'approvazione del percorso di budget per l'anno 2009 e l'istituzione del Comitato di Budget.

Detto Comitato di Budget, previa definizione degli obiettivi da assegnare ai Centri di Attività sulla base delle indicazioni e degli obiettivi strategici già individuati dalla Direzione, ha proseguito nel 2010 il processo di negoziazione con i Dirigenti delle diverse articolazioni aziendali (Responsabili di budget funzionale), concordando con gli stessi l'impiego delle risorse, dei risultati economici e delle performance da conseguire.

A tale scopo, sono state predisposte le singole schede di budget inserendo come indicatori, in particolare, i dati relativi al costo del personale ed ai consumi di materiali, suddivisi per tipologia (farmaci, sanitari e non sanitari).

Per l'area amministrativa e per le strutture in staff alle Direzioni, le schede relative ai Centri di Responsabilità sono state definite, per quanto concerne obiettivi e indicatori.

Per l'area sanitaria sono state predisposte due schede per ciascuna struttura:

- Scheda di sintesi;
- Scheda di dettaglio.

## **E - L'adeguamento dei sistemi informativi**

### **Sistemi Informativi:**

Nell'anno 2010 sono state effettuate una serie di attività atte a predisporre un Sistema Informatico degli Istituti rispondente alle necessità di integrazione ed interazione dei sistemi e dei dati.

Le attività si sono orientate in due prospettive tra loro differenti ma complementari, ovvero da un lato si è lavorato per la realizzazione di un sistema Informatico centrale aggiornato, moderno e funzionale e dall'altro per la realizzazione di un sistema Informativo Sanitario rispondente ai criteri in integrabilità, rispondenza agli standard, apertura alle innovazioni.

Di seguito si riportano gli ambiti di attività e le azioni intraprese:

### **Per la rete dati e fonia:**

- E' stata completato il cablaggio della nuova rete dati in tecnologia ethernet Gbit/s, con la sostituzione di 600 punti rete doppi in vecchia tecnologia token-ring;
- E' stata migrata tutta la telefonia fissa dall'attuale gestore Telecom Italia S.p.a. verso la convenzione CONSIP, vinta da Fastweb S.p.a.; sono così passati al nuovo gestore tutti i flussi primari e i numeri sciolti di rete urbana verso Fastweb, verificando al contempo eventuali numeri urbani ancora attivi e non usati al fine di dismetterli. E' stato armonizzato il sistema di pagamento fatture attraverso un sistema telematico di emissione di un'unica fattura bimestrale per tutti i numeri di rete fissa.
- E' stata migrata tutta la telefonia mobile verso la convenzione CONSIP, vinta da TIM S.p.a.

### **Per i sistemi informatici:**

- Sono state completate le procedure di gara per il rifacimento del CED degli IFO, la duplicazione delle Fibre ottiche per gli armadi di piano, per l'approvvigionamento di un sistema Blade.
- Si è proceduto con la virtualizzazione tramite tecniche miste di molti dei server presenti negli Istituti, con benefici in termini di sicurezza e consumo energetico;
- E' stato implementato un sistema di backup su nastri per tutti i sistemi presenti, con verifiche periodiche della bontà dei backup e del loro ripristino;
- E' stato pressochè completato il passaggio in dominio Active Directory di tutti i computer client presenti negli Istituti, con l'installazione puntuale da remoto di un antivirus aggiornato e di tutte le patch di sicurezza.

**Per gli applicativi:**

- sono state attivati tutti i contratti di manutenzione necessari per i sistemi sanitari ed amministrativi in produzione;
- Sono state definite tutte le compatibilità e gli interfacciamenti dei vari software di carattere sanitario, con la verifica di disponibilità di comunicazione su standard [es. standard HL7, interfacciamento DB, xml,...]
- E' stata espletata la gara per l'approvvigionamento e l'installazione di un sistema RIS/PACS filmless.
- E' stata espletata la gara per il rifacimento del Sito Web dell'Ente.

## **F – Il contenzioso giudiziale e stragiudiziale**

L'attività gestionale del contenzioso giudiziale e stragiudiziale durante l'anno 2010 è stata attuata con l'intento precipuo di risolvere le diverse controversie e con l'obiettivo di concretizzare un risparmio economico per gli Istituti. In particolare, nell'ambito anche del processo di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica è stata attuata una azione tesa ad instaurare con le società fornitrici di beni e servizi dell'Ente un confronto bonario al fine di evitare l'avvio delle azioni monitorie.

Inoltre sono stati conclusi undici accordi transattivi, su crediti certi ed esigibili vantati da imprese di fornitura, che hanno evitato un aggravio di spesa per gli Istituti stimato in circa trecentomila euro.

Per l'attività di recupero crediti per ticket non pagati e per il mancato ritiro referti è stato attuato quanto prescritto dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Inoltre due, tra le diverse cause concluse nell'anno 2010, hanno permesso agli Istituti di introitare circa ottocentocinquantamila euro (recupero dei crediti erroneamente versati all'Inps).

Relativamente alle vertenze, nel corso del 2010, sono stati notificati agli Istituti 32 atti giudiziali e stragiudiziali tesi al risarcimento dei danni eventualmente subiti da pazienti ed utenti.

Dette vertenze sono diminuite (anno 2009 - 48 vertenze) a seguito dell'attività profusa dagli uffici e volta ad interrompere le pendenze giudiziarie o a comporre bonariamente tutte le controversie sorte.

Le principali attività svolte nell'anno 2010 possono essere riassunte nelle seguenti:

- Stipulati 11 atti transattivi
- Gestione di 32 pratiche di richiesta risarcimento danni da parte di terzi
- Invio di 700 lettere per recupero crediti

## **G – Attività sanitaria**

### **Misure Per Promuovere L'appropriatezza Organizzativa Dell'attività Ospedaliera.**

L'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere rappresenta un parametro inderogabile del Servizio Sanitario Regionale, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse.

Il Piano di rientro, nell'ambito della riorganizzazione ospedaliera, pone obiettivi operativi mirati alla razionalizzazione dell'uso dell'ospedale, al miglioramento delle performance delle alte specialità, al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi e alla rimodulazione dell'offerta erogata dai presidi ospedalieri pubblici, anche finalizzata al contenimento dei costi di gestione (obiettivo 1.2 del Piano di rientro) ed Il Piano sanitario regionale, in coerenza con tali obiettivi, sviluppa un piano di razionalizzazione dell'uso della "risorsa ospedale" anche per adeguare la risposta al livello appropriato di complessità assistenziale

Inoltre il decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera per acuti mira all'adozione di provvedimenti volti a conseguire contestualmente, nel loro complesso, i seguenti risultati:

- Riconduzione entro il 31 dicembre 2010 del numero di posti letto per acuti al valore massimo del 3,3 per 1000 abitanti indicato dal patto per la Salute 2010-2012
- Concentrazione dell'attività di ricovero in un numero inferiore di punti di offerta attraverso la riconversione degli ospedali minori al fine di ottimizzare i costi di gestione, ad incrementare l'assistenza distrettuale ed a ricondurre progressivamente il tasso di ospedalizzazione regionale a quello programmato a livello nazionale
- Riorganizzazione dell'assistenza delle reti di specialità indicate dal PSR 2010-2012, già avviata con i Decreti 56/2010, 58/2010 e 59/2010, prevedendo una particolare tutela per le discipline di ricovero dell'area medica che risultano in carenza rispetto al fabbisogno di cui al Decreto 17/2010
- Rimodulazione dell'offerta per acuti nelle discipline di ricovero che presentano un consistente eccesso di offerta rispetto al fabbisogno di cui al Decreto 17/2010, ferma restando la necessità di tutela delle aree territoriali di cui al Decreto 48/2010 che presentino invece carenza di offerta
- Equilibrio nell'incidenza dei provvedimenti tra il settore pubblico e quello privato in riferimento ai principi di cui all'art. 8-quater comma 8 del DLgs 502/92 e s.m.i.

e prevede i seguenti interventi:

- Riconversione degli ospedali minori in “Ospedali distrettuali”
- Attuazione definitiva degli interventi previsti dai Decreti già emanati di riorganizzazione della rete perinatale, della rete delle malattie infettive e della rete oncologica
- Adozione di provvedimenti di riordino della rete dell'emergenza (adulti e pediatrica) con attivazione delle unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e conseguente rimodulazione dell'offerta di breve osservazione/medicina d'urgenza (codice 51)
- Adozione di provvedimenti di riordino della rete cardiologica, della rete per l'assistenza all'ictus, della rete del trauma e neurotrauma, della rete delle chirurgie maxillo-facciali, della rete delle chirurgie plastiche, della rete della chirurgia della mano
- Riorganizzazione ad hoc dell'offerta regionale relativa alle specialità di ricovero di terapia intensiva (codice 49), pediatria (codice 39) , neurochirurgia (codice 30), psichiatria (codice 40) e dermatologia (codice 52)
- Rimodulazione dell'offerta di posti letto per acuti nelle specialità di ricovero di chirurgia e generale e oculistica nelle macroaree che presentano eccesso di offerta

Appare evidente che lo scenario fin qui sintetizzato ha fornito e fornirà la trama su cui articolare congiuntamente a linee strategiche proprie, un necessario processo di riorganizzazione degli Istituti anche in previsione dell'Adozione del Nuovo Atto Aziendale.

Nell'immediato i decreti che direttamente coinvolgono i ns. Istituti sono:

- Decreto U0059 – Rete Oncologica
- Decreto U0077 - Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica.
- Decreto U0080 -Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale

In particolare per quanto riguarda la riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale questa è la Sintesi della riorganizzazione dei posti letto prevista per i ns. Istituti:

Allegato C

**ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI**

Codice struttura 120908 Comune ROMA

Azienda 908 Macroarea 2

Note

**OFFERTA OSPEDALIERA 2010-2011**

Area	Cod.	Descrizione	ORD2010	DH2010	ORD2011	DH2011	IMPATTO
C	43	UROLOGIA	22	1	22	1	0
C	38	OTORINOLARINGOIATRIA	18	2	18	2	0
C	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16	2	16	2	0
C	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	2	12	2	0
C	30	NEUROCHIRURGIA	16	0	8	0	-8
C	12	CHIRURGIA PLASTICA	26	6	13	6	-13
C	09	CHIRURGIA GENERALE	62	5	55	2	-10
			<b>172</b>	<b>18</b>	<b>144</b>	<b>15</b>	<b>-31</b>
M	64	ONCOLOGIA	58	24	44	32	-6
M	52	DERMATOLOGIA	20	20	14	12	-14
M	32	NEUROLOGIA	0	2	0	0	-2
M	18	EMATOLOGIA	12	2	12	2	0
			<b>90</b>	<b>48</b>	<b>70</b>	<b>46</b>	<b>-22</b>
T	49	TERAPIA INTENSIVA	8	0	8	0	0
			<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Totale posti letto			270	+ 66 = 336	222	+ 61 = 283	-53

**ALTRE FUNZIONI OSPEDALIERE**

Medicina sportiva   
 Radioterapia / Radioterapia oncologica   
 Radiologia interventistica   
 Medicina nucleare

**OSPEDALE DISTRETTUALE ED ALTRE ATTIVITA' TERRITORIALI**

Punto Unico Accesso   
 Specialistica ambulatoriale   
 Ambulatorio infermieristico   
 Diagnostica di base  
 Continuità assistenziale   
 Assistenza Domiciliare Integrata  
 Forme aggregative MMG e PLS   
 Postazione 118   
 Elisuperficie   
 Degenza infermieristica  
Unità di Osservazione Breve Intensiva:   
 Centro dialisi   
 RSA   
 Hospice  
 R.ExArt26   
 Ambulatorio del dolore   
 Residenza protetta per disabili

**RUOLO NELLE RETI DI SPECIALITA'**

Rete emergenza:                      Rete em. pediatrica:                      Rete ictus:  
Rete perinatale:                      Rete cardiologica:                      Rete oncologica: HUB  
Rete mal. infettive:                      Rete chirurgia mano:                      Rete trauma:  
Rete ch. plastiche: F.R.Trasversale    Rete ch. maxillo-facciali:

Dal precedente prospetto appare evidente una forte riduzione della dotazione di posti letto in ambito chirurgico ed in particolare nella chirurgia generale, nella chirurgia plastica e nella neurochirurgia

I criteri utilizzati dalla Regione per giungere alla suddetta dotazione sono stati fra gli altri:

- Valutazione della complessità degli interventi: utilizzando i dati delle SDO, sono stati esaminati i volumi per DRG indice secondo i criteri stabiliti per ciascuna specialità.
- Valutazione degli indici di occupazione
- Ridefinizione dell'offerta suddividendo il territorio regionale in macro-aree: gli IFO sono collocati nella macroarea 2.

La Direzione dell'Ente ha inviato alcune richieste di revisione rispetto al suddetto piano anche in considerazione dei seguenti fattori:

1. Attualmente tutta l'attività proveniente dai reparti di:

- Chirurgia Generale A
- Chirurgia Generale ad indirizzo Epatobiliopancreatico
- Chirurgia Generale ad indirizzo Digestivo
- Chirurgia Toracica

viene valutata come Chirurgia Generale non differenziando l'attività della Chirurgia Toracica. Tale classificazione ha sicuramente influito sulla valutazione finale delle attività e di conseguenza sulla previsione di riorganizzazione.

2. La forte riduzione di posti letto della specialità di Chirurgia Plastica (-50%) appare in evidente contrasto con quanto definito dal decreto U0077 sulla Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica che individua le nostre due divisioni con UOC e rispettivamente come: centri con funzioni di riferimento trasversali in ambito specialistico, ed in particolare l'IRE quale sede per la chirurgia plastica ricostruttiva e il San Gallicano per la chirurgia plastica in oncologia dermatologica.

Pertanto è stata inoltrata ufficiale richiesta alla Direzione Regionale per la Programmazione, per il riconoscimento della Divisione di Chirurgia Toracica, e per il reintegro della totalità di posti letto ordinari di Chirurgia Plastica. E' stata inoltre richiesta l'autorizzazione per l'attivazione di 3 posti di Osservazione Breve Intensiva.

La prima istanza è stata accolta e pertanto per il secondo semestre 2011 si provvederà a riclassificare la divisione

A tutt'oggi siamo in attesa di riscontro per le altre richieste da parte della Regione Lazio, pertanto le ipotesi che seguono sono attestate sulla dotazione prevista dal Decreto U0080 e potranno subire modifiche qualora la Regione accogliesse le istanze presentate.

Sulla base del quadro normativo fin qui descritto, delle linee strategiche individuate dalla Direzione Generale nell'ottica della missione specifica dei ns. Istituti si è articolata e sviluppata l'attività sanitaria per l'anno 2010 ponendo, quindi, particolare attenzione ai seguenti obiettivi.

### Obiettivi

L'obiettivo principale degli Istituti è quello di perseguire i dettami della Mission nel rispetto delle indicazioni Regionali (Piano di Rientro Regionale e Legge Finanziaria) e Nazionali (Piano Sanitario Nazionale), garantendo l'efficienza nell'impiego delle risorse attraverso un processo volto al continuo miglioramento in termini di livelli di produttività per risorse impiegate ed un livello di assistenza sempre più adeguato, in termini qualitativi oltre che in termini di appropriatezza dei servizi sanitari erogati, cercando di allineare i valori di produzione ai costi di gestione.

Conformemente alle direttive regionali relative all'appropriatezza dei ricoveri è proseguito il processo di razionalizzazione sia in termini gestionali-organizzativi che clinico-assistenziali, dell'attività di ricovero ed ambulatoriale attraverso una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione, fermo restando la garanzia dei LEA, per raggiungere livelli di appropriatezza mediante:

- √ trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, quindi, dal ricovero ordinario verso il day hospital e da questo verso l'ambulatorio, specie per i ricoveri di minore complessità (Categorie C e D);
- √ attivazione gestionale relativa all'applicazione del modello di Week Hospital, ospedalizzazione su cinque giorni, su linee guida ASP, per i reparti di Degenza Medici e Chirurgici dell'Istituto San Gallicano (34 posti letto). Tale modalità ha consentito un recupero di risorse in termini di personale infermieristico, una riduzione dei turni di guardia medica, una maggiore appropriatezza in termini di DRGs sia medici che chirurgici garantendo nel contempo al paziente un elevato livello assistenziale;
- √ potenziamento del Day Service (Pacchetti Ambulatoriali Complessi PAC e Accorpamenti di prestazioni Ambulatoriali APA);
- √ rimodulazione dell'attività chirurgica, specie per quanto riguarda l'impiego e l'utilizzo delle sale operatorie, riducendo notevolmente il differenziale tra ore disponibili ed ore effettivamente utilizzate, ottenendo a parità di risorse impiegate un aumento dell'attività chirurgica, privilegiando l'attività chirurgica in elezione per quelle discipline che presentavano maggiore criticità stante i principi stabiliti dalle Categorie di priorità previste nei tempi massimi di attesa;
- √ una valida azione di governo della spesa sanitaria, potenziando il controllo di gestione, introducendo tetti di spesa che tengono conto degli indicatori di efficienza e produttività (costi medi per assistito, costi diretti sui ricavi, dimessi per medico e/o infermiere etc.);

- √ ulteriore qualificazione ed adeguamento dell'offerta di assistenza polispecialistica Ospedaliera per le patologie oncologiche attraverso l'individuazione di 'Unità Multidisciplinari come:
  - La Melanoma Unit
  - La Breast Unit
  - La Unità per le Patologie Oncologiche Tiroidee
- √ definizione di specifici percorsi assistenziali dei pazienti oncologici, presupposto irrinunciabile di "Buona Qualità dell'Assistenza", con la presa in carico del paziente oncologico durante tutte le fasi della malattia e nella piena integrazione delle terapie chirurgiche, mediche, radioterapiche e di medicina nucleare.
  - √ promozione dell'uso appropriato del ricovero diurno
  - √ Ampliamento attività chirurgica del DaySurgery, potenziando l'attuale attività chirurgica ordinaria a favore delle categorie A e B
  - √ Potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare
  - √ Avvio dell'attività di riabilitazione oncologica per il recupero funzionale indifferibile di pazienti, oncologici, che hanno superato la fase di acuzie, ma che hanno necessità di ulteriori interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili efficientemente in regimi alternativi al ricovero.
  - √ Ulteriore riduzione dell'indice di inappropriatelyzza nei ricoveri ordinari
  - √ Potenziamento del processo di controllo e razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Pertanto l'indirizzo anche per il futuro per la programmazione dell'attività clinico-sanitaria e i successivi passi per il completamento degli obiettivi strategici sarà quello di modulare l'offerta sanitaria sulla base delle indicazioni regionali, migliorare ulteriormente l'appropriatezza, incentivare modelli organizzativi 'virtuosi' con riguardo sia alla cura della persona che alla razionalizzazione delle risorse.

Gli sforzi dovranno tendere ad una razionalizzazione dell'utilizzo dei posti letto che porti a percentuali di occupazione superiori al 85% con una degenza media inferiore ai 7 gg, Tali valori infatti sono stati presi come riferimento dalla Regione Lazio per il calcolo di un Indice Sintetico di Performance (Isp) specifico per istituto di ricovero e specialità, basato sullo scarto tra la dotazione effettiva di posti letto e il numero atteso in base a determinati valori di appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione.

**Dati di Attività Clinico Assistenziale anno 2010**

Di seguito si riportano alcune tabelle e grafici con i principali dati riguardanti l'attività clinico assistenziale svolta nel corso del 2010

PAGINA BIANCA

## ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPEDALIERI

Codice Ospedale : 120908

## STATISTICA SULLE DEGENZE Ordinarie

Periodo di riferimento: dal 01 GENNAIO al 31 DICEMBRE dell'anno 2010

	Esistenti	AMMESSI		DIMESSI			CURATI	RIMASTI	A/D	LETTI	GIORNATE DEGENZ		Media Presenza	Tasso di Saturaz.	Indice di Rotazione	Intervallo Turn-over	
		Ricoveri	Prov.int.	Dim.	Trasf.int.	Deceduti					Ponderati	Potenziali					Effettive
094 0904-IRE CH.EPATOB.	0	181	52	167	59	3	233	7	3	7,60	2.774	2.044	8,77	5,60	73,68	30,66	3,13
335 1201-IRE CH. PL. RI	1	483	9	482	10	1	493	1	7	10,00	3.650	1.756	3,56	4,81	48,11	49,30	3,84
364 0902-IRE CH. DIG.	6	277	65	280	62	4	348	6	0	13,40	4.891	4.362	12,53	11,95	89,18	25,97	1,52
365 0903-IRE CH. TOR.	3	565	127	555	131	6	695	9	9	21,10	7.702	5.398	7,77	14,79	70,09	32,94	3,31
366 0901-IRE CH. A	6	652	67	658	67	0	725	0	4	14,70	5.366	3.519	4,85	9,64	65,59	49,32	2,55
367 6402-IRE ONC. B	5	1.425	26	1.428	28	26	1.456	0	4	23,90	8.724	6.476	4,45	17,74	74,24	60,92	1,54
369 3001-IRE NEUROCHIRU	4	329	36	326	39	6	369	4	1	13,60	4.964	3.450	9,35	9,45	69,50	27,13	4,10
370 3701-IRE GINECOLOGI	3	455	45	453	48	1	503	2	12	9,80	3.577	2.826	5,62	7,74	79,00	51,33	1,49
374 3801-IRE OTORINO	11	569	68	564	74	0	648	10	11	17,50	6.388	4.672	7,21	12,80	73,14	37,03	2,65
375 4301-IRE UROLOGIA	4	911	130	879	146	5	1.045	20	7	22,00	8.030	6.939	6,64	19,01	86,41	47,50	1,04
376 4901-IRE RIAN. T.D.	6	13	641	56	602	41	660	2	0	8,00	2.920	2.279	3,45	6,24	78,05	82,50	0,97
377 6101-IRE MED. NUCL.	0	494	2	490	6	0	496	0	0	7,30	2.665	2.193	4,42	6,01	82,30	67,95	0,95
381 1801-IRE EMATOLOGIA	11	179	8	177	11	15	198	10	1	12,00	4.380	3.969	20,05	10,87	90,62	16,50	2,08
420 5202-ISG DERM. ALL.	0	320	0	319	1	0	320	0	0	5,70	2.081	1.008	3,15	2,76	48,45	56,14	3,35
422 5201-ISG DERM. CL.	0	393	1	392	2	0	394	0	0	7,20	2.628	1.560	3,96	4,27	59,36	54,72	2,71
421 1202-ISG CH. PL. LA	0	618	4	619	3	0	622	0	3	9,30	3.395	1.939	3,12	5,31	57,12	66,88	2,34
425 6401-IRE ONC. A	6	1.276	46	1.277	38	46	1.328	13	4	26,60	9.709	8.049	6,06	22,05	82,90	49,92	1,25
430 3601-IRE ORTOPEDIA	7	192	45	192	45	1	244	7	0	11,50	4.198	2.794	11,45	7,65	66,56	21,22	5,75

Ricoveri = Nuovi Ricoveri senza Prov.Int

A/D=Ammessi/Dimessi in giornata(già comprese Presenza Media giorn.=Giornate Effettive/Giorni del Periodo

Curati = Esistenti+Ricoveri+Prov.Int

Letti Ponderati=Calcolo con riduzioni e chiusure Tasso di Saturazione=(Giornate Effettive \* 100)/Potenziali

Rimasti=Curati-(Dimessi+Trasf.Int)

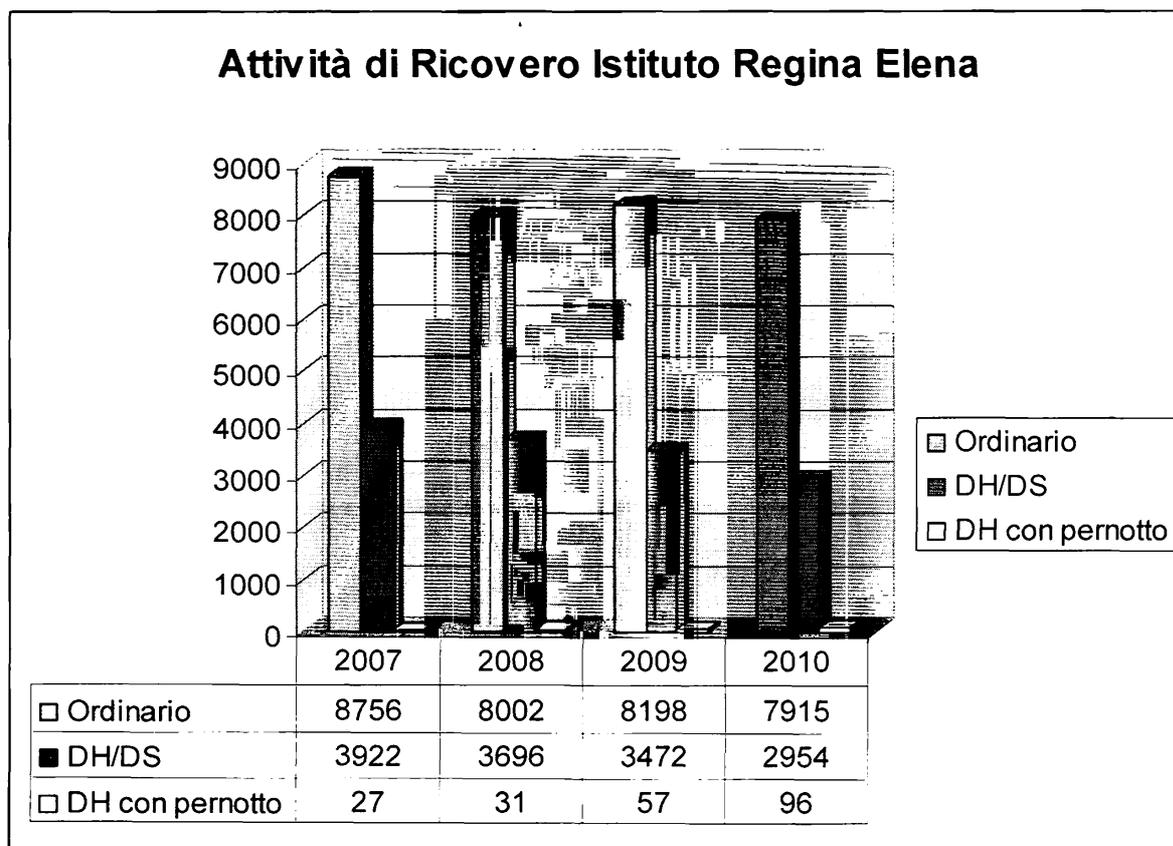
Giornate Deg.Potenziali=Letti Ponderati\*Giorni Indice Turn-over=(Potenziali-Giornate Effettive)/Curati

Dimessi=Sono già compresi i Deceduti

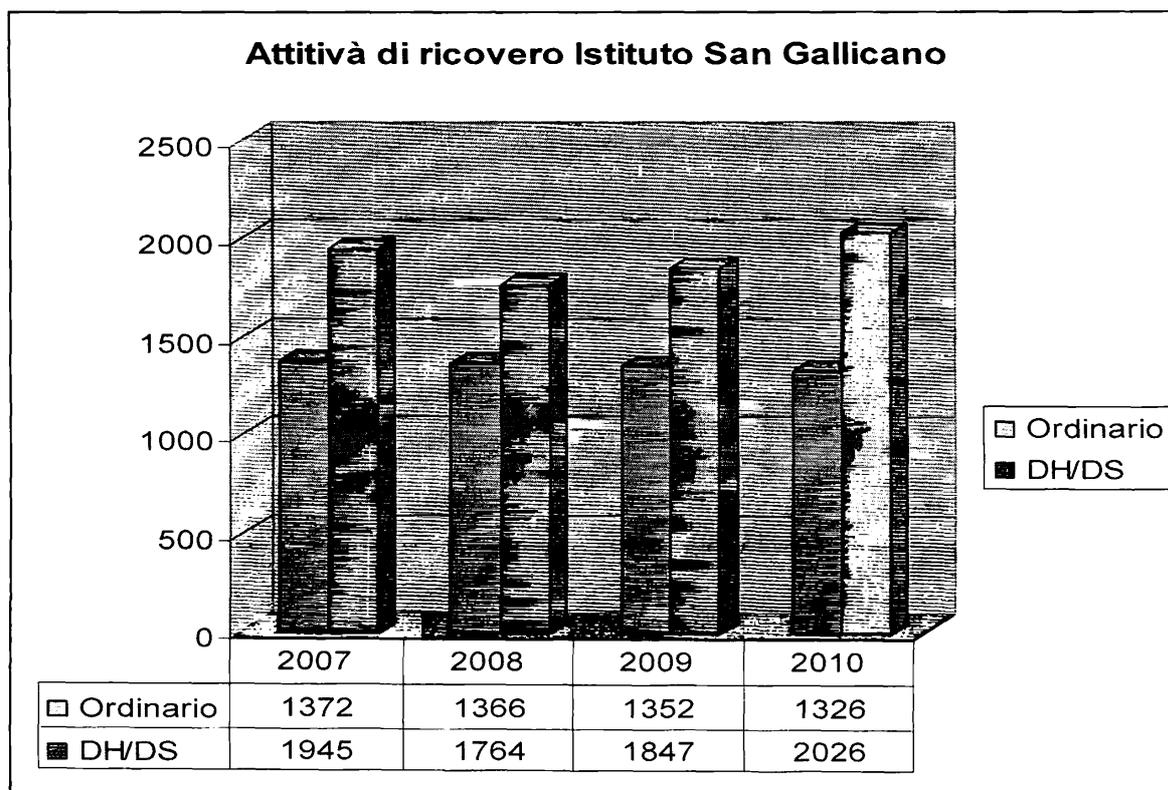
Media Degenza=Giornate Effettive/Curati

Indice di Rotazione=Curati/Letti Ponderati

N.B. Turn-over: è il periodo di tempo in cui il posto letto rimane libero - Rotazione: è il numero medio di pazienti che passano per un posto letto



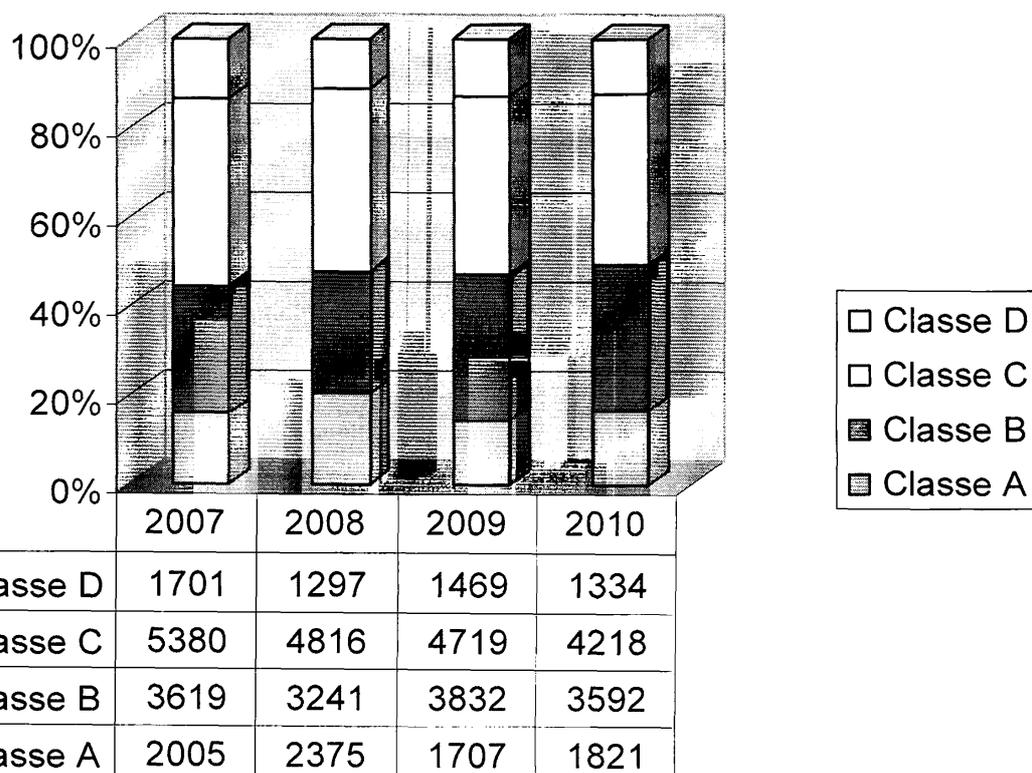
Il dati evidenziano una graduale diminuzione dell'ospedalizzazione dei pazienti dovuta allo spostamento di parte dell'attività ospedaliera verso regimi di assistenza più efficienti come il regime ambulatoriale e Day Service



Il dati evidenziano un andamento in linea con gli anni precedenti con una progressiva diminuzione dei ricoveri in regime ordinario ed un potenziamento del regime di day-hospital più appropriato per le patologie dermatologiche.

PESO MEDIO				
<b>ISTITUTO REGINA ELENA</b>				
REGIME	2007	2008	2009	2010
Ordinario	1,46	1,58	1,41	1,44
DH/DS	0,81	0,86	0,87	0,87
DH con pernottato	1,32	0,79	0,79	0,86
<b>ISTITUTO SAN GALLICANO</b>				
REGIME	2007	2008	2009	2010
Ordinario	1,08	1,15	1,08	1,13
DH/DS	0,74	0,78	0,84	0,81

### Istituto Regina Elena - Attività di Ricovero - Suddivisione per Classi



I dati evidenziano uno spostamento di ricoveri nel 2009 dalla Classe A alla Classe B per l'introduzione della nuova classificazione DRG che ha abbassato alcuni dei ricoveri più frequenti nei ns. Istituti, ma una nuova ripresa per il 2010 nonostante la stessa classificazione (aumento classe A) e diminuzione della classe D (a rischio inappropriata) e quindi maggiore complessità di ricovero ordinario.