

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

DECRETO n.            del

**OGGETTO: Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Roma F.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

**VISTA** la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

**DATO ATTO** che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

**DATO ATTO**, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'Arch. Giovanni Bissoni, con decorrenza 2 dicembre 2014, quale Sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamando in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

**VISTA** la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*” ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

**VISTA** la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali*”;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*”;

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, comma 180, della Legge 311/2004”*;
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*;

**VISTO** l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

**VISTI** altresì:

- il decreto legge c.d. *“Spending Review”* 6 luglio 2012, n. 95 recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il decreto legge c.d. *“Balduzzi”* 13 settembre 2012, n. 158 recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;
- il decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l'efficienza degli uffici giudiziari”*;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

**VISTO** il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione;

**VISTO** il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con cui sono state adottate le Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

**VISTO** il DCA n. U00259 del 6 agosto 2014 che ha approvato il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

**DATO ATTO**, in particolare, che al punto 2, lettere c) e d), del dispositivo dei DCA n.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

U00251/14 e n. U00259/14 veniva previsto che i Direttori Generali trasmettessero le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale entro il termine del 15 ottobre 2014 e che la Regione procedesse alla verifica ed approvazione di dette proposte entro il termine del 15 dicembre 2014;

**DATO ATTO**, altresì, che con il DCA n.U00331 del 15 ottobre 2014 si è disposto di differire i termini anzidetti per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, stabilendo in particolare:

1. che i Direttori Generali delle Aziende territoriali ed ospedaliere, entro il 15 novembre 2014, presentassero le proposte in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il successivo 15 gennaio 2015;
2. che i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere universitarie osservassero, invece, il seguente duplice termine:
  - a) entro il 30 novembre 2014 presentazione delle proposte al Rettore dell'Università per l'espressione del parere ed il raggiungimento dell'Intesa;
  - b) entro il 31 dicembre 2014 adozione delle proposte con atto formale e conseguente trasmissione in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il 31 gennaio 2015;

**VISTO** il DCA n. U00426 del 16 dicembre 2014 con cui, dando esecuzione a quanto disposto al punto 2, lettera e), dei DCA n.U00251/14 e n.U00259/14, si è proceduto alla costituzione della Commissione di Esperti preposta alla verifica congiunta delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale presentate alla Regione secondo i nuovi termini sopra riportati, composta da tre membri interni all'Amministrazione Regionale e da tre membri esterni scelti in ragione delle professionalità maturate in materia di organizzazione aziendale e di pianificazione strategica;

**VISTO**, altresì, il DCA n.U00048 del 2 febbraio 2015 con cui si è così disposto:

1. di prendere atto dell'impossibilità di rispettare i termini fissati per l'esame e l'approvazione delle proposte di atto aziendale e di piano strategico fissati con il DCA n.U00331/14;
2. di fissare il nuovo termine per l'esame e l'approvazione degli atti aziendali e per la condivisione dei Piani Strategici al 15 marzo 2015;
3. di prevedere che detto termine sia da considerarsi quale termine finale del procedimento, entro il quale si possa, comunque, procedere di volta in volta all'approvazione, con decreto commissariale, dei singoli piani strategici ed atti aziendali valutati positivamente dalla Commissione di Esperti a ciò deputata;
4. di rinviare a successivo provvedimento la determinazione del termine finale di approvazione dei Piani Strategici e degli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie, attesa la necessità di addivenire prioritariamente alla stipula definitiva dei Protocolli d'intesa Regione-Università;

**TENUTO CONTO** che la ASL Roma F, in conformità alle indicazioni ed alla procedura formale di cui al DCA n.U00251/14 ed al DCA n.U00259/14, ha approvato le proposte di Atto Aziendale e di Piano Strategico con la deliberazione n.1151 del 14 novembre 2014, delle quali è stata debitamente inviata copia alla Regione per l'avvio del procedimento di verifica ed approvazione;

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**PRESO ATTO** che la Commissione istituita con il DCA n.U00426/14 si è insediata il giorno 19 gennaio 2015, data della prima convocazione;

**TENUTO CONTO** che, come risultante dal verbale, i membri della Commissione, nel corso della prima riunione, hanno, tra l'altro, stabilito di procedere subito all'esame degli atti che, sulla base della prima verifica istruttoria eseguita dagli Uffici regionali, presentassero minori criticità e che, quindi, potessero essere approvati, rispetto agli altri, secondo una tempistica più rapida;

**RILEVATO** che, tra detti atti, la Commissione ha annoverato quello redatto dalla ASL Roma F, che è stato, quindi, esaminato nel corso della seconda seduta fissata per il giorno 29 gennaio 2015;

**DATO ATTO** che, sulla base delle criticità rilevate dalla Commissione, la ASL Roma F, con nota prot n. 58484 GR/11/26 del 03/02/2015, è stata invitata a rivedere l'Atto Aziendale ed a fornire i chiarimenti richiesti, con l'intesa di approvare l'Atto a seguito del recepimento di dette osservazioni;

**DATO ATTO** che il Direttore Generale della ASL Roma F, con nota prot. n. 8128 del 13/02/2015, in riscontro alla citata nota della Regione Lazio prot n. 58484 GR/11/26 del 03/02/2015, ha fornito le delucidazioni richieste;

**DATO ATTO** che la Regione, con nota prot. n. 91064 GR/11/26 del 18/02/2015 in riscontro alla predetta nota del Direttore Generale della ASL Roma F prot. n. 8128 del 13/02/2015, ha invitato l'Azienda ad apportare ulteriori modifiche all'Atto Aziendale con particolare riferimento alla necessità di ridurre il numero delle UOC ed a ripresentare l'Atto modificato nei termini richiesti;

**DATO ATTO**, pertanto, che:

- il Direttore Generale della ASL Roma F, con nota prot. n. 9756 del 23/02/2015 in riscontro alla citata nota della Regione prot. n. 91064 GR/11/26 del 18/02/2015, ha trasmesso la nuova versione dell'Atto Aziendale come richiesta dalla Commissione;
- la Commissione, nella seduta del 23/02/2015, ha preso atto dei chiarimenti e delle proposte di modifica di cui alla nota prot. n. 9756 del 23/02/2015, ritenendo il Piano Strategico condivisibile (fermo restando che la sua concreta attuazione resta comunque subordinata all'ottenimento di tutte le necessarie autorizzazioni regionali), e l'Atto Aziendale approvabile;
- la Regione, con nota prot. n. 100485 del 24/02/2015, ha conseguentemente comunicato quanto sopra al Direttore Generale, invitandolo ad adottare nuovamente l'Atto Aziendale;

**VISTA** la deliberazione del Direttore Generale della ASL Roma F n. 209 del 26 febbraio 2015 avente ad oggetto "*Approvazione nuove proposte di Atto Aziendale e di Piano Strategico 2014-2016*", adottata in conformità alla procedura formale prevista dal DCA n.U00259/14, e la nota prot. n. 10528 del 26/02/2015 con la quale detta deliberazione, corredata dei relativi allegati, è stata trasmessa in Regione;

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**RITENUTO OPPORTUNO**, pertanto,

1. approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA F, come adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 209 del 26 febbraio 2015, la cui copia, custodita presso gli uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento;

**DECRETA**

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA F, come adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 209 del 26 febbraio 2015, la cui copia, custodita presso gli uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento.




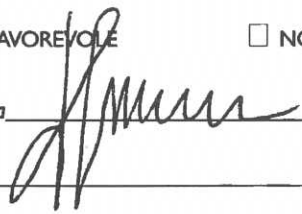
Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

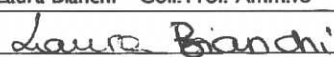
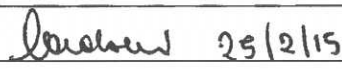
Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e comunicato alle Aziende ed agli Enti interessati.

NICOLA ZINGARETTI



**DELIBERAZIONE N. 209 DEL 26 FEB. 2015**

Struttura proponente: U.O.C. Personale Dipendente	
<b>Oggetto:</b> Approvazione nuove proposte di Atto aziendale e di Piano Strategico Aziendale 2014 - 2016	
L' estensore (Laura Bianchi)  firma	<b>IL DIRETTORE GENERALE</b>  Dott. Giuseppe Quintarelli
<b>Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito</b> <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>25-02-2015</u>	
<b>Parere del Direttore Sanitario: Dott. Lauro Sciannamea</b> <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>25-02-2015</u>	

Il Dirigente ed il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico	<b>Rilevazione di Bilancio:</b> Il Dirigente, con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico
Struttura Proponente: U.O.C. Personale Dipendente	Esercizio:
Proposta n. _____ del _____	Codice sottoconto;
Responsabile del Procedimento	Importo stanziato;
Dr.ssa Laura Bianchi – Coll. Prof. Amm.vo	Importo utilizzato;
(firma) 	Importo della delibera;
	Importo residuo finale;
<b>Il Dirigente</b>	Visto del funzionario addetto al controllo del budget: (firma)
Dott. Duilio Iacobucci	<b>Il Dirigente della U.O.C. Bilancio</b>
(firma)  25/2/15	(firma)

**IL DIRETTORE GENERALE**

- IN VIRTU'** del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00026 del 30 gennaio 2014;
- VISTO** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1 del 4 febbraio 2014;
- PREMESSO** che con Decreto del Commissario ad Acta n. U00247 del 25.07.2014 la Regione Lazio procedeva all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio;
- che con Decreto del Commissario ad Acta n. U00251 del 30.07.2014 la Regione Lazio adottava le Linee guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016;
- che con Decreto del Commissario ad Acta n. U00259 del 06.08.2014 la Regione Lazio approvava l'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;
- che con Decreto del Commissario ad Acta n. U00368 del 31.10.2014 la Regione Lazio procedeva a riorganizzare la rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014);
- che con Decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 26.11.2014 la Regione Lazio rettificava, in parte, il precedente DCA n. U00412 del 26.11.2014;
- che con nota prot. n. 18313 del 26.08.2014 la Direzione Aziendale istituiva un gruppo di lavoro con il compito di elaborare le proposte di Piano Strategico Aziendale 2014 - 2016 e di Atto aziendale;
- che, in particolare, l'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale prevedeva quali parametri standard per la individuazione delle strutture semplici e complesse del SSR, i seguenti:
- Strutture complesse ospedaliere: 1 ogni 17,5 posti letto;
  - Strutture complesse non ospedaliere: 1 ogni 13.515 residenti (per Regioni con popolazione > 2,5 mln);

- Strutture semplici: 1,31 ogni struttura complessa;

che il punto 4.1 dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale, approvato con DCA n. U00259/2014 prevedeva espressamente la riserva per la Regione Lazio di una quota di Unità Operative corrispondente al 5% del contingente complessivo delle UOC Ospedaliere e di quelle non ospedaliere;

che con nota prot. n. 0047974 del 09.09.2014 la Direzione Strategica chiedeva alla Direzione Regionale la non applicazione della decurtazione del 5%, in ragione sia della ridotta dotazione di posti letto (tutt'ora al di sotto di quanto stabilito dal D.L. n. 95 del 06.07.2012 – c.d. "Spending Review" – convertito con modificazioni dalla L. n. 135 del 07.08.2012) e della notevole espansione territoriale;

che con deliberazione del Direttore Generale n. 1151 del 14.11.2014 l'Azienda USL Roma F adottava, in linea con quanto previsto dai Decreti commissariali n. U00251 e n. U00259, sopra citati, due nuove proposte di Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016 e di Atto Aziendale, regolarmente trasmesse in Regione in data 17.11.2014;

che, con nota prot. n. 58484 del 03.02.2015 la Regione Lazio, pur ritenendo che i documenti presentati fossero tra quelli maggiormente coerenti con le Linee Guida Regionali approvate, rilevava alcune criticità per le quali ha chiesto maggiori chiarimenti e/o modifiche;

che, con nota prot. n. 8128 del 13.02.2015 l'Azienda USL Roma F, nell'accogliere le modifiche richieste e nel fornire i chiarimenti necessari, trasmetteva alla Regione due nuove proposte di Piano Strategico Aziendale e di Atto Aziendale alla competente Direzione Regionale, dandone contestuale informazione alla Conferenza dei Sindaci, alle Organizzazioni Sindacali, al Collegio di Direzione ed al Consiglio dei Sanitari;

che con nota prot. n. 91064 del 18.02.2014 la Regione Lazio, pur rappresentando che i chiarimenti e le modifiche apportate dalla Azienda USL Roma F fossero di per loro esaurivi, riteneva necessario, per quanto riguardava l'Atto Aziendale, ridurre ulteriormente il numero delle strutture complesse, in ragione anche della percentuale del 5% che la stessa Regione aveva inteso riservarsi per far fronte ad esigenze di carattere sovra aziendale;

che, viste le ulteriori modifiche necessarie da dover apporre al predetto documento, la Direzione Strategica ha ritenuto necessario convocare gli



organismi coinvolti per darne formale informativa;

che, pertanto, in data 23.02.2015 sono stati convocati il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari, le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza e le Organizzazioni Sindacali del Comparto;

che, essendo andata deserta la riunione del Consiglio dei Sanitari, con nota prot. n. 3896 del 24.02.2015, gli stessi componenti sono stati informati delle modifiche effettuate;

che in data 24.02.2015 è stata indetta la Conferenza dei Sindaci;

che l'Azienda USL Roma F ha, di conseguenza, nel rispetto dei criteri, individuato nell'Atto aziendale n. 81 unità operative, secondo il seguente schema:

UOC Ospedaliere	UOS Ospedaliere	UOC non Osp.re	UOS non Osp.re	Totali
12 previste	16 previste	23 previste	30 previste	81 previste
15 definite	15 definite	20 definite	31 definite	81 definite
+3	-1	-3	+1	0

#### **RITENUTO**

quindi, di aver esperito tutte le procedure previste dai DCA n. 251/2014 e 259/2014 e di poter, dunque, adottare, quali allegati parte integrante del presente provvedimento:

- l'Atto aziendale dell'Azienda USL Roma F, con allegati funzionigramma ed organigramma;
- il Piano Strategico Aziendale 2014 - 2016 con allegate schede economiche;

**TENUTO CONTO** che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi;

#### **ATTESTATO**

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 24/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

#### **VISTI**

i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- **di prendere atto** che sono state esperite tutte le procedure previste dai DCA n. U00251 e U00259 del 2014 e, per l'effetto, adottare, quali allegati parte integrante del presente provvedimento:

- l'Atto Aziendale dell'Azienda USL Roma F, con allegati funzionigramma ed organigramma;
- il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016 con allegate schede economiche;

- **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi;

- **di stabilire**, ai sensi della deliberazione n. 703 del 13 giugno 2012, avente ad oggetto: "Adozione del nuovo sistema di pubblicità degli atti aziendali – pubblicazione sul sito web aziendale", che il presente atto potrà essere pubblicato integralmente sul sito web Aziendale;

- la struttura complessa Affari Generali curerà gli adempimenti previsti dagli art. 4 e 6 del regolamento approvato con deliberazione n. 846 del 18 luglio 2006.

La presente deliberazione è composta di n. 218 pagine di cui n. 213 pagine di allegati nei termini indicati.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dott. Giuseppe Quintavalle)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA F



# ATTO AZIENDALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.      DEL



## Indice

1 *Premessa*

2 *Normativa di riferimento*

### 3 **Capo I – L’Azienda Unità Sanitaria Locale Roma F**

Art. 1 Denominazione, sede, logo e patrimonio, 3 — Art. 2 Il territorio: popolazione, caratteristiche socio demografiche ed organizzazione, 4 — 2.1 Il sistema viario, 5 — 2.2 Caratteristiche socio-economiche e demografiche della popolazione, 7 — 2.3 Il quadro epidemiologico, 9 — 2.4 Organizzazione aziendale, 9 — Art. 3 La mission, 16 — Art. 4 Politiche sanitarie, 17 — 4.1 Gestione della cronicità, 17 — 4.2 La presa in carico, 17 — 4.3 I percorsi assistenziali, 18 — 4.4 La continuità assistenziale, 18 — 4.5 La prevenzione, 18 — Art. 5 La strategia aziendale, 18 — Art. 6 Principi ispiratori, 19 — Art. 7 L’Azienda e il cittadino, 19 — Art. 8 Politiche di sviluppo del personale, 20 — Art. 9 Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, 20 — Art. 10 L’Azienda e le rappresentanze sindacali, 21 — Art. 11 L’Azienda e la società, 21 — Art. 12 L’Azienda e le istituzioni, 22 — Art. 13 Modelli di gestione e know how tecnologico, 22

### 23 **Capo II – L’assetto istituzionale**

Art. 14 Gli organi, 23 — Art. 15 L’assetto istituzionale, 23 — Art. 16 Il Direttore Generale, 23 — Art. 17 Il Collegio di Direzione, 24 — Art. 18 Il Collegio Sindacale, 25 — Art. 19 Direzione strategica, 25 — 19.1 Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, 26 — 19.2 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, 27 — Art. 20 Organismo indipendente di valutazione della performance, 27, — Art. 21 Il Consiglio dei Sanitari, 28 — Art. 22 Il Comitato Etico, 29 — Art. 23 La Conferenza Sanitaria Locale – Conferenza dei Sindaci, 30 — Art. 24 Consulta sanitaria, 30 — Art. 25 Audit Civico, 31 — Art. 26 Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), 31 — Art. 27 Altri organismi, 32

### 33 **Capo III – La struttura organizzativa**

Art. 28 Criteri generali di organizzazione, 33 — Art. 29 Organizzazione sanitaria, 33 — Art. 30 I Distretti, 34 — 30.1 Forme organizzative dei distretti, 36 — 30.2 Coordinamento funzionale, 36 — 30.3 Coordinamento professionale, 37 — 30.4 Ufficio di coordinamento attività distrettuali, 37 — 30.5 La Commissione distrettuale per l’appropriatezza prescrittiva, 38 — 30.6 Il Punto Unico di Accesso (PUA), 39 — 30.7 Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, 39 — 30.8 Integrazione sociosanitaria, 39 — 30.9 Integrazione Ospedale Territorio, 40 — 30.10 Area delle dipendenze, 40 — 30.11 Area della sanità penitenziaria, 41 — 30.12 Coordinamento funzionale tra Distretto e Dipartimenti, 41 — Art. 31 Dipartimenti, 42 — 31.1 Dipartimento di prevenzione, 45 — 31.2 Dipartimento di salute mentale, 46 — Art. 32 Il Dipartimento delle professioni sanitarie, 47 — Art. 33 Le Unità Operative, 47 — Art. 34 Casa della Salute, 48 — Art. 35 Il Polo Ospedaliero ASL RMF, 48

## **50 Capo IV – Sistemi e strumenti di gestione**

Art. 36 Il bilancio di missione e il bilancio di mandato, 50 — Art. 37 La pianificazione strategica, 50 — Art. 38 Il budget, 50 — Art. 39 La gestione e valutazione delle responsabilità, 51 — 39.1 Controllo di gestione, 51 — Art. 40 Il governo clinico e assistenziale, 52 — 40.1 Ufficio del risk management per la gestione del rischio clinico, 52 — 40.2 Sistema integrato di gestione dei rischi, 52 — 40.3 Servizio di Prevenzione e Protezione, 53 — 40.4 Modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, 53 — Art. 41 La libera professione intramuraria, 54 — Art. 42 Contratti in materia di fornitura di beni e servizi, 54 — Art. 43 La carta dei servizi, 54 — Art. 44 I Regolamenti aziendali, 55 — Art. 45 Total Quality Management (TQM) e sviluppo organizzativo, 55

## **56 Capo V – Incarichi ed assegnazione delle responsabilità**

Art. 46 Gli incarichi, 56 — Art. 47 L'attribuzione delle competenze, 56 — Art. 48 La revoca degli incarichi, 56 — Art. 49 Norme finali, transitorie e di rinvio, 57

## **Allegati**

Allegato 1 – Funzionigramma

Allegato 2 – Organigramma



## Premessa

L'atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (ex articolo 2, comma 2-sexies, del D.Lgs n. 502/1992 come modificato dall'art. I del D.Lgs n. 168/2000).

La ASL Roma F storicamente nasce dall'accorpamento delle ex USL Roma 21, 22 e 23. Il suo territorio è di ca 1.317 Km<sup>2</sup> su cui insiste una popolazione di oltre 323.595 abitanti residenti cui vanno aggiunte le migliaia di persone che vi soggiornano nei periodi estivi, gli oltre 12.000 croceristi che in media vi giungono quotidianamente e le centinaia di detenuti ristretti nei due penitenziari di Civitavecchia.

Questo territorio, dal punto di vista orografico, presenta delle varietà: da un ambiente tipicamente montano ad un ambiente collinare, lacustre e marino. Le attività produttive incidenti sui bisogni di salute della popolazione assistita sono caratterizzate da estrema diversità, vedendo il territorio aree ad altissimo insediamento industriale con la presenza della più importante centrale termoelettrica del Centro Italia, il più importante sistema portuale passeggeri del Mediterraneo, la presenza di aree ex industriali ad alta contaminazione, attività zootecniche con il più vasto allevamento brado d'Italia, attività artigianali con l'utilizzazione di tecnologie avanzate e attività turistico terziarie ed agricole.

Inoltre, nel territorio della ASL Roma F esistono, al momento, discariche per il conferimento dei rifiuti, un numero importante di insediamenti militari anche di grande importanza strategica, dove stabilmente ruotano 1500/1800 militari, che fanno aumentare i residenti e le esigenze territoriali e una grandissima potenzialità turistica stanziale composta di moltissimi stranieri, oltre che di usufruttori giornalieri e del fine settimana.

Anche gli aspetti della logistica, al di là degli aspetti di criticità connessi con il traffico, mentre da una parte non ha visto miglioramenti nel sistema di comunicazione su gomma né verso la confinante Provincia di Viterbo, né verso la confinante Provincia di Rieti, ha invece ulteriormente implementato le direttrici romanocentriche favorendo un'importante esportazione verso nosocomi romani. Questo risulta particolarmente evidente nella Media Valle del Tevere e Nord orientale romano.

L'Azienda, soffre da tempo, in ragione dei vincoli imposti dal Piano di Rientro e dal commissariamento della Sanità regionale, di una carenza d'organico e di una carenza di risorse strumentali.

Si intendere rivolgere particolare attenzione all'erogazione di prestazioni a livello territoriale. Gli ospedali dovranno fungere prevalentemente nell'erogare interventi in acuzie/urgenza vedendo nelle strutture territoriali i luoghi in cui implementare in primis le attività preventive e conseguentemente erogare prestazioni sanitarie in integrazione con quelle sociali che soddisfino primariamente ad ottiche di prevenzione secondaria e terziaria.



Pertanto le professionalità ospedaliere dovranno necessariamente rivolgere la loro attenzione anche verso il territorio creando un legame di fiducia e di disponibilità con le popolazioni che vivono attualmente in aree lontane dai nosocomi aziendali di riferimento.

### *Normativa di riferimento*

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'Azienda trova il suo principale riferimento, oltre che nelle leggi nazionali e regionali di settore, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e negli Accordi Collettivi Nazionali, nella seguente normativa:

- D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm. ed ii;
- D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. ed ii;
- D. Lgs. n. 150/2009 e ss.mm. ed ii;
- D. Lgs. n. 286/1999 e ss.mm. ed ii;
- Legge n. 59/1997;
- Legge n. 69/2009;
- D.L. 78/2010, così come convertito con modificazioni dalla Legge n. 122/2010;
- D.L. 95/2012, così come convertito con modificazioni dalla Legge n. 135/2012;
- D.L. 158/2012, così come convertito con modificazioni dalla Legge n. 189/2012;
- L.R. n. 18/1994 e ss.mm. ed ii;
- L.R. n. 1/2011;
- L.R. n. 7/2014

Inoltre il presente Atto aziendale è stato redatto in coerenza con i principi, gli obiettivi e gli interventi previsti nei Programmi Operativi 2013-2015 e nei provvedimenti agli stessi collegati, con particolare riguardo alla riorganizzazione dell'offerta assistenziale secondo il modello delle reti cliniche integrate "hub & spoke", al potenziamento delle cure primarie per la garanzia della continuità assistenziale, nonché allo sviluppo della rete territoriale verso modelli di pratica territoriale con le caratteristiche della sanità di iniziativa.

## Capo I

### L'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA F

**SOMMARIO:** Art. 1 Denominazione, sede, logo e patrimonio, 3 — Art. 2 Il territorio: popolazione, caratteristiche socio-demografiche ed organizzazione, 4 — 2.1 Il sistema viario, 5 — 2.2 Caratteristiche socio-economiche e demografiche della popolazione, 7 — 2.3 Il quadro epidemiologico, 9 — 2.4 Organizzazione aziendale, 9 — Art. 3 La mission, 16 — Art. 4 Politiche sanitarie, 17 — 4.1 Gestione della cronicità, 17 — 4.2 La presa in carico, 17 — 4.3 I percorsi assistenziali, 18 — 4.4 La continuità assistenziale, 18 — 4.5 La prevenzione, 18 — Art. 5 La strategia aziendale, 18 — Art. 6 Principi ispiratori, 19 — Art. 7 L'Azienda e il cittadino, 19 — Art. 8 Politiche di sviluppo del personale, 20 — Art. 9 Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, 20 — Art. 10 L'Azienda e le rappresentanze sindacali, 21 — Art. 11 L'Azienda e la società, 21 — Art. 12 L'Azienda e le istituzioni, 22 — Art. 13 Modelli di gestione e know how tecnologico, 22

#### Art. 1 - *Denominazione, sede, logo e patrimonio*

1. L'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma F, istituita il 1° luglio 1994, con Leggi Regionali n. 18 e 19, del 16.06.1994, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.

2. La sede legale è a Civitavecchia, in via Terme di Traiano, 39 a.

3. Il sito internet aziendale è: [WWW.ASLRME.IT](http://WWW.ASLRME.IT)

4. Il logo ufficiale è costituito dalla scritta «SISTEMA SANITARIO REGIONALE - ASL ROMA F» e dal simbolo sotto rappresentato.



5. Il logo ufficiale verrà esposto in tutte le manifestazioni cui l'Azienda parteciperà ufficialmente con propri rappresentanti.

6. Il patrimonio dell'azienda è costituito da tutte le risorse, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali.



7. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

*Art. 2 - Il territorio: popolazione, caratteristiche socio demografiche ed organizzazione*

I. L'Azienda USL RM/F (vedi Figura 1) si estende su un territorio di circa 1.317 Km<sup>2</sup> e comprende 28 Comuni. La popolazione residente è pari a 323.595 abitanti con una densità media di circa 246 abitanti per km<sup>2</sup>. Il territorio della Asl si sviluppa entro un arco di oltre 160 Km, partendo da Nord-Est, ai confini di Roma, fino ad Ovest, ai margini costieri della provincia di Viterbo.

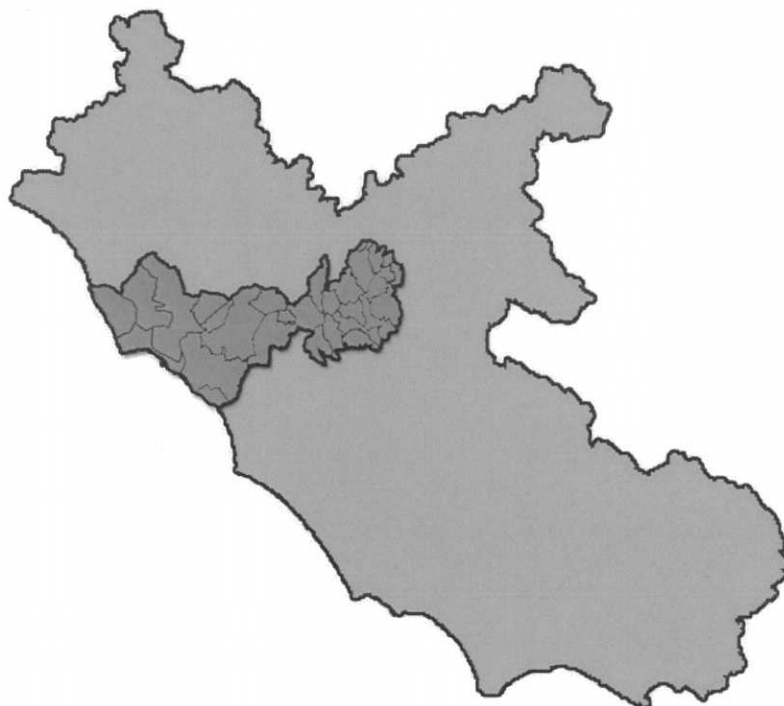


Figura 1

L'Azienda si articola in 4 Distretti (vedi Figura 2):

- Distretto F 1 costituito dai Comuni di: Civitavecchia, Allumiere, Tolfa, Santa Marinella.
- Distretto F 2 costituito dai Comuni di: Ladispoli e Cerveteri.
- Distretto F 3 costituito dai Comuni di: Bracciano, Anguillara Sabazia, Trevignano Romano, Manziana, Canale Monterano.
- Distretto F 4 costituito dai Comuni di: Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina.

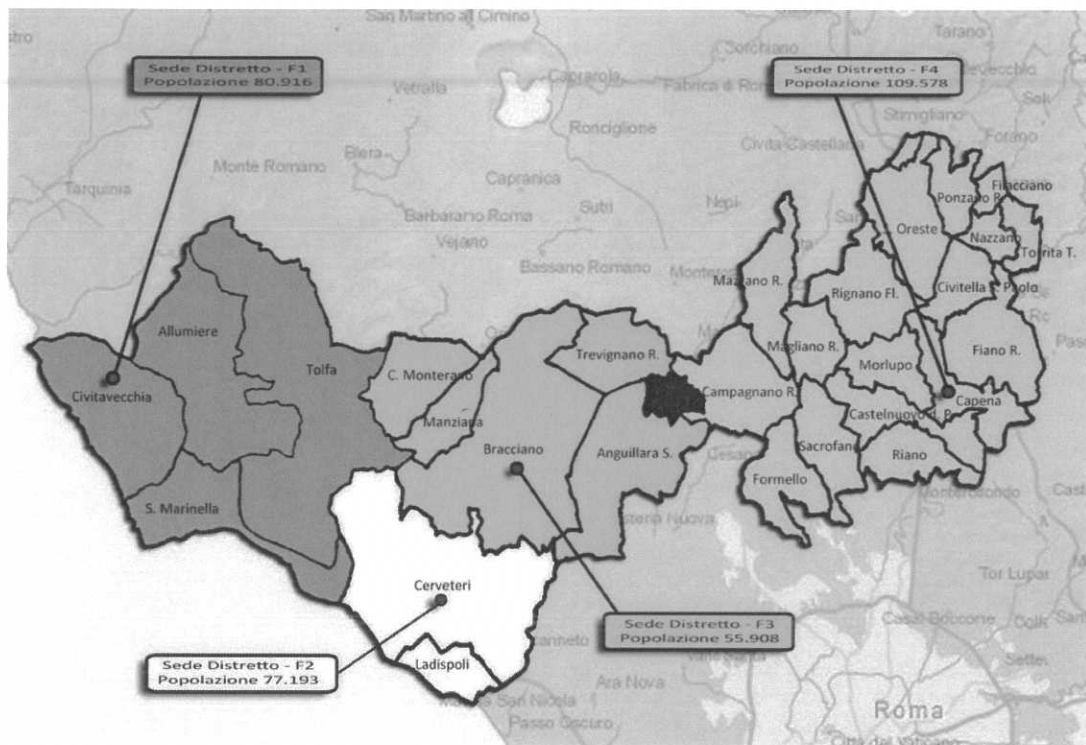


Figura 2

Il distretto F1 è ad Ovest della Asl e comprende la città di Civitavecchia, mentre l'F2 si sviluppa a Sud, lungo il litorale tirrenico. Il distretto F3 si estende intorno al lago di Bracciano e l'F4, con i suoi 17 Comuni, è il più esteso e popoloso della Roma F e si colloca a Est/Nord-Est della ASL. Le sedi dei quattro Distretti sono nell'ordine: Civitavecchia, Cerveteri, Bracciano e Capena.

### 2.1 - Il sistema viario

La rete viaria interna a disposizione dei cittadini della ASL RMF non permette veloci spostamenti funzionali alla piena fruizione dei presidi esistenti (vedi Figura 3).

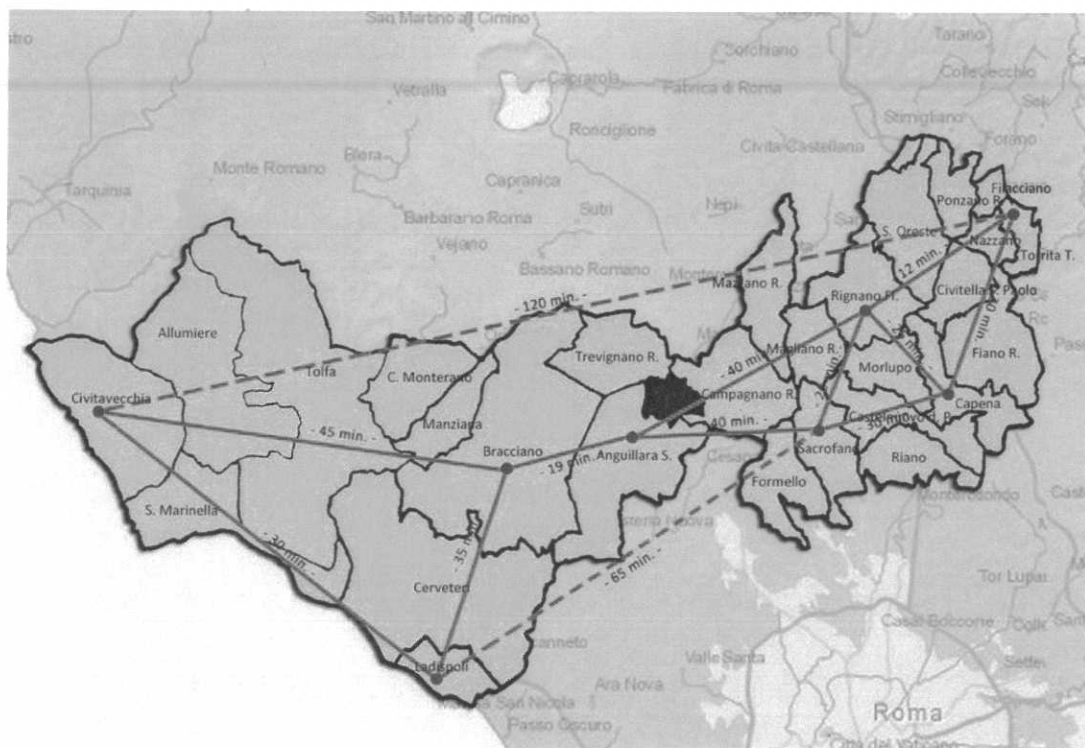


Figura 3

Sul versante litoraneo del territorio di competenza aziendale è primaria l'importanza dell'Autostrada Roma-Civitavecchia (e della parallela via Aurelia) che di fatto costituisce una sorta di corridoio che unisce velocemente i comuni marittimi del distretto F1 e F2 (Civitavecchia, Santa Marinella, Ladispoli/Cerveteri) con Roma Sud e, quindi, con le realtà dei grandi presidi ospedalieri della Capitale. Lo stesso asse viario, che a nord di Civitavecchia diventa Via Aurelia, fornisce una modalità di collegamento con l'Ospedale di Tarquinia e con l'Ospedale Belcolle di Viterbo.

L'entroterra territorialmente corrispondente al distretto F4 è servito anch'esso da un asse nord-sud costituito dall'autostrada A1 che permette di servire i principali centri abitati.

Il collegamento est-ovest, congiungente l'autostrada A1 con l'Autostrada Roma-Civitavecchia, è di fatto costituito da un insieme di strade classificate provinciali, che, sebbene a basso indice di traffico, per sua conformazione orografica non consente rapidi spostamenti trasversali nel territorio. Questa viabilità permette di raggiungere gli estremi est (S. Oreste) ed ovest (Cerveteri) in circa due ore (oltre 2 ore se si vuole raggiungere Civitavecchia).

Per ovviare a questa minore mobilità, occorre utilizzare le grandi arterie autostradali e il GRA, rimanendo comunque più pratico anche per tutto l'entroterra usufruire delle strutture ospedaliere di Roma. Per i residenti del territorio del Distretto F4 vi è, inoltre, la possibilità di usufruire delle strutture sanitarie della confinante ASL di Rieti.

Le caratteristiche oro-geografiche, unite alla carenza dei collegamenti viari e di trasporto pubblico, rendono necessaria la frammentazione delle attività sul territorio e difficoltoso il processo di



accentramento e razionalizzazione dei servizi. Le stesse caratteristiche territoriali favoriscono la migrazione verso le strutture sanitarie della capitale e delle Asl confinanti.

## 2.2 - Caratteristiche socio-economiche e demografiche della popolazione

La popolazione residente nei 28 comuni della ASL, secondo i dati ISTAT relativi al 31 dicembre 2013, ammonta a 323.595 abitanti.

Il porto di Civitavecchia inoltre ha registrato nel 2013 il passaggio di oltre 2 milioni e mezzo di crocieristi, a cui si aggiungono i passeggeri dei numerosi servizi marittimi di linea.

L'intero territorio è interessato da rilevanti fenomeni di pendolarismo giornaliero verso la capitale, per motivi di lavoro e di studio.

Rilevante è la presenza di nuclei di popolazione immigrata, a volte con alte concentrazioni in comuni di piccole dimensioni. Secondo il "Rapporto dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni 2014", Ladispoli risulta fra i dieci comuni laziali, esclusa Roma, con più residenti stranieri. Per incidenza percentuale, fra i comuni che si collocano ai vertici della graduatoria di quelli con il più alto tasso di residenti stranieri vi sono Rignano Flaminio con il 16,7%, Campagnano di Roma con il 15,9% e Ladispoli con il 15,6%. Tutti i comuni romani nel 2012 hanno conosciuto incrementi di residenti stranieri: tra il 2011 e il 2012 nella provincia di Roma l'incremento dei residenti complessivi è stato del +1,1%, quello dei soli residenti stranieri del +11,4%.

La popolazione ha fatto registrare nell'ultimo decennio un notevole incremento, assai più rilevante, anche per gli aspetti sanitari, se si considera la classe d'età degli ultrasessantacinquenni (vedi Tavola I).

Tavola I

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento nel periodo
<b>Totale</b>	251.184	259.211	272.652	275.473	283.591	288.751	297.910	307.987	315.255	318.904	307.323	323.595	72.411
<b>Incremento %</b>		3,20%	5,20%	1,10%	2,80%	1,80%	3,20%	3,40%	2,40%	1,20%	-3,50%	5,20%	29%
<b>Popolazione 65+</b>	38.483	40.667	43.370	44.358	45.702	47.291	48.756	50.584	52.249	53.437	54.213	58.967	20.484
<b>Incremento %</b>		5,70%	6,60%	2,30%	3,00%	3,50%	3,10%	3,70%	3,30%	2,30%	1,50%	8,80%	53%
<b>Popolazione 0-14</b>	38.737	40.086	41.737	42.029	43.047	43.626	44.922	46.369	47.587	48.096	46.830	47.757	9.020
<b>Incremento %</b>		3,50%	4,10%	0,70%	2,40%	1,30%	3,00%	3,20%	2,60%	1,10%	-2,60%	2,00%	23%

Tavola 2

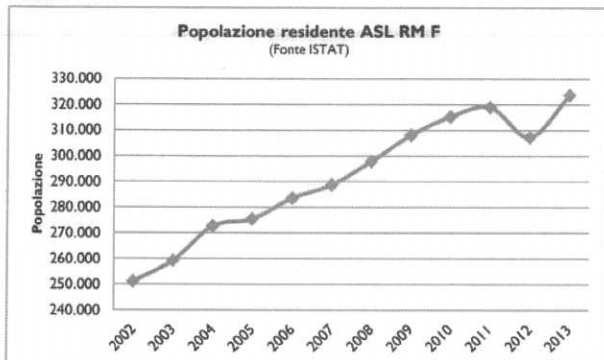
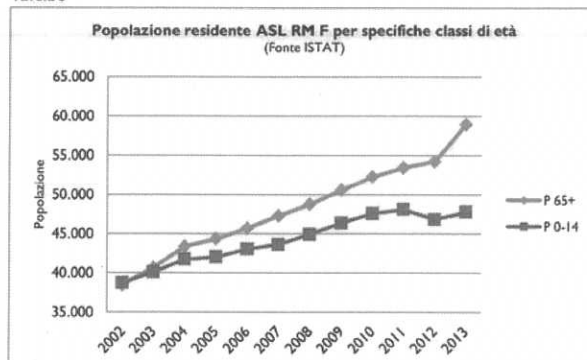


Tavola 3



La diminuzione che si registra nell'anno 2012 è dovuta alle rettifiche anagrafiche che sono seguite al Censimento Generale della popolazione del 2011 (vedi Tavole 2 e 3).

Tavola 4

**Proporzione di giovani al 1° gennaio 2014**

Ripartizione	Popolazione 0-14			%
	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	
Distretto F1	5.636	5.273	10.909	13,5
Distretto F2	6.264	5.701	11.965	15,5
Distretto F3	4.359	4.075	8.434	15,1
Distretto F4	9.013	8.436	17.449	15,9
ASL RM F	25.272	23.485	48.757	15,1
Prov. Roma	313.138	294.381	607.519	14,1
Lazio	417.914	393.748	811.662	13,8
Italia	4.348.146	4.099.987	8.448.133	13,9

Fonte ISTAT

Tavola 5

**Proporzione di anziani al 1° gennaio 2014**

Ripartizione	Popolazione 65+			%
	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	
Distretto F1	7.374	9.900	17.274	21,3
Distretto F2	5.890	7.306	13.196	17,1
Distretto F3	4.701	5.851	10.552	18,9
Distretto F4	8.130	9.815	17.945	16,4
ASL RM F	26.095	32.872	58.967	18,2
Prov. Roma	368.145	508.994	877.139	20,3
Lazio	511.657	689.832	1.201.489	20,5
Italia	5.570.070	7.444.872	13.014.942	21,4

Fonte ISTAT

Tavola 6

**Indice di vecchiaia<sup>1</sup> al 1° gennaio 2014**

Distretto F1	158,3
Distretto F2	110,3
Distretto F3	125,1
Distretto F4	102,8
ASL RM F	120,9
Prov. Roma	144,4
Lazio	148,0
Italia	154,1

Fonte ISTAT

Tavola 7

**Tasso di natalità<sup>2</sup> al 1° gennaio 2014**

Distretto F1	8,1
Distretto F2	8,6
Distretto F3	9,9
Distretto F4	10,3
ASL RM F	9,3
Prov. Roma	8,8
Lazio	8,7
Italia	8,4

Fonte ISTAT

<sup>1</sup> Rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e più) e i giovani (0-14).

<sup>2</sup> Rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per mille abitanti).

In particolare i distretti F2 e F4 presentano popolazioni assai più giovani e dinamiche dal punto di vista demografico, mentre il distretto F1 si caratterizza per una popolazione particolarmente anziana, anche rispetto alla media provinciale e regionale (vedi Tavole 4-7).

### 2.3 - Il quadro epidemiologico

Il quadro epidemiologico che si rappresenta, il quale evidenzia non pochi aspetti critici sullo stato di salute della popolazione della ASL RM F, è basato sulle tabelle statistiche epidemiologiche contenute nel Decreto del Commissario ad acta n. 480 del 6.12.2013, che fanno riferimento all'anno 2011.

La ASL RM F ha il tasso generale standardizzato di mortalità più elevato tra tutte le ASL del Lazio.

Il tasso standardizzato per 100.000 residenti, nel Lazio, è 596,0 nei maschi e 378,4 nelle femmine.

Il tasso standardizzato della RM F è 641,8 per i maschi e 423,6 per le femmine.

Di conseguenza, il rischio relativo (RR), cioè il rapporto tra il tasso standardizzato della ASL RM F ed il tasso standardizzato regionale, è di 1,08 per i maschi e di 1,12 per le femmine.

Se si passa all'analisi della mortalità per cause specifiche, troviamo rischi relativi elevati, in particolare, nei maschi per la mortalità dovuta a tumori maligni (RR maschi=1,13) e nelle femmine per la mortalità dovuta a malattie del sistema circolatorio (RR femmine=1,16).

Correlativi ai tassi di mortalità sono i tassi di ricovero ordinario della popolazione adulta (età 15+), più elevati rispetto a quelli del Lazio se si sommano tutte le cause di ricovero, e particolarmente elevati in relazione a tumori maligni e malattie del sistema circolatorio.

Anche l'ospedalizzazione complessiva della popolazione in età pediatrica (0-14 anni) presenta tassi più elevati rispetto a quelli regionali, e con riferimento a cause specifiche è elevata per i tumori maligni nelle femmine.

Infine, è relativamente alta la prevalenza di alcune malattie croniche (broncopneumopatia cronico ostruttiva e diabete) e l'incidenza di eventi coronarici acuti.

### 2.4 – Organizzazione aziendale

1. L'Azienda è organizzata in:

- N. 4 Dipartimenti
- N. 1 Dipartimenti interaziendali
- N. 4 Aree funzionali
- N. 81 Unità Operative (di cui: n. 35 UOC [n. 15 ospedaliere, n. 20 territoriali] – n. 46 UOS [n. 15 ospedaliere, n. 31 territoriali])

2. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

3. Il Polo Ospedaliero ASL RMF è composto dal presidio ospedaliero "San Paolo" di Civitavecchia, sede di DEA di 1° livello e dal presidio ospedaliero "Padre Pio" di Bracciano. Al polo ospedaliero è preposto un Direttore Sanitario Ospedaliero con il compito di coordinare le aree funzionali e dei servizi dei due presidi. I relativi posti letto distinti per specialità, direttamente gestiti ed autorizzati dalla Regione, sono riportati nella seguente Tabella 1:



Tabella I

## Ospedale San Paolo - Civitavecchia

Area	Cod.	Descrizione	Posti letto		
			ord	dh	Totali
M	08	CARDIOLOGIA	12	0	12
M		AREA MEDICA	50	0	50
M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	0	8	8
			<b>62</b>	<b>8</b>	<b>70</b>
C		AREA CHIRURGICA	50	0	50
C	14	CHIRURGIA VASCOLARE	6	0	6
C	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	5	5
			<b>56</b>	<b>5</b>	<b>61</b>
AC	49	TERAPIA INTENSIVA	8	0	8
AC	50	UNITA' CORONARICA	4	0	4
AC	51	ASTANTERIA / BREVE OSSERVAZIONE / MEDICINA D'URGENZA	10	0	10
			<b>22</b>	<b>0</b>	<b>22</b>
MIP	37	OSTETRICIA	16	0	16
MIP	39	PEDIATRIA	3	0	3
MIP	62	NEONATOLOGIA	2	0	2
			<b>21</b>	<b>0</b>	<b>21</b>
	40	PSICHIATRIA	16	0	16
			<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
Totale posti letto Ospedale San Paolo - Civitavecchia			177	13	190

## Ospedale Padre Pio - Bracciano

Area	Cod.	Descrizione	Posti letto		
			ord	dh	Totali
	26	MEDICINA GENERALE	20	0	20
	09	CHIRURGIA GENERALE	10	0	10
			<b>30</b>	<b>0</b>	<b>30</b>
C	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	0	10	10
			<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
Totale posti letto Presidio Padre Pio - Bracciano			30	10	40
Totale complessivo posti letto ASL RMF			207	23	230



4. Incarichi Professionali di Alta Specializzazione, Incarichi Professionali di Base, Posizioni Organizzative e Incarichi di Coordinamento verranno definiti nell'ambito del "Regolamento Aziendale", nel rispetto dei vincoli imposti dalle normative nazionali e regionali.

5. L'Azienda si avvale alla data del 31.12.2013 del personale dipendente riportato nella seguente Tabella 2:

Tabella 2

Ruolo	Tipo Dipendente	Tipologia contratto	Numero
Sanitario	Dirigenza Medica	Indeterminato	276
Sanitario	Dirigenza Medica	Determinato	38
Sanitario	Dirigenza Sanitaria non Medica	Indeterminato	51
Sanitario	Dirigenza Sanitaria non Medica	Determinato	7
Sanitario	Comparto	Indeterminato	779
Sanitario	Comparto	Determinato	60
Totale			1.211
Professionale	Dirigenza	Indeterminato	1
Totale			1
Tecnico	Dirigenza	Indeterminato	4
Tecnico	Comparto	Indeterminato	123
Tecnico	Comparto	Determinato	8
Totale			135
Amministrativo	Dirigenza	Indeterminato	7
Amministrativo	Comparto	Indeterminato	269
Amministrativo	Comparto	Determinato	15
Totale			291
Totale complessivo			1.638





7. In quanto segue si riporta la Tabella 3 delle strutture sanitarie autorizzate ed accreditate che in insistono sul territorio aziendale:

Tabella 3

Distretto	Denominazione	Comune	Codice NSIS	Tipologia	Codice branca / disc.na	Descrizione branca/disciplina	PL
FI	CASA DI CURA "SILIGATO"	CIVITAVECCHIA	101100	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
					08	CARDIOLOGIA	
					09	CHIRURGIA GENERALE	
					34	OCULISTICA	
					36	ORTOPEDIA	
					37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
					38	OTORINOLARINGOIATRIA	
					69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIO DIAGNOSTICA	
P08	APA						
FI	C.D. BUONARROTI	CIVITAVECCHIA	101400	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
FI	SALUS CIVITAVECCHIA	CIVITAVECCHIA	101500	PRESIDIO AMBULATORIALE	56	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	
					69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RAD DIAGNOSTICA	
FI	C.D. RIVIERA	SANTA MARINELLA	102300	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
					P08	APA	
FI	C.D. BRAMANTE	CIVITAVECCHIA	109300	PRESIDIO AMBULATORIALE	79	RISONANZA MAGNETICA	
FI	CASA DI CURA SILIGATO	CIVITAVECCHIA	120140	CASA DI CURA	09	CHIRURGIA GENERALE	11
					98	DAY SURGERY	5
FI	S.CECILIA	CIVITAVECCHIA	120239	PRESIDIO MULTIFUNZIONALE (EX ART. 26)		RESIDENZIALE	94
						SEMIRESIDENZIALE	21
						AMBULATORIALE	

Distretto	Denominazione	Comune	Codice NSIS	Tipologia	Codice branca / disc.na	Descrizione branca/disciplina	PL
FI	MEDICAL SPURI	CIVITAVECCHIA	120389	PRESIDIO AMBULATORIALE (EX ART. 26)			
FI	ISTITUTO "CLIMATICO S. VOLTO"	SANTA MARINELLA	120197	LUNGODEGENZA	60	LUNGODEGENTI	22
FI	BELLOSQUARDO	CIVITAVECCHIA	109400	RSA		RESIDENZIALE	58
FI	MADONNA DEL ROSARIO	CIVITAVECCHIA	120147	RSA		RESIDENZIALE	60
FI	OASI TABOR	SANTA MARINELLA	108600	RSA		RESIDENZIALE	40
FI	REGINA COELORUM	SANTA MARINELLA	110600	RSA		RESIDENZIALE	56
FI	ISTITUTO S. VOLTO	SANTA MARINELLA	120197	RSA		RESIDENZIALE	40
FI	RSA Santa Marinella	SANTA MARINELLA	110620	RSA		RESIDENZIALE	100
FI	QUINTA STELLA	TOLFA	110610	RSA		RESIDENZIALE	58
FI	La Gatta	SANTA MARINELLA	110630	COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA		RESIDENZIALE	9
FI	VILLA SERGETO	CIVITAVECCHIA		COMUNITA' TERAPEUTICA PER PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA			8
FI	PROGETTO TERAPEUTICO FRATELLO SOLE"	SANTA MARINELLA	110640	COMUNITA' TERAPEUTICA PER PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA		Nuovo accreditamento	
F2	SALUS DI ROBERTO ALABISO & C	LADISPOLI	203100	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
F2	CMR BIOMEDICA	LADISPOLI	203101	PRESIDIO AMBULATORIALE	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RAD DIAGNOSTICA	
F2	DIAPERUM ITALIA	LADISPOLI	208500	PRESIDIO AMBULATORIALE	29	NEFROLOGIA	
F2	MANTMED	LADISPOLI	209200	PRESIDIO AMBULATORIALE	08	CARDIOLOGIA	
F2	IRMED	LADISPOLI	209600	PRESIDIO AMBULATORIALE	56	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	

Distretto	Denominazione	Comune	Codice NSIS	Tipologia	Codice branca / disc.na	Descrizione branca/disciplina	PL
F2	PIANETA RIABILITAZIONE	CERVETERI	120359	PRESIDIO AMBULATORIALE (EX ART. 26)			
F2	S.LUIGI GONZAGA	LADISPOLI	208700	RSA		RESIDENZIALE	111
F3	L.A.C.M. IANNACCONI	BRACCIANO	303600	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
F3	STUDIO RADIODIAGNOSTICO	BRACCIANO	303700	PRESIDIO AMBULATORIALE	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RAD DIAGNOSTICA	
F3	C.D. SABATINO	ANGUILLARA	304700	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
					69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RAD DIAGNOSTICA	
F3	PROGETTO PSICOTERAPEUTICO GIACOMO CUSMANO	ANGUILLARA		COMUNITA' TERAPEUTICA PER PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA		ACCOGLIENZA	16
						RECUPERO	32
F3	L.A. PRAECILIA	MANZIANA	304800	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	
F3	LE QUERCE "CASA DEI NONNI"	MANZIANA	109500	RSA		RESIDENZIALE	36
F3	S. RAFFAELE TREVIGNANO	TREVIGNANO ROMANO	308800	RSA		RESIDENZIALE	56
F3	TERME DI STIGLIANO	CANALE MONTERANO	307700	STABILIMENTO TERMALE	89.90.1	FANGOTERAPEUTICO	
					89.90.2	FANGOTERAPEUTICO E BAGNOTERAPEUTICO	
					89.90.3	BAGNOTERAPEUTICO	
					89.91.1	GROTTA SUDATORIA	
					89.91.2	CURE INALATORIE	
					89.93.2	SORDITA' RINOGENA	
F4	STUDIO RADIOLOGICO FASANELLI	FORMELLO	405300	PRESIDIO AMBULATORIALE	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RAD DIAGNOSTICA	
F4	RES MEDICA	FORMELLO	405301	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI - RADIOIMMUNOLOGIA	

Distretto	Denominazione	Comune	Codice NSIS	Tipologia	Codice branca / disc.na	Descrizione branca/disciplina	PL
F4	LAB. SALVATORI	SACROFANO	506600	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI – RADIOIMMUNOLOGIA	
F4	L.A. MANZONI	RIGNANO	506800	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI – RADIOIMMUNOLOGIA	
F4	MEDICAL FISIOLAB	RIANO	506900	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI – RADIOIMMUNOLOGIA	
F4	G.G.R. RADIOLOGICA VITA	RIANO	506901	PRESIDIO AMBULATORIALE	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RAD DIAGNOSTICA	
					56	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	
F4	IDAC	MORLUPO	507000	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI – RADIOIMMUNOLOGIA	
					08	CARDIOLOGIA	
F4	G.GALILEI	FIANO	507200	PRESIDIO AMBULATORIALE	00	LABORATORIO ANALISI – RADIOIMMUNOLOGIA	
F4	S.D. TIBERINO	FIANO	507300	PRESIDIO AMBULATORIALE	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RAD DIAGNOSTICA	
F4	SCOFIT -RX	RIGNANO	507400	PRESIDIO AMBULATORIALE	69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RAD DIAGNOSTICA	
F4	AIRRI MEDICAL	CAMPAGNANO	120352	PRESIDIO AMBULATORIALE (EX ART. 26)			
F4	IST. S. MARIA DEL PRATO	CAMPAGNANO	120195	PRESIDIO RESIDENZIALE (EX ART. 26)		RESIDENZIALE	113
F4	CASA LOIC	CAPENA	120372	PRESIDIO SEMIRESIDENZIALE (EX ART. 26)		SEMIRESIDENZIALE	20
F4	AIRRI	FORMELLO	120351	PRESIDIO AMBULATORIALE (EX ART. 26)			



Distretto	Denominazione	Comune	Codice NSIS	Tipologia	Codice branca / disc.na	Descrizione branca/disciplina	PL
F4	LIVIA TIBERINA	CASTELNUOVO DI PORTO	409000	RSA		RESIDENZIALE	35
F4	FLAMINIA EX SORATTE	MORLUPO	409100	RSA		RESIDENZIALE	58
F4	MAIEUSIS COOP. COMUNITA' PSICOTERAPEUTICA		410905	COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA		RESIDENZIALE	18
F4	COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA REVERIE COMUNITA' I	CAPENA	410902	COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA		RESIDENZIALE	17
F4	CENTRO DIURNO S.T. REVERIE COMUNITA' I	CAPENA	410901	CENTRO DIURNO SOCIOTERAP. PSICHIAT.		SEMIRESIDENZIALE	8
F4	REVERIE COMUNITA' I	CAPENA	410904	COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA		RESIDENZIALE	18

8. Le eventuali variazioni del numero dei posti letto, scaturenti da atti di programmazione regionale, saranno aggiornati nel sistema NSIS.

### Art. 3 - La mission

1. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, mediante la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati patologici della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.
2. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale non perdendo mai di vista i principi etici che sono il presupposto di un servizio sanitario pubblico.
3. Al fine di creare sinergie con altri Enti ed Istituzioni nazionali e sovranazionali, sia pubbliche che private, nonché del terzo settore ed al fine di monitorare e soddisfare le esigenze emergenti, la ASL RM F promuove specifiche attività su base sperimentale le quali, innovando anche sul piano gestionale, dovranno concorrere ad una maggiore economicità ed efficienza dei servizi erogati.
4. Nell'ottica di un sempre più concreto passaggio dal "sistema ospedale" al "sistema territorio", nuovo impulso deve essere dato ai Distretti che sono visti quale momento di congiunzione sinergica con i Comuni per la realizzazione di una funzione socio-sanitaria tesa ad evitare, per quanto possibile, l'isolamento sociale dei Pazienti e, in particolare, dei soggetti fragili con interessamento e sostegno alle famiglie.

#### Art. 4 - Politiche sanitarie

1. A breve e medio termine, una delle emergenze sanitarie presenti anche nell'Azienda ASL Roma F è la gestione delle patologie croniche, in una popolazione progressivamente destinata ad invecchiare. L'azienda è chiamata a gestire grandi numeri con risorse limitate, che rendono prioritario ed essenziale intervenire con percorsi di cura appropriati e continuità delle cure tra ospedale e territorio, la creazione di team interdisciplinari e la valorizzazione delle cure palliative, anche con il coinvolgimento attivo del paziente e dei familiari, chiamati sempre più spesso ad interagire con la struttura sanitaria; il tutto garantendo, anche attraverso un'adeguata informatizzazione e gestione dei flussi informativi, il governo della spesa.

2. Tra le priorità aziendali sono rappresentate anche le problematiche relative alla diagnostica precoce e al relativo trattamento in sedi il più vicino possibile al domicilio del paziente, la gestione dei pazienti adulti portatori di grave disabilità per i quali una assistenza territoriale capillare risulta ormai indispensabile, ma anche le sindromi da dipendenza con le patologie d'organo ad esse correlate e le patologie psichiatriche che richiedono una costante osmosi tra la struttura ospedaliera, le strutture territoriali per la salute mentale e le comunità residenziali.

3. In tale ambito svolge, tra l'altro e ad esempio, attività riabilitativa, fisiatria traumatologica, protesica e senologica. Le attività mediche vedono una particolare sottolineatura nell'ambito dei sistemi con ricovero DH/DSurgery e attraverso percorsi diagnostico/terapeutici di patologia. Particolare attenzione verrà posta assegnando ai Distretti una funzione centrale dell'ambito della rilevazione e soddisfazione dei bisogni di salute.

#### 4.1 - Gestione delle cronicità

1. Le malattie croniche rappresentano un serio problema di salute pubblica, avendo pesanti conseguenze in termini di qualità della vita e di disabilità dei pazienti, con effetti economici gravi sulle famiglie, sulle comunità e sulla intera popolazione.

2. La cronicità, infatti, costituisce ormai una vera emergenza sanitaria, per l'impegno che richiede e le risorse assorbite. Condizioni morbose quali diabete, insufficienza renale cronica, BPCO o altre ad impatto più fortemente invalidante come la demenza, le sindromi autistiche e le patologie psichiatriche, possono presentare un tale livello di complessità di gestione dei malati da rendere necessaria l'attivazione di una rete assistenziale territoriale in grado di fornire prestazioni a diversa intensità assistenziale e livelli di intervento integrati e operanti in sinergia tra di loro.

#### 4.2 - La presa in carico

1. Pertanto nell'ottica di una presa in carico del paziente nel suo complesso e di un'assistenza che permetta risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate ai bisogni del malato, bisogna agevolare la permanenza dei pazienti al proprio domicilio, riducendo i ricoveri impropri, assicurare ai pazienti il controllo del dolore, dare una continuità di cura fino all'ultimo istante di vita, erogare prestazioni di qualità con verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati, con un occhio attento al raggiungimento di un rapporto ottimale costi/benefici, nonché assicurare il rispetto della dignità e dei valori umani e sociali.

#### 4.3 - I percorsi assistenziali

I. Alcune condizioni ampiamente rappresentate nella popolazione tra cui diabete, malattie neoplastiche, demenze di varia tipologia, sindromi psichiatriche, sono oggetto di Percorsi assistenziali specifici che vengono garantiti attraverso l'integrazione del Day Hospital con le strutture territoriali (ambulatori, CAD, RSA, comunità terapeutiche). Andranno ulteriormente implementati anche per le altre condizioni di maggiore impatto, prevedendo anche un'adeguata informazione e una formazione specifica per i familiari.

#### 4.4 - La continuità assistenziale

I. Per alcune condizioni patologiche specifiche a maggior impatto socioassistenziale, quali insufficienza renale cronica, diabete mellito, insufficienza respiratoria cronica, malattia oncologica, demenza, i processi di cura garantiscono una presa in carico, con conseguente sostanziale continuità assistenziale nel tempo tra le cure erogate nella fase acuta e l'assistenza dopo la dimissione ospedaliera, tanto attraverso le dimissioni protette quanto con il coinvolgimento del Medico di famiglia.

#### 4.5 - La prevenzione

I. La Asl Roma F riconosce primaria importanza alla precoce rilevazione del bisogno assistenziale e all'implementazione dei programmi di screening, non solo in ambito oncologico, ma anche nella precoce individuazione dei possibili disturbi legati alla fase dell'infanzia e all'adolescenza, di tipo psicologico e della condotta alimentare, ma anche in ambito visivo e odontostomatologico. L'informazione condotta nelle sedi più vicine all'utenza, è parte integrante delle politiche preventive aziendali, e deve avere la più ampia diffusione su tutto il territorio.

#### Art. 5 - La strategia aziendale

I. La strategia dell'Azienda è orientata a:

- a) qualificare l'offerta dei servizi e degli interventi preventivi e clinico-assistenziali, sviluppando la capacità di analizzare i bisogni di salute della popolazione, di identificare e priorità, di valutare l'appropriatezza e gli esiti dell'azione svolta;
- b) qualificare l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle forme di accesso adeguate alle problematiche complessive dell'utenza;
- c) razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili ispirandosi a principi imprenditoriali finalizzati alle esigenze d'equilibrio di bilancio, allo sviluppo delle funzioni di pianificazione strategica, di delega e responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego dei sistemi di controllo interno;

- d) sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- e) potenziare la capacità dei servizi territoriali al fine di rispondere ai bisogni degli individui e delle collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- f) perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello locale, di area vasta, regionale, nazionale ed europeo;
- g) porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero;
- h) perseguire l'obiettivo della valorizzazione, dello sviluppo professionale e della motivazione dei professionisti, utilizzando anche la formazione quale elemento strategico;
- i) concorrere all'evoluzione e all'affidabilità del sistema sanitario regionale dando attuazione alle politiche socio-sanitarie della Regione Lazio.

#### Art. 6 - *Principi ispiratori*

1. L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona umana e la sua centralità; l'equità e l'etica professionale; l'appropriatezza; la compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti; il decentramento delle responsabilità e della distinzione tra le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, e quelle di attuazione e gestione; la diffusione dell'assistenza di primo livello per assicurare in modo generalizzato e coordinato la promozione e la tutela della salute, l'alta qualità delle cure specialistiche territoriali ed ospedaliere; l'integrazione socio-sanitaria.

#### Art. 7 - *L'Azienda e il cittadino*

- 1. L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi.
- 2. La centralità delle persone e dei loro bisogni costituiscono il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali e per sviluppare la multidisciplinarietà dell'assistenza, tutelando in pari misura la ricerca della qualità percepita, della qualità tecnica e della qualità organizzativa, minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi.
- 3. L'Azienda si impegna ad adottare strumenti che garantiscano la trasparenza, al fine di favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze.
- 4. L'Azienda si impegna a rispettare la tutela della privacy, nell'ottica della protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- 5. Al fine di garantire la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini l'azienda di avvale dei seguenti strumenti:
  - a) Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.);
  - b) Processo di Audit Civico;



- c) Conferenza dei servizi di cui all'art. 14, comma 5, del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.e ii;
- d) Carta dei servizi pubblici sanitari;
- e) Consulta sanitaria.

#### *Art. 8 - Politiche di sviluppo del personale*

1. Gli Operatori che lavorano in Azienda ne costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo.
2. L'Azienda offre un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori; al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti. L'Azienda assume il decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità, come principio caratterizzante per la definizione e lo sviluppo della propria organizzazione e dei meccanismi gestionali.
3. L'Azienda adotta i principi e gli strumenti del governo clinico, nonché della formazione, del risk management, della qualità totale e dell'Health Technology Assessment (H.T.A.) quali elementi strategici di coinvolgimento attivo e responsabile degli operatori.
4. L'Azienda si impegna a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.

#### *Art. 9 - Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*

1. L'Azienda, quale datore di lavoro, si impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra le persone. Essa non ammette discriminazioni tra soggetti di nazionalità ed etnie diverse, tra soggetti appartenenti a religioni diverse e tra soggetti che manifestano diverse tendenze sessuali. A tal fine l'Azienda istituisce il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

2. Tale Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

3. L'Azienda disciplina le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i.

4. La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità del dirigente incaricato della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.

5. L'Azienda, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.L.gs 165/2001 e s.m.i.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- può finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito della propria disponibilità di bilancio.

6. L'Azienda adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

#### Art. 10 - *L'Azienda e le rappresentanze sindacali*

1. L'Azienda riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale della dinamica aziendale.

2. L'Azienda si impegna quindi a creare le condizioni per un confronto proficuo con le rappresentanze sindacali, di categoria e confederali, al fine di ricercare un equilibrio tra le attese e le aspirazioni degli operatori e le finalità dell'Azienda stessa, nel quadro delle compatibilità organizzative e della normativa vigente anche attraverso prassi, procedure e consultazioni standardizzate e trasparenti.

#### Art. 11 - *L'Azienda e la società*

1. L'Azienda iscrive il perseguimento della propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di responsabilità nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, essa s'impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere in tutta la catena produttiva condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone.

2. L'Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, incentivando lo sviluppo di attività no profit in ambito sanitario e socio-sanitario.

3. L'Azienda promuove, altresì, alleanze con altri interlocutori della società civile tra cui:

- a) gli attori del sistema educativo;
- b) gli attori del sistema economico;
- c) le autorità civili e religiose;
- d) i mezzi di comunicazione.

*Art. 12 - L'Azienda e le istituzioni*

1. L'Azienda, per tutti i processi di pianificazione, promuove l'interazione con gli Enti locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello locale, attraverso la Conferenza Sanitaria Locale e gli Uffici di Coordinamento distrettuali.
2. L'Azienda favorisce la collaborazione con le altre Aziende Sanitarie della Regione Lazio e gli altri soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei cittadini, in quanto appartenenti al medesimo sistema sanitario.
3. L'Azienda persegue modalità di collaborazione reciproca con l'Università, riconoscendone la funzione fondamentale nella formazione, nella specializzazione degli operatori sanitari e nella attività di ricerca. In questi ambiti l'Azienda valorizza il ruolo delle proprie strutture e dei propri professionisti. A questo proposito si evidenzia come presso il Comune di Bracciano esistono due facoltà di Scienze Infermieristiche e Scienze Fisioterapiche, in convenzione tra ASL e Università La Sapienza, frequentate annualmente da 350 studenti che svolgono il loro tirocinio presso l'Ospedale Padre Pio di Bracciano e dove conseguono la laurea triennale almeno 30 studenti/esse l'anno.

*Art. 13 - Modelli di gestione e know how tecnologico*

1. L'Azienda promuove l'innovazione gestionale e tecnologica sulla base di una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, ricercando le soluzioni innovative più adeguate alle proprie specificità organizzative.
2. Le innovazioni gestionali devono permettere di raggiungere obiettivi elevati in termini di salute, di aumentare la qualità del sistema e di garantirne la sostenibilità economica; l'adeguamento e l'aggiornamento continuo del patrimonio tecnologico sono funzionali a migliorare la qualità dei servizi resi. Particolare attenzione sarà posta alle attività di insegnamento e ricerca applicata valorizzando il patrimonio di conoscenza e di professionalità delle strutture dell'Azienda.

## CAPO II

### L'ASSETTO ISTITUZIONALE

**SOMMARIO:** Art. 14 Gli organi, 23 — Art. 15 L'assetto istituzionale, 23 — Art. 16 Il Direttore Generale, 23 — Art. 17 Il Collegio di Direzione, 24 — Art. 18 Il Collegio Sindacale, 25 — Art. 19 Direzione strategica, 25 — 19.1 Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, 26 — 19.2 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, 27 — Art. 20 Organismo indipendente di valutazione della performance, 27, — Art. 21 Il Consiglio dei Sanitari, 28 — Art. 22 Il Comitato Etico, 29 — Art. 23 La Conferenza Sanitaria Locale – Conferenza dei Sindaci, 30 — Art. 24 Consulta sanitaria, 30 — Art. 25 Audit Civico, 31 — Art. 26 Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), 31 — Art. 27 Altri organismi, 32

#### Art. 14 - *Gli organi*

1. Sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

#### Art. 15 - *L'assetto istituzionale*

1. L'assetto istituzionale dell'Azienda è rappresentato da:

- a) Direzione Strategica, composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
- b) Collegio Sindacale;
- c) Collegio di Direzione;
- d) Altri organismi collegiali: Organismo indipendente di valutazione della performance, Comitato Etico, Consiglio dei sanitari, Conferenza Sanitaria Locale, Consulta sanitaria.

#### Art. 16 - *Il Direttore Generale*

1. Le funzioni del Direttore Generale sono quelle previste dall'articolo 3 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii e dall'articolo 9 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii.

2. Al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione dalle funzioni di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 6/2002, così come modificato dalla legge regionale n. 4/2006, le funzioni attribuite al direttore generale devono essere distinte in:

- a) funzioni al medesimo esclusivamente riservate;
- b) funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo ed agli altri dirigenti dell'Azienda.

3. Il Direttore Generale attribuisce al direttore amministrativo, al direttore sanitario nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti.

4. Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle Aziende ai diversi livelli, possono essere:

- a) funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;

- b) funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del direttore generale.
5. Rimangono di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo") e quelle connesse alla funzione di Datore di Lavoro, mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui, in via esemplificativa:
- a) l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
  - b) l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti del budget assegnato e di acquisizione delle entrate;
  - c) l'approvazione degli atti di gara per lavori, forniture e servizi, nonché la stipula dei contratti;
6. Nel funzionigramma (*Allegato I* del presente atto) vengono specificati i principali ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

#### Art. 17 - Il Collegio di Direzione

1. Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, prevedendo uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.
2. Il Direttore Generale si avvale di detto organismo per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Direttore Generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.
3. Il Collegio di direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:
- il Direttore Sanitario;
  - il Direttore Amministrativo;
  - i Direttori di dipartimento;
  - i Direttori dei distretti sanitari;
  - i Coordinatori delle aree funzionali;
  - il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero ASL RMF;
  - il Rappresentante dei medici di medicina generale;
  - il Rappresentante dei pediatri di libera scelta;
  - il Rappresentante dei medici della specialistica ambulatoriale;
  - il Rappresentante della dirigenza veterinaria;
  - il Direttore della UOC Pianificazione Strategica, Sviluppo, Qualità e Formazione;
  - il Direttore della UOSD Budget e Controllo di Gestione, Valutazione e Rendicontazione sociale.



4. In rapporto a singoli argomenti trattati potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza
5. Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale che lo presiede. Esso si riunisce, di norma, almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).
6. Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.
7. Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:
  - a) maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, all'Atto Aziendale, al Programma annuale di formazione e ai Progetti di ricerca e Innovazione, e più in generale per tutti gli atti a valenza programmatica;
  - b) maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.
8. La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso.

#### Art. 18 - Il Collegio Sindacale

1. Il Collegio Sindacale, ai sensi di quanto disposto dall'art. 22, comma 5, della legge regionale 28 giugno 2013 n. 4, è composto da n. 3 (tre) membri da nominare secondo quanto previsto dall'art. 13 del "Patto per la Salute per anni 2014 – 2016".
2. Detto organo:
  - a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
  - b) vigila sull'osservanza delle leggi;
  - c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
  - d) fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
  - e) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
  - f) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda Sanitaria Locale RM/F alla Conferenza dei sindaci.

#### Art. 19 - Direzione strategica

1. La Direzione Aziendale, composta dal direttore generale, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, avvalendosi del collegio di direzione, esercita il governo strategico dell'azienda.
2. Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario partecipano, unitamente al direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda; assumono infatti diretta responsabilità delle

funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale (riferimento normativo art.3, comma 1 quinquies, D.Lgs n. 502/92).

3. La direzione aziendale definisce, sulla base della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali, e ne controlla l'attuazione.

4. La direzione aziendale rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione aziendale", intendendo per tali i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi.

5. In particolare, spetta alla direzione aziendale:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo regionali;
- l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- il governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- il governo delle relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e la prevenzione;

6. Strettamente correlate al governo strategico aziendale sono le Conferenze locali per la sanità (Conferenza dei Sindaci e Conferenza dei Presidenti dei Municipi). Esse partecipano alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nelle Aziende Sanitarie Locali, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.

7. Le succitate Conferenze dovranno esprimere il proprio parere alla Regione nei procedimenti di valutazione dell'operato del direttore generale, ivi compresa la verifica, trascorsi diciotto mesi dalla nomina, dei risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

#### 19.1 - *Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo*

1. I servizi amministrativi ed i servizi sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono diretti, rispettivamente, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario.

2. Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere ed avuto riguardo agli specifici requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7, del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. e dall'articolo 15 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii. e legge regionale n. 7/2014.

3. In particolare, il Direttore Sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

4. Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche e economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata

attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale.

5. Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo svolgono le funzioni previste dall'articolo 3 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii e dall'articolo 16 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii.

6. Il direttore sanitario, oltre alle funzioni sopra indicate, presiede altresì il consiglio dei sanitari.

#### *19.2 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili.*

1. La figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, individuato nel responsabile della UOC Bilancio, è prevista dall'articolo 4-bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16, recante "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria", introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27.

2. Gli atti e le comunicazioni contabili sono accompagnate da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, al fine di attestarne la veridicità.

3. Il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili predispone adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio e, ove previsto, del bilancio consolidato nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.

4. Al dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili sono conferiti dal Direttore Generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei propri compiti.

5. Il Direttore Generale ed il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio e, ove previsto, al bilancio consolidato, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

6. La responsabilità del Direttore Generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche al dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili in relazione ai compiti ad esso spettanti, salvo azioni esercitabili in base al rapporto di lavoro con la propria amministrazione.

#### *Art. 20 - Organismo indipendente di valutazione della performance*

1. Ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009 e dalla legge regionale 16 marzo 2011, n. 1, l'Azienda provvederà all'istituzione l'Organismo indipendente di valutazione della performance, che opera in staff alla direzione strategica in posizione di autonomia.

2. L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo collegiale, composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. I componenti non possono essere nominati tra soggetti che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali, ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni,



ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione. Al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OIV non possono essere nominati quali componenti il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo in carica di un'Azienda o Ente del SSR, nonché i Direttori di Dipartimento di ciascuna Azienda od Ente del SSR, coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV, coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione e coloro che hanno legami di parentela o di affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative.

3. L'Organismo dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta. Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del Direttore Generale e senza maggiori oneri per il bilancio aziendale, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne dell'Azienda che forniscono i necessari strumenti di analisi e *reporting*. Le modalità di funzionamento ed i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

4. L'Organismo indipendente di valutazione della performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009 ed alla legge regionale 16 marzo 2011, n. 1.

5. Ai componenti dell'Organismo non può essere riconosciuto un compenso superiore a quello già previsto per i componenti del Nucleo di valutazione.

#### Art. 21 - Il Consiglio dei Sanitari

1. Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo aziendale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

2. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento. Il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, ogni quindici giorni.

3. Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro il quindicesimo giorno dalla data di ricevimento della richiesta di parere.

4. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario aziendale e da:

- n. 6 dirigenti medici ospedalieri e territoriali dipendenti dell'Azienda di cui uno del Dipartimento di Prevenzione;
- n. 1 dirigente medico veterinario;
- n. 1 medico specialista ambulatoriale;
- n. 1 medico di medicina generale;
- n. 1 medico pediatra di libera scelta;
- n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle aziende sanitarie locali;
- n. 1 operatore dell'area infermieristica;
- n. 2 operatori dell'area tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione.

5. I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti che operano nel territorio

aziendale.

6. Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità.

7. Partecipano all'elezione del Consiglio dei sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo di: medici ospedalieri, medici territoriali, personale laureato sanitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico – sanitario.

8. Tutti i componenti del Consiglio dei sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori dell'azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

9. Il Direttore Generale con proprio provvedimento disciplina:

1. le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
2. la commissione elettorale ed il seggio elettorale;
3. l'elezione dei componenti;
4. la durata.

10. Il Consiglio dei sanitari dura in carica 2 anni. Il Consiglio dei sanitari decaduto conserva le sue funzioni sino al rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.

Il Direttore Generale provvede allo scioglimento del Consiglio dei sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale (metà + 1).

11. I componenti del Consiglio dei sanitari possono essere eletti per un massimo di due volte consecutivamente.

#### Art. 22 - Il Comitato Etico

1. È un organismo indipendente, composto secondo criteri di interdisciplinarietà, che si ispira al rispetto della vita umana così come indicato nella Carta dei Diritti dell'Uomo e nelle Raccomandazioni degli Organismi internazionali di bioetica. Le sue funzioni sono così articolate: a) la valutazione, l'approvazione ed il monitoraggio della sperimentazione clinica; b) la formazione e la sensibilizzazione etica all'interno dell'Azienda USL e tra le sue varie componenti; c) funzioni consultive per l'Amministrazione e per la Direzione Sanitaria in relazione a questioni etiche connesse alle attività scientifiche, assistenziali, didattiche ed amministrative.

2. Per quanto concerne le sperimentazioni cliniche dei medicinali, il Comitato Etico fa riferimento alle norme di buona pratica clinica e alla bibliografia evidence-based nella letteratura internazionale.

3. La composizione del Comitato Etico prevede membri esterni e dipendenti dell'Azienda.

I componenti del Comitato Etico restano in carico per un periodo di tre anni, rinnovabile per non più di una volta. Per ogni altra indicazione, si fa riferimento alle Linee guida approvate con D.M 18/03/98, pubblicate sulla G.U. n. 122 del 28.5.1998.

4. Con deliberazione di Giunta Regionale n. 146 del 12.06.2013 la Regione Lazio ha proceduto alla riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Lazio, prevedendo che il Comitato Etico dell'Azienda USL Roma F venga ricompreso all'interno del Comitato Etico Lazio I, comprendente, altresì, il Comitato Etico dell'AUSL Roma A, dell'AUSL Roma E, della AUSL Roma G, della AUSL di Rieti, della AUSL di Viterbo, della Azienda Ospedaliera S. Camillo – Forlanini (sede del Comitato Etico Lazio I),

dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, dell'Ospedale S. Giovanni Calibita FBF Isola Tiberina, dell'Ospedale San Pietro FBF.

4. Il regolamento relativo al funzionamento del comitato etico sarà adottato da un apposito atto deliberativo.

#### *Art. 23 - La Conferenza Sanitaria Locale – Conferenza dei Sindaci*

1. La Conferenza Sanitaria Locale, nella Azienda Unità Sanitaria Locale RM F, coincide con la Conferenza dei Sindaci. Essa è l'Organismo dove le istituzioni locali concorrono alla definizione degli indirizzi e della programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini.

2. La conferenza dei Sindaci dei Comuni, che afferiscono all'ambito territoriale dell'Azienda USL RMF, è l'organismo rappresentativo delle Autonomie locali in ambito sanitario e come tale esprime i bisogni sociali a rilevanza sanitaria della comunità. E' luogo di confronto tra la ASL e gli Enti Locali e momento per una valutazione dell'attività sanitaria svolta e per una analisi dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali. E' anche la sede dove valutare i risultati conseguiti con l'attuazione dei piani di zona dei Comuni associati, con l'individuazione delle rispettive competenze e delle concrete modalità operative mirate ad una efficace integrazione sociosanitaria.

3. La Conferenza dei Sindaci è coordinata dal Sindaco del Comune che ha il maggior numero di abitanti.

#### *Art. 24 - Consulta sanitaria*

1. Presso l'Azienda è istituita, quale organismo di partecipazione previsto dall'art. 14, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., la Consulta sanitaria.

2. La Consulta sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

3. Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Sanitario che la presiede.

4. La Consulta sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario o suo delegato;



- i direttori di distretto;
- da quattro rappresentanti delle Conferenze locali della sanità designati dalle rispettive Conferenze locali per la sanità;
- un funzionario regionale competente in materia sanitaria e socio sanitaria (designato dall'Assessore alla Salute);
- due rappresentanti di organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda e nelle altre aziende regionali;
- due rappresentanti di organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda e nelle altre aziende regionali;
- il responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

5. La Consulta sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale. Per particolari esigenze il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

#### Art. 25 - *Audit Civico*

1. L'Audit Civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. È, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni dell'Azienda.

2. Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generale e sanitaria e la consultazione delle organizzazioni civiche.

3. L'Azienda potrà promuovere appositi progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale.

#### Art. 26 - *Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)*

1. L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti, elabora la Carta dei Servizi, coordina il Tavolo Permanente del Volontariato. Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. L'azienda garantisce che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli assistiti di diverse etnie.

*Art. 27 - Altri organismi*

1. L'Azienda può, ove non in contrasto con la normativa, istituire nuovi organismi, qualora essi siano funzionali al perseguimento delle proprie finalità e coerenti con il proprio sviluppo organizzativo.

Inoltre si prevede la costituzione dei seguenti organismi, disciplinati dalla normativa vigente:

- la commissione per il prontuario terapeutico;
- il comitato per il buon uso del sangue;
- il comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA),
- il comitato per l'ospedale senza dolore;
- la commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica;
- il Comitato Valutazione Sinistri;
- la Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate.

2. Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo. Il loro funzionamento verrà disciplinato con appositi regolamenti.

## CAPO III

### LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

**SOMMARIO:** Art. 28 Criteri generali di organizzazione, 33 — Art. 29 Organizzazione sanitaria, 33 — Art. 30 I Distretti, 34 — 30.1 Forme organizzative dei distretti, 36 — 30.2 Coordinamento funzionale, 36 — 30.3 Coordinamento professionale, 37 — 30.4 Ufficio di coordinamento attività distrettuali, 37 — 30.5 La Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva, 38 — 30.6 Il Punto Unico di Accesso (PUA), 39 — 30.7 Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, 39 — 30.8 Integrazione sociosanitaria, 39 — 30.9 Integrazione Ospedale Territorio, 40 — 30.10 Area delle dipendenze, 40 — 30.11 Area della sanità penitenziaria, 41 — 30.12 Coordinamento funzionale tra Distretto e Dipartimenti, 41 — Art. 31 Dipartimenti, 42 — 31.1 Dipartimento di prevenzione, 45 — 31.2 Dipartimento di salute mentale, 46 — Art. 32 Il Dipartimento delle professioni sanitarie, 47 — Art. 33 Le Unità Operative, 47 — Art. 34 Casa della Salute, 48 — Art. 35 Il Polo Ospedaliero ASL RMF, 48

#### Art. 28 - Criteri generali di organizzazione

1. L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità. Ciò si traduce, per quanto possibile ed opportuno, nella attribuzione e nella delega esplicita delle funzioni gestionali e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli incaricati possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione.

2. L'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità ai dirigenti.

#### Art. 29 - Organizzazione sanitaria

1. L'Azienda si articola in strutture operative.

2. Le strutture operative aziendali sono aggregazioni organizzative che riuniscono più strutture complesse e che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie e/o amministrative assicurando la massima efficacia ed efficienza delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite.

3. Le strutture operative aziendali sono di norma definite ed articolate sulla base dell'organizzazione dipartimentale.

4. Sono articolazioni interne delle strutture operative le unità operative complesse, le unità operative semplici e le unità operative semplici dipartimentali.

5. Alle strutture operative aziendali è assegnato, a seguito di negoziazione con la direzione aziendale, un budget ovvero risorse predefinite per il perseguimento di obiettivi predeterminati che esse perseguono con autonomia gestionale in conformità a procedure e processi monitorati attraverso il sistema di controllo interno.

6. Ogni struttura operativa aziendale si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse). Nella struttura operativa, individuata come

centro di responsabilità, possono essere individuati uno o più centri di costo.

7. Le strutture operative aziendali sono:

- **i Distretti;**
- **i Dipartimenti;**
- **le Aree Funzionali;**
- **Il Polo Ospedaliero ASL RMF.**

#### Art. 30 - I Distretti

1. A livello territoriale l'Azienda si articola in 4 distretti.

2. Questa specifica articolazione operativa intende realizzare un'ottimizzazione delle risorse e il mantenimento di un'assistenza territoriale adeguata ai bisogni dell'utenza.

3. I distretti sono configurati come strutture organizzative complesse, con competenze gestionali, sanitarie-assistenziali ed amministrative.

4. Per l'assolvimento delle loro funzioni, i distretti sono individuati quali Centri di Responsabilità e di Costo e sono, quindi, dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria sottoposta a rendicontazione analitica per l'espletamento delle funzioni di cui all'art. 3 del D.L.vo n.502/1992 e s.m.i.; svolgono le loro attività mediante specifici servizi ed utilizzando le loro sedi e presidi sanitari in autonomia gestionale, previo raccordo strategico con la direzione aziendale.

5. I distretti aziendali promuovono e sviluppano la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la elaborazione dei relativi programmi di intervento; assicurano l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari, nonché il coordinamento delle attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovra distrettuale; svolgono funzioni di committenza, di produzione delle cure primarie e di integrazione dei servizi socio-sanitari. I Distretti, pertanto, risultano essere un'articolazione territoriale dell'Azienda ad elevata complessità, che assicura alla popolazione di riferimento nell'area di competenza tutti i servizi territoriali di tipo sanitario e sociosanitario, direttamente e attraverso l'azione coordinata e sinergica con le altre articolazioni aziendali

6. In generale, assicurano:

- i servizi e le prestazioni di assistenza primaria;
- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità di integrazione, nonché, se delegate dai Comuni che provvederanno al loro finanziamento, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

7. Le funzioni assicurate sono:

- La Committenza:

- intesa come programmazione delle attività che adotta un sistema di indicatori per la definizione dei bisogni/offerta/performance a livello Aziendale, indicatori che si collocano in una lettura complessiva dei bisogni di salute denominata "Profilo di Comunità", indicatori alla cui costruzione partecipa anche la comunità locale sin dalla fase di progettazione. Vengono definiti gli indicatori territoriali funzionali alla programmazione. Gli indicatori territoriali utilizzati per definire i



“bisogni” sono i tassi standardizzati di mortalità per specifici gruppi di soggetti, lo screening di popolazione attivo, il tasso di ricoveri prevenibili per cause specifiche, la percentuale ricoveri ripetuti per specifiche tipologie di soggetti e l’allocazione di medici di medicina generale (MMG) e di pediatri di libera scelta (PLS) in relazione agli indici demografici distrettuali;

- Gli accordi che regolano il rapporto tra questa Azienda, ed i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono, nell’ambito dell’organizzazione distrettuale del servizio, orientati a garantire l’attività assistenziale per l’intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Garantiscono, inoltre, un’offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti territoriali che condividono, in forma strutturata, gli obiettivi e percorsi assistenziali, gli strumenti di valutazione della qualità assistenziale, le linee guida, audit e strumenti analoghi. Condividono, altresì, forme organizzative multi professionali, denominate unità operative complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle diverse così come previsto dall’art. 1 D.L. 13 settembre 2012, n. 158, come sostituito dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.
- La Produzione:
  - intesa come prestazioni, servizi, prodotti e, allo stesso tempo, concettualmente intesa come risultato di specifiche attività;
  - i Distretti garantiscono le seguenti attività:
    - Salute della donna e dell’età evolutiva;
    - Tutela della salute mentale e riabilitazione dell’età evolutiva;
    - Medicina generale e pediatria di libera scelta, specialistica, territoriale e continuità assistenziale;
    - Assistenza protesica;
    - Riabilitazione e presa in carico dell’utente disabile adulto;
    - Assistenza domiciliare e residenzialità;
    - Medicina legale;
    - Assistenza alla Tossicodipendenza;
    - Assistenza Farmaceutica
  - La produzione, intesa come funzione, è sia diretta, proveniente dalle articolazioni operative afferenti alle Direzioni dei Distretti, sia indiretta, proveniente da produttori esterni all’Azienda, sotto il controllo della Direzione dei Distretti.
  - Sotto il profilo più strettamente operativo, l’Azienda assume come modello di riferimento per l’attuazione della sanità d’iniziativa a livello territoriale il “chronic care model” con gestione proattiva dei pazienti affetti da patologie croniche sulla base di percorsi assistenziali predefiniti e prevede l’implementazione del modello con relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), per la presa in carico di pazienti complessi. L’Azienda si impegna a sviluppare ed attuare, nel rispetto delle normative nazionali e regionali di riferimento, nuovi modelli associativi della medicina generale ad alta integrazione con la specialistica ambulatoriale, la diagnostica di laboratorio e strumentale, l’infermieristica, anche attraverso il modello organizzativo e gestionale



delle “Case della Salute”. L’Azienda si impegna a sviluppare forme di assistenza residenziale intermedia e nuovi modelli di assistenza infermieristica.

- L’Azienda assume come indicatori di governo dell’assistenza domiciliare e residenziale dati incentrati sull’offerta infermieristica per ADI, sulla prevalenza di specifici gruppi di soggetti per ADI e per ADP, sui tempi di attesa, sulla disponibilità territoriale di posti RSA e sull’incidenza di valutazioni positive per l’ingresso in RSA.
- Integrazione, intesa come funzione e finalità che si sviluppa in tre direzioni: in senso “**interno**” al territorio dei Distretti per il tramite delle varie attività sanitarie erogate in via diretta ed indiretta, dall’esterno o da altri Dipartimenti Aziendali; in senso “**orizzontale**” e, cioè tra i Distretti stessi, nei diversi e rispettivi territori in cui sono presenti, tenendo conto delle specificità di ciascuno di essi; “**in direzione degli Enti locali**” presenti nel territorio dei Distretti, nel senso dell’integrazione al complesso delle loro specifiche attività socio-assistenziali.

8. Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore Generale e rappresenta la Direzione Generale nel rapporto con gli Enti Locali, realizza le indicazioni di politica sanitaria e gestionale della Direzione Generale, gestisce le risorse in modo tale da garantire l’adeguato accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, nonché l’integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e la continuità assistenziale sotto il profilo dell’omogeneità, dell’equità, dell’appropriatezza, della trasparenza. Tale figura riveste ruolo di vertice nella UOC Direzione del Distretto, le cui funzioni strategiche principali, tra le altre, sono: Integrazione sociosanitaria, Integrazione Ospedale-Territorio, Punto Unico d’Accesso, Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale.

### 30.1- *Forme organizzative dei distretti*

1. Il modello organizzativo adottato è di tipo divisionale e prevede i distretti come strutture operative aziendali in cui i direttori dei distretti assicurano le necessarie attività attraverso la produzione diretta di servizi sanitari e sociosanitari da parte delle Unità Operative direttamente e funzionalmente afferenti e garantisce tutte le altre attività definite per committenza ed assicurate indirettamente, attraverso produttori esterni al distretto aziendali e non.

### 30.2 - *Coordinamento funzionale*

1. All’interno dei distretti si collocano le Unità Operative distrettuali, che si configurano come le strutture “di produzione” diretta dei distretti: rappresentano, infatti, il livello di responsabilità cui sono assegnate le funzioni tese a garantire il corretto funzionamento dei processi sanitari e socio-assistenziali territoriali ed assicurano il governo delle risorse afferenti alle linee/aree produttive di riferimento, la continuità del percorso assistenziale nonché l’integrazione delle prestazioni, garantendo il raggiungimento degli obiettivi di salute ed aziendali.

2. Nei confronti di queste strutture, il Direttore di Distretto svolge fondamentali funzioni organizzative e gestionali, tese a garantire il coordinamento, l’unitarietà e l’appropriatezza nell’erogazione dei servizi attraverso:

- l'integrazione organizzativa, cioè l'ottimizzazione e la razionalizzazione nell'uso delle risorse, tramite un utilizzo sinergico ed economicamente compatibile dei fattori produttivi (risorse umane, strumentali e beni di consumo);
- l'integrazione di processo, ovvero la lettura integrata delle attività in ottica di processo, inteso come sequenza strutturata di attività ed azioni dirette a produrre valore nei confronti dell'utente/richiedente/beneficiario, superando i confini organizzativi interni e coinvolgendo tutte le componenti interessate alla sua realizzazione.

3. I più importanti ambiti assistenziali dei distretti sono i seguenti:

- Medicina di Base e Continuità assistenziale (Guardia medica);
- Assistenza specialistica;
- Diagnostica strumentale e di laboratorio;
- Assistenza Domiciliare (CAD);
- Assistenza protesica;
- Assistenza alla tossicodipendenza;
- Medicina Legale e invalidi civili;
- Medicina penitenziaria;
- Tutela della salute della donna e medicina preventiva dell'età evolutiva.

### 30.3 - *Coordinamento professionale*

1. Per alcune strutture distrettuali, ove si renda necessario in considerazione delle intrinseche difficoltà operative rappresentate dalle caratteristiche dell'utenza assistita e/o dal cospicuo volume delle prestazioni erogate, oltre al coordinamento funzionale, è definito un livello di coordinamento professionale che orienti le competenze dei singoli operatori e quelle delle équipes multidisciplinari al risultato di salute, alla massima integrazione operativa ed alla più ampia flessibilità.

2. A tali fini, per ciascuna tipologia/branca di servizio distrettuale è individuata una Unità Operativa di Coordinamento Interdistrettuale, finalizzata ad assicurare alle UO distrettuali di ambito omogeneo l'integrazione professionale, vale a dire:

- lo scambio continuo di competenze ed esperienze in grado di valorizzare, capitalizzare e diffondere le conoscenze ed innalzare i livelli di professionalità;
- la realizzazione dei profili di cura, di percorsi assistenziali integrati e l'attuazione di protocolli, linee guida e procedure standardizzate.

### 30.4 - *Ufficio di coordinamento attività distrettuali*

1. Il Direttore di Distretto si avvale dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali e lo presiede. L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali supporta il Direttore di Distretto nella sua funzione di committenza e di integrazione dei servizi territoriali.

2. L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali è composto da:

- Direttore di Distretto
- Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato



- Direttore Amministrativo del Distretto
- Un Sindaco in rappresentanza dei Comuni del Distretto
- Direttore del Presidio Ospedaliero o suo delegato
- Tre Referenti, rispettivamente dei M.M.G., P.L.S. e M.S.A., designati dalle rispettive categorie professionali
- Direttori dei Dipartimenti o aree territoriali di Prevenzione e Salute Mentale competenti per territorio
- Dirigente designato dalla U.O.C. Farmacia Territoriale.

3. All'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali possono, inoltre, essere invitate persone senza diritto di voto che, pur non essendone membri di diritto, siano utili per la trattazione di specifici argomenti.

4. L'Azienda potrà articolare la produzione dei servizi a livello sovradistrettuale qualora esista un migliore rapporto costi/benefici in funzione della tutela della salute dei cittadini.

5. E' inoltre prevista l'istituzione di forme di aggregazione funzionale territoriale dei medici specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati. L'attività dell'aggregazione funzionale viene coordinata dal coordinatore aziendale.

### 30.5 - *La Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica*

1. Nell'ambito dell'organizzazione dei Distretti della ASL RM/F si colloca la Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica, organismo multidisciplinare e multiprofessionale finalizzato ad effettuare, tra le altre competenze, il monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti adottati a livello regionale ed aziendale per la verifica dell'adeguatezza delle prescrizioni sia di farmaci, sia di analisi cliniche o di diagnostica strumentale effettuate in uno specifico territorio.

2. La Commissione è presieduta dal Direttore del Distretto ed è composta da operatori che fanno parte dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale e precisamente da:

- i Medici di Medicina Generale;
- i Pediatri di Libera Scelta;
- il Rappresentante della Specialistica Ambulatoriale;
- il Rappresentante dell'Area funzionale del farmaco;
- il Rappresentante della Direzione Sanitaria.

3. Il Direttore del Distretto può invitare a partecipare alle riunioni della Commissione i propri più diretti collaboratori, quali i responsabili dei servizi distrettuali di Medicina di Base, della Specialistica Ambulatoriale e degli altri servizi sanitari operanti nello specifico Distretto, in relazione a tematiche per le quali è necessario il supporto di specifica esperienza e professionalità.

4. La Commissione opera secondo le direttive della Direzione Aziendale e le linee guida regionali, riferendo sull'attività svolta e proponendo alla Direzione Generale l'adozione di provvedimenti nei confronti dei singoli prescrittori (sia MMG/PLS che Specialisti aziendali), riguardo l'inosservanza di

direttive in tema di appropriatezza, verificando i provvedimenti adottati. A tal fine la Commissione viene integrata dal responsabile della Struttura organizzativa coinvolta nella verifica.

5. È demandato alla Commissione stessa il compito di condurre incontri per la valutazione del carico assistenziale con i MMG che presentino livelli di prescrizione superiori agli indicatori stabiliti.

### 30.6 - Il Punto Unico di Accesso (PUA)

I. Il PUA distrettuale svolge un ruolo chiave nell'ambito della governance distrettuale, prevede la stretta collaborazione in équipe tra la struttura sanitaria e l'Ente locale e rappresenta una modalità di approccio unitario, sociale e sanitario, ai bisogni dei cittadini; fornisce informazioni e orientamento e garantisce la presa in carico attraverso una prima valutazione funzionale alla identificazione dei percorsi sanitari, sociosanitari o sociali appropriati. Previsto in ogni distretto, garantisce la massima accessibilità a tutte le persone che a qualsiasi titolo vi si rivolgono, con particolare attenzione nei riguardi di soggetti le cui condizioni sociali o sanitarie possono determinare uno stato di fragilità e/o complessità assistenziale. La presenza dei PUA implica un'integrazione reale e costante tra i servizi in cui la "comunicazione" è il punto nodale di tutto il processo. Comunicazione come obiettivo e come strumento è l'idea che si realizza nel "percorso di formazione permanente", ossia cicli di incontri-confronto periodici che coinvolgono gli operatori PUA dei distretti ed operatori di servizi sociali e sanitari. Anche in questa direzione si rivolge la "mappatura dei bisogni e delle offerte", che prevede il coinvolgimento anche delle forze appartenenti al mondo del volontariato. I PUA accolgono, informano, decodificano il bisogno e, una volta accertato, in termini di maggiore o minore complessità, si fanno carico di "accompagnare" l'utente nel percorso assistenziale integrato, di monitorare e valutare gli interventi anche in termini di grado di soddisfazione dell'utente. L'Azienda attraverso i PUA razionalizza l'offerta socio assistenziale nei confronti della propria popolazione, compatibilmente con la necessaria e irrinunciabile disponibilità a fornire le competenze professionali da parte dei Comuni territorialmente interessati.

### 30.7 - Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)

I. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), presente in ogni distretto, è, come prevista dal DCA U00431/2012, un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare di tipo funzionale, operante nell'ambito del distretto sanitario, la cui responsabilità è in capo al Direttore del Distretto. Il Coordinamento delle attività dell' UVMD è affidato al Responsabile CAD distrettuale che, con il contributo di tutte le altre componenti dell'UVMD, esplora le condizioni e le necessità sanitarie, sociali, relazionali e ambientali della persona in casi complessi individuando poi interventi personalizzati e appropriati che si concretizzano nel PAI (Piano Assistenza Individuale). Le attività che compongono il PAI vengono affidate al coordinamento del "case manager", figura designata tra gli operatori del distretto. Il PAI così definito è soggetto a rivalutazione a distanza di tempo, in relazione all'evoluzione del bisogno.

### 30.8 - Integrazione sociosanitaria

I. L'Integrazione sociosanitaria, intesa come l'insieme delle attività atte a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie

e azioni di protezione sociale, si rivolge alle aree di intervento come prescritte dal D.Lgs. 592/92 come modificato dal D.Lgs.229/99. Intesa come processo, prevede le seguenti fasi: valutazione multidimensionale, approccio multiprofessionale e pluridisciplinare, piano di assistenza individuale, percorso assistenziale sanitario, sociosanitario e sociale unico. Il livello di integrazione sociosanitaria in ambito istituzionale si realizza attraverso il Comitato Istituzionale per la gestione dell'accordo di programma che vede impegnati con le figure dell'Azienda Asl i Comuni, il terzo settore, le associazioni sindacali. Il livello di integrazione gestionale si realizza con il coordinamento dei processi assistenziali e la gestione congiunta delle risorse, per il tramite di Convenzioni, Accordi di programma, Protocolli di Intesa, Consorzi Comuni/Asl per la gestione unitaria delle prestazioni. Il livello di integrazione professionale si realizza per il tramite delle attività dei PUA e delle UVMD, lavoro congiunto e integrato, appunto, di operatori sanitari e socio assistenziali.

### 30.9 - *Integrazione Ospedale Territorio*

1. L'Integrazione Ospedale Territorio, intesa come approccio pianificato, collaborazione sinergica, continuità assistenziale dei pazienti caratterizzati da maggiore complessità, è realizzata da percorsi assistenziali diversificati domiciliari, residenziali, riabilitativi in base a specifiche necessità. Sono previste forme alternative alla tradizionale assistenza ospedaliera per specifiche patologie con miglioramento della qualità della vita e riduzione dei costi sanitari. Sono previste forme di sviluppo a livello territoriale del processo di cure primarie, in una logica di gestione integrata dei processi di cure che risulta utile a superare il modello ospedaliero classico ed a ridurre il ricorso ai ricoveri. Anche a tal fine si attua la "Medicina di iniziativa", ossia interventi mirati di prevenzione che coinvolgono e motivano i cittadini nel mantenimento dello stato di salute e, o, nella modifica degli stili di vita.

### 30.10 - *Area delle dipendenze*

1. L'area delle dipendenze patologiche orienta la sua politica di intervento al contrasto del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali, al consumo di alcool ed all'incremento dei comportamenti di dipendenza, anche senza sostanza.

2. Le politiche e gli interventi sanitari di settore necessitano di forte impulso di lavoro di rete e di integrazione tra tutte le agenzie pubbliche e del privato sociale che operano nel settore. È, inoltre, indispensabile che i servizi deputati al trattamento di questa area problematica affrontino in modo unitario interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Gli interventi di prevenzione e di trattamento precoce riguardano sempre più la popolazione giovanile, per la quale va adottata una specifica strategia di azione. La normativa nazionale è rappresentata:

- dal D.P.R. n. 309/90 ("*Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*") e successive modificazioni;
- dalla Legge n. 45 del 1999 "*Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*";
- dall'Accordo Stato Regioni per la "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*" del 21/01/1999;

- dal Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Consiglio dei Ministri il 29/10/10.

3. La prevenzione, la cura e la riabilitazione aziendali degli stati di dipendenza, vengono realizzati dai Ser.D., localizzati nei distretti aziendali, secondo un approccio integrato e multimodale, medico-psicologico-sociale, basato su evidenze scientifiche e soggetto a periodiche valutazioni. Valore fondante dell'azione dei Ser.D. è il rifiuto del concetto di irrecuperabilità della persona dai danni correlati all'uso di droghe. I Ser.D. aziendali, grazie all'attività di coordinamento, operano in stretta collaborazione e integrazione con tutti gli Enti Pubblici e del Privato Sociale territoriali che operano nel settore. Tale integrazione trova la sua massima espressione di rete integrata dei servizi, intorno alle attività progettuali di Lotta alla Droga della Regione Lazio. Il lavoro di rete tra i Ser.D. e gli Enti del Privato Sociale permette l'utilizzo di modalità unitarie e condivise per affrontare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, facilitando la presa in carico precoce delle persone, anche detenute, che già usano, abusano e/o dipendono dalle sostanze, accompagnandole nel processo di cambiamento del proprio stile di vita.

4. I Ser.D. aziendali operano in connessione con gli altri Servizi Sanitari aziendali, attraverso la condivisione di protocolli d'intervento, in particolare con il Dipartimento di Salute Mentale per quanto attiene a "tossicodipendenza e comorbilità psichiatrica" e per quanto riguarda "donne tossicodipendenti e gravidanza" con TSMREE e i Consulenti in forma proattiva per l'individuazione precoce in ambito di minori ed adolescenti di comportamenti a rischio (ludopatie, alcolismo, dipendenza da stupefacenti).

5. In accordo con la normativa esistente, con le evidenze nazionali e internazionali, con le indicazioni della Regione Lazio i Ser.D. assicurano gli interventi di prevenzione, oltre che sui giovani tra 14 e 19 anni, anche sulle fasce giovanili di età compresa tra 12 e 13 anni, attraverso interventi specifici nelle scuole.

### 30.11 - Area della sanità penitenziaria

1. L'Azienda ospita nell'ambito del Distretto FI due sedi carcerarie, la Casa Circondariale "Nuovo Complesso" (n. 480 detenuti registrati al 31/07/2014) e la Casa di reclusione di Civitavecchia (n. 91 detenuti registrati al 31/07/2014). Pur a fronte della diversità della tipologia di permanenza delle persone ivi ristrette, vengono individuati protocolli per omogeneità dell'offerta assistenziale, anche attraverso l'informatizzazione dei dati in modo da rendere disponibile le informazioni sanitarie di ogni singolo paziente, sia riguardo i suoi trasferimenti all'interno del sistema penitenziario, che verso l'esterno al momento del rilascio.

2. Un protocollo di intesa ha istituito un coordinamento funzionale tra le aziende ASL RMA, ASL RMB, ASL RMF, ASL VT e ASL RI in materia di assistenza alle popolazioni detenute nel territorio regionale del Lazio.

### 30.12 - Coordinamento funzionale tra Distretto e Dipartimenti

1. Sul territorio distrettuale operano, in modo funzionalmente e professionalmente autonomo, anche i servizi territoriali dei Dipartimenti e precisamente:

- Centro di Salute Mentale (CSM) e presidi residenziali e semiresidenziali (Centri Diurni e Comunità terapeutiche) del Dipartimento Salute Mentale;
- Igiene e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e Servizi Veterinari del Dipartimento di Prevenzione.

2. La suddivisione delle responsabilità a livello distrettuale è tale per cui il Direttore del Dipartimento è, in autonomia professionale e funzionale, il garante dell'appropriatezza tecnico-professionale delle prestazioni, della tempestività dell'intervento e della continuità delle cure/prestazioni offerte; il Direttore di Distretto deve avere una visione globale d'insieme dei servizi che l'Azienda rende disponibili in quella parte del suo territorio, al fine di promuovere il coordinamento organizzativo e l'"integrazione orizzontale" tra i servizi distrettuali e quelli erogati dai Dipartimenti a livello territoriale, al fine di impostare eventuali azioni di miglioramento, in accordo con i Direttori di Dipartimento coinvolti e con la Direzione Aziendale.

3. Considerati gli ampi margini di autonomia dei due centri di responsabilità (Distretto e Dipartimento), è necessario definire gli strumenti di raccordo che consentano alla Direzione distrettuale di svolgere al meglio la funzione di garante della unitarietà e funzionalità dell'offerta assistenziale dell'Azienda nel suo territorio.

4. Tali funzioni di raccordo possono comportare, inoltre, la condivisione delle risorse necessarie all'ottimizzazione delle attività, da utilizzare mediante la definizione di protocolli d'intesa che prevedano:

- ruoli, responsabilità e rapporti professionali e funzionali con le strutture di competenza;
- la gestione del personale, l'organizzazione del lavoro e gli orari dei servizi al pubblico;
- le procedure di rapporto con l'utenza (ad es., sportello unico distrettuale);
- i flussi informativi;
- la disponibilità di locali e l'utilizzo di strumenti informatici.

5. I responsabili dei servizi territoriali e distrettuali devono agire, quindi, secondo una organizzazione che prediliga le reti integrate di servizi, instaurando relazioni funzionali fra équipes multiprofessionali orientate agli utenti e per processo di cura, guidate da criteri di massima flessibilità e mobilità rispetto al territorio aziendale.

6. Tale obiettivo si realizza introducendo strumenti di organizzazione che prevedano programmi e procedure specifiche ed integrate tra le strutture distrettuali e quelle territoriali dei Dipartimenti, con l'obiettivo di definire ruoli, responsabilità e competenze relative alla integrazione fra le strutture di erogazione distrettuali e quelle dipartimentali territoriali, al fine di garantire l'efficacia, la continuità e l'adeguatezza dei percorsi assistenziali.

#### Art. 31 - I Dipartimenti

1. La logica dipartimentale è strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale basate sull'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance aziendali in termini di efficacia, efficienza ed economicità.



2. I Dipartimenti sono organizzazioni complesse, con autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, e operano con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione aziendale.

3. Ai dipartimenti competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria ed, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della direzione strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per:
  - perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
  - tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- negoziare gli obiettivi di budget con la direzione strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

4. I Dipartimenti sono strutture che raggruppano unità operative, complesse e semplici dipartimentali preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei e all'organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate.

5. Il Direttore di unità operativa complessa e di unità semplice dipartimentale risponde direttamente al Direttore di Dipartimento.

6. I Dipartimenti possono essere:

- a struttura
- a funzione
- interaziendali

7. I Dipartimenti a struttura sono quelle organizzazioni complesse che accorpano unità organizzative legate da una relazione gerarchica.



8. I Dipartimenti a funzione costituiscono un raccordo su base aziendale di competenze e qualità professionali che individuano regole comuni ed attuano una omogeneizzazione del processo produttivo e organizzativo e del diritto di accesso dei cittadini, anche attraverso l'elaborazione di protocolli operativi e di linee guida.
9. L'organizzazione dipartimentale potrà essere anche interaziendale, in ordine ad accordi tra Aziende Sanitarie della Provincia o della Regione, funzionali a sinergie ed economie di scala, per le funzioni amministrative e tecniche.
10. Il direttore del dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti di unità operativa complessa scelti nei settori scientifico-disciplinari afferenti al dipartimento, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento.
11. L'incarico di direttore di dipartimento potrà avere una durata da due a tre anni.
12. Il direttore del dipartimento, in particolare:
- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di dipartimento;
  - coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
  - verifica la rispondenza degli obiettivi del dipartimento con quelli dell'Azienda;
  - partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative aziendali;
  - informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione;
  - gestisce il budget del dipartimento;
  - garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida;
  - risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.
13. Il Direttore di Dipartimento si avvale del Comitato di dipartimento, che di norma si riunisce ogni due mesi o su richiesta di almeno un terzo dei Direttori di struttura complessa afferenti.
14. Il Comitato di dipartimento, ai sensi dell'articolo 17bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.
15. Componenti del Comitato di dipartimento sono:
- il direttore del dipartimento che lo presiede;
  - i direttori delle unità operative complesse;
  - i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali;
  - i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza ed ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel dipartimento;
  - i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento che durano in carica tre anni.
16. Il Comitato si riunisce previa convocazione formale del direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del

dipartimento.

17. La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento.

18. Il Comitato di dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento definendo i processi aziendali. Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento.

19. Il Comitato di dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su:

- gli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole unità operative e dei rispettivi budget;
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza ecc.

### 31.1 - Dipartimento di prevenzione

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

2. Il dipartimento di prevenzione produce il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, il dipartimento trova nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. E' necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi.

3. Nell'ambito del dipartimento di prevenzione occorre conferire una multidisciplinarietà d'approccio alle attività relative alla sicurezza alimentare, che riguardano sia gli alimenti di origine animale che quelli di origine vegetale. In tal senso, il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione deve coniugare il controllo igienico degli alimenti e delle bevande con il controllo delle qualità nutrizionali degli stessi, al fine di prevenire le patologie di tipo infettivo-tossicologico e le patologie dismetaboliche legate ad una non corretta alimentazione.

4. Per un corretto approccio alla sicurezza alimentare, nell'ambito del dipartimento di prevenzione le attività di tipo medico devono essere integrate con quelle di tipo veterinario. Allo scopo di garantire l'integrazione delle operazioni di vigilanza e controllo delle attività di interesse comune, si prevede che il Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) ed il Servizio Veterinario "Area B", pur conservando la propria autonomia a garanzia delle specifiche peculiarità, agiscano in

modalità integrata, definendo adeguate procedure operative, quali ad es., il sistema di allerta, l'attività di vigilanza, volte a migliorare l'omogeneità degli interventi su tutto il territorio della ASL, al fine di raggiungere gli scopi della sicurezza alimentare e prevenire i rischi per la salute pubblica ponendosi nei confronti dell'utenza come supporto qualificato sotto il profilo tecnico-scientifico e giuridico-amministrativo, garantendo la massima professionalità e competenza nell'intervento preventivo e ottimizzando al tempo stesso le risorse umane evitando la duplicazione delle prestazioni. Alla sanità pubblica veterinaria competono, invero, compiti complessi e articolati che si riconducono alla gestione complessiva della salute animale, del delicato equilibrio uomo-animale-ambiente e della tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

5. Quanto all'assetto organizzativo del dipartimento di prevenzione, esso è delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 29.11.2001 e di quanto chiarito con nota del Ministero della Salute prot. n. 0001144 – P – 27/02/2013. Per quanto attiene le funzioni inerenti la Sanità Pubblica Veterinaria e la Sicurezza Alimentare si tiene conto dell'Accordo stato regioni n. 46/CSR del 07 febbraio 2013 recepito con DCA U00503 del 23.12.2013.

6. L'Azienda adegua il proprio bilancio ed i propri regolamenti di contabilità a quanto previsto dall'art. 134 della legge regionale n. 4/2006 e s.m.i. in ordine al vincolo di utilizzo dei fondi derivanti da prestazioni erogate a favore dei privati e dalle sanzioni in materia di lavoro, di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e di sanità veterinaria.

### 31.2 - Dipartimento di salute mentale

1. Il Dipartimento di salute mentale è una delle strutture operative aziendali, preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche in base a quanto previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 236/2000 (Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale). Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

2. Compete al direttore del DSM la gestione delle risorse assegnategli dal Direttore Generale per il raggiungimento degli obiettivi programmati. Il dipartimento opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso una rete di servizi fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano, nel loro complesso, livelli di assistenza in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale. Il dipartimento garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati e di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione degli utenti e dei loro familiari ed assicurando il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di distretto, azienda e regione. Collabora, nella forma ritenuta più idonea dalla Direzione Generale, con i servizi per le Patologie delle Dipendenze e con i Servizi per la Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva.

3. Il Dipartimento di Salute Mentale comprende più unità operative complesse finalizzate al completo sviluppo e all'integrazione degli interventi preventivi e terapeutico – riabilitativi.

4. Il Direttore del Dipartimento coordina la rete complessiva dei servizi territoriali e ospedalieri, pubblici e privati accreditati dell'assistenza per la salute mentale che insistono sul territorio aziendale



e gestisce la quota di budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

5. Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le proprie strutture, garantisce tutte le funzioni previste dalla normativa vigente (D.P.R. 10.11.1999), ivi comprese: il controllo dei ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidisciplinare; la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche in ambito detentivo; i percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per i pazienti provenienti dagli OPG, la promozione e la gestione di alloggi comunitari.

6. Presso il DSM è costituita la Consulta della Salute Mentale, che coadiuva il Direttore del Dipartimento, a cui partecipano i rappresentanti di Associazioni familiari, di utenti e di volontari che operano in partnership con i servizi.

#### *Art. 32 - Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie*

1. Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie è composto da una Struttura Complessa delle Professioni Sanitarie e da una Struttura Semplice Dipartimentale avente la funzione di integrazione Ospedale e Territorio.

2. La Direzione delle Professioni Sanitarie è struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nell'Azienda.

3. La Direzione si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

4. Il Dirigente sanitario responsabile del servizio è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/2000 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente ed è nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, nonché da quanto previsto dal CCNL del 03.11.2005, con il conferimento di un incarico triennale rinnovabile.

#### *Art. 33 - Le Unità Operative*

1. Le Unità Operative sono strutture organizzative del Dipartimento, del Distretto o non aggregate. In esse confluiscono risorse multi-professionali, tecniche e finanziarie; assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi secondo i criteri definiti nel rispetto degli indirizzi aziendali. 2. Le unità operative possono essere complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici. Le Unità Operative Complesse e le Semplici a valenza dipartimentale, afferenti a un Dipartimento, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

3. La direzione di struttura complessa o di struttura semplice a valenza dipartimentale, implica lo svolgimento di funzioni di direzione e organizzazione nelle forme della delega e della responsabilità degli atti, da attuarsi nel rispetto delle direttive operative e gestionali del dipartimento di

appartenenza, nonché l'adozione delle decisioni volte al corretto espletamento del servizio in termini di appropriatezza nella propria struttura.

4. La direzione di struttura semplice di unità operativa implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità ed autonomia limitate agli obiettivi assegnati.

#### Art. 34 - *Casa della Salute*

1. La Casa della salute (CdS), articolazione del Distretto sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, l'assistenza intermedia, che si colloca e si connette con il Polo Ospedaliero ASL RMF e con gli altri servizi territoriali.

2. Obiettivo della CdS è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al P.S. ed i ricoveri ripetuti in ospedale.

3. Nella CdS operano medici del distretto, medici di medicina generale, medici specialisti territoriali e ospedalieri (che garantiscono anche le attività di diagnostica strumentale), eventualmente pediatri di libera scelta, psicologi, infermieri oltre ad operatori dedicati alle attività di accoglienza (PUA, CUP, etc.) e ad altre figure professionali in relazione alle specificità dei singoli territori.

4. Per ciascuna delle CdS è previsto un Regolamento di funzionamento della struttura sulla base degli indirizzi dati dal DCA U00414 del 26.11.2014, che viene concordato all'interno del Comitato aziendale permanente per la medicina generale e della pediatria di libera scelta.

5. La CdS garantisce la funzione di accoglienza che assolve alle necessità di informazione del pubblico e di orientamento relativamente ai servizi presenti nella CdS. Svolge anche una funzione di filtro per quanto riguarda gli utenti che accedono direttamente alla CdS.

6. Presso la CdS è attivata la funzione di Case management. Tale funzione è riferibile al "processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia" (CMSA, 2010).

7. All'interno dei percorsi assistenziali per la gestione delle patologie croniche, si colloca inoltre il Centro antiviolenza, cui contribuiscono professioni quali lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere. Il centro antiviolenza della CdS è in rete con analoghe funzioni presenti presso altri enti o gestite dal volontariato.

#### Art. 35 - *Il Polo Ospedaliero ASL RMF*

1. Il Polo Ospedaliero è struttura operativa ed è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica all'interno del bilancio dell'Azienda.



2. Il Polo Ospedaliero rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.
3. Ferme restando le competenze attribuite al dirigente amministrativo preposto al polo ospedaliero, il Direttore Generale affida il coordinamento del polo ospedaliero ad un dirigente medico della disciplina della direzione medica di presidio ospedaliero, che assume l'incarico di Direttore sanitario del polo ospedaliero.
4. Il direttore sanitario del polo ospedaliero assicura la funzione di supporto, integrazione, coordinamento, raccordo e continuità operativa con i direttori delle strutture complesse dei dipartimenti e la direzione strategica.
6. Il direttore sanitario del polo ospedaliero dirige lo stesso ai fini igienico – organizzativi ed è complessivamente responsabile dello sviluppo del governo clinico, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e dei processi organizzativi riguardanti la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti.

## CAPO IV

### SISTEMI E STRUMENTI DI GESTIONE

**SOMMARIO:** Art. 36 Il bilancio di missione e il bilancio di mandato, 50 — Art. 37 La pianificazione strategica, 50 — Art. 38 Il budget, 50 — Art. 39 La gestione e valutazione delle responsabilità, 51 — 39.1 Controllo di gestione, 51 — Art. 40 Il governo clinico e assistenziale, 52 — 40.1 Ufficio del risk management per la gestione del rischio clinico, 52 — 40.2 Sistema integrato di gestione dei rischi, 52 — 40.3 Servizio di Prevenzione e Protezione, 53 — 40.4 Modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, 53 — Art. 41 La libera professione intramuraria, 54 — Art. 42 Contratti in materia di fornitura di beni e servizi, 54 — Art. 43 La carta dei servizi, 54 — Art. 44 I Regolamenti aziendali, 55 — Art. 45 Total Quality Management (TQM) e sviluppo organizzativo, 55

#### *Art. 36 - Il bilancio sociale ed il bilancio di mandato*

1. L'Azienda si impegna a redigere annualmente un bilancio sociale, col quale comunica la logica delle scelte effettuate per la tutela della salute della propria popolazione di riferimento, in rapporto alla propria mission e in funzione delle risorse disponibili, e sintetizza in un quadro chiaro e misurabile la propria performance, gli esiti della propria attività assistenziale e l'impatto sulla salute della collettività.
2. Il bilancio sociale è reso pubblico ed inviato alle istituzioni ed ai soggetti sociali di riferimento.
3. Alla fine del mandato, con lo stesso schema logico, ma con una prospettiva pluriennale, viene redatto e reso pubblico il bilancio di mandato.

#### *Art. 37 - La pianificazione strategica*

1. Il Direttore Generale con il supporto del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, sentiti anche i bisogni espressi dalla Conferenza Sanitaria e nel rispetto di principi e obiettivi del Piano sociosanitario regionale e degli altri documenti di pianificazione regionale, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e sociosanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda ("pianificazione partecipata").
2. Il processo di pianificazione è attuato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale e in stretta connessione con gli altri strumenti di pianificazione locale.

#### *Art. 38 - Il budget*

1. Il budget rappresenta lo strumento privilegiato di guida dei comportamenti aziendali. Attraverso l'esplicitazione e la negoziazione a tutti i livelli aziendali degli obiettivi e delle risorse necessarie a conseguirli, l'Azienda:
  - a) coordina il complesso insieme dei propri processi operativi;
  - b) responsabilizza i dirigenti e acquisisce elementi utili alla formulazione di giudizi circa l'attitudine ad assumere responsabilità gestionali;
  - c) garantisce le condizioni per una piena realizzazione dell'autonomia professionale e manageriale;

- d) comunica i risultati attesi della gestione a tutti i portatori di interesse.
2. Procedure e modalità operative per il processo di budget sono definite dall'Azienda con apposito regolamento.

#### Art. 39 - *La gestione e la valutazione delle responsabilità*

1. L'Azienda USL RM F adotta il metodo della pianificazione e controllo per obiettivi.
2. Il processo di controllo gestionale è finalizzato a migliorare i risultati aziendali verificando gli scostamenti in rapporto agli obiettivi assegnati e permettendo di individuare e produrre le azioni di revisione operativa o strategica.
3. Il sistema di valutazione dell'attività e del potenziale delle risorse umane rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda USL RM F promuove la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo di ogni singolo operatore nell'ambito dei propri obiettivi organizzativi.
4. Il procedimento per la valutazione è coordinato e definito mediante l'adozione di apposito regolamento, redatto secondo la normativa contrattuale vigente e concertato con le rappresentanze dei lavoratori.

#### 39.1 - *Controllo di gestione*

1. La rilevanza del Controllo di gestione è direttamente correlata alla configurazione aziendalistica delle strutture sanitarie ed al conseguente impianto di una contabilità analitica per centri di responsabilità e centri di costo conformi all'organizzazione aziendale.
2. Il Controllo di gestione provvede alla verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati), dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione aziendale, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.
3. A tal fine l'Azienda definisce:
  - a) l'unità o le unità responsabili della progettazione e della conduzione del controllo di gestione;
  - b) le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
  - c) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali, dei soggetti responsabili, degli indicatori per la misurazione dei risultati e dei loro valori attesi;
  - d) un sistema di indicatori della performance complessiva dell'ente, e della performance specifica delle singole aree di attività, con riferimento al grado di soddisfazione dei bisogni sanitari della popolazione, inclusa la soddisfazione dell'utenza, agli esiti ed alla qualità degli interventi, all'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse ed alla capacità di mantenere l'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale;
  - e) le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
  - f) gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
  - g) la frequenza di rilevazione delle informazioni.





4. Il Controllo di gestione viene assicurato secondo parametri, procedure ed indicatori annualmente determinati, utili a valutare la capacità aziendale ad acquisire fattori operativi per la produzione delle prestazioni o dei servizi da erogare, l'efficienza nell'impiego delle risorse umane e strumentali, nonché la produttività dei predetti fattori garantendo l'obiettività, l'imparzialità e la trasparenza delle valutazioni.
5. Ai fini di cui sopra è assicurata la tenuta della contabilità analitica ed è adottata la procedura di budgeting e controllo, nel rispetto delle indicazioni regionali.
6. In conformità a quanto previsto dall'Atto di indirizzo regionale (DCA 259/2014) questa funzione garantisce anche il supporto tecnico all'Organismo Indipendente di Valutazione nello svolgimento delle funzioni ad esso assegnate.

#### *Art. 40 - Il governo clinico e assistenziale*

1. Il governo clinico e assistenziale rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi offerti dall'Azienda.
2. L'Azienda adotta azioni positive per la riduzione/controllo del rischio clinico assistenziale e per la diffusione di buone pratiche, perseguendo il continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza del paziente, favorendo la partecipazione degli operatori alla elaborazione delle strategie aziendali, alla organizzazione ed alla revisione sistemica della qualità dei servizi e della appropriatezza delle prestazioni.

#### *40.1 - Ufficio del risk management per la gestione del rischio clinico*

1. Il "risk manager" opera in staff alla direzione strategica ed assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute, con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.
2. Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performances dei dirigenti aziendali, ove incidente sulla funzione da loro esercitata.

#### *40.2 – Sistema integrato di gestione dei rischi*

1. A questo servizio compete l'analisi e la valutazione, coordinandosi con il Servizio di Prevenzione e Protezione, il responsabile del Piano della Prevenzione della Corruzione ed il responsabile della U.O. Sistemi Informatici (per le esigenze di informatizzazione dei programmi in conformità con il D.Lgs. 231/2001), dei rischi-reato sanzionati dal predetto D.Lgs. 231/2001 lungo i processi operativi aziendali. Questa analisi avrà come obiettivo l'identificazione, la valutazione, la verifica ed il miglioramento dei controlli interni a presidio di tali rischi.

2. La sua organizzazione sarà aderente alla disciplina regionale di settore.

#### 40.3 - Servizio di Prevenzione e Protezione

1. Il Servizio di Prevenzione e Protezione svolge i compiti attribuiti dall'art.33 del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico della direzione strategica e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

2. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede all'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 31 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.). Il Servizio di Prevenzione e Protezione opera in staff alla direzione generale per il necessario collegamento operativo con la direzione aziendale.

#### 40.4 - Modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

I Nell'ambito di applicazione della DGR n. 613/2010 il Direttore Generale adotta un modello organizzativo articolato su tre livelli: Direzione Strategica, Coordinamento del Piano di Prevenzione e Referenza Aziendale di Progetto, con le seguenti competenze:

- 1) *Direzione Strategica*: è affidata al Direttore Sanitario Aziendale che nell'ambito delle sue competenze:
  - a) individua il "Coordinatore Aziendale del Piano di Prevenzione" all'interno del dipartimento di prevenzione affidandone il ruolo, al direttore del dipartimento di prevenzione ovvero ad altro personale dello stesso dipartimento con adeguata esperienza maturata nel settore della prevenzione;
  - b) congiuntamente con il Coordinatore di cui al punto precedente e sentiti i direttori delle UOC interessate individua i referenti aziendali per l'attuazione dei singoli progetti;
  - c) verifica periodicamente l'andamento del piano sulla base delle informazioni provenienti dal Coordinatore.
- 2) *Coordinamento Aziendale del Piano di Prevenzione*: è affidato al dipartimento di prevenzione nella figura, del direttore del dipartimento stesso ovvero di altro dirigente medico dello stesso dipartimento con esperienza almeno decennale maturata nel settore della prevenzione con le seguenti competenze:
  - a) individuazione, congiuntamente con il Direttore Sanitario e sentiti i direttori delle UOC interessate, dei referenti aziendali per l'attuazione dei singoli progetti;
  - b) progettazione della fase attuativa del Piano Regionale di Prevenzione attraverso l'elaborazione del "Piano Attuativo Aziendale" redatto sulla base dei piani operativi dei singoli progetti;
  - c) coordinamento tra singoli progetti interferenti rispetto target di popolazione ed aree di intervento;
  - d) informazione periodica della direzione strategica sull'andamento e le criticità attuative del piano.

- 3) *Referenza Aziendale di Progetto*: è affidata a dirigenti con esperienza almeno quinquennale nella relativa branca con le seguenti competenze:
- a) partecipazione alle riunioni ed ai gruppi di lavoro periodicamente convocati dal referente regionale di progetto;
  - b) attuazione del piano di prevenzione di competenza elaborato congiuntamente con il referente regionale del progetto;
  - c) collaborazione con il Coordinatore aziendale nella stesura e realizzazione del piano attuativo aziendale.

*Art. 41 - La libera professione intramuraria*

1. L'Azienda, in ottemperanza alle norme vigenti, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria quale attività in grado di:

- a) contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;
- b) rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda;
- c) garantire i diritti e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale degli operatori dell'Azienda.

2. L'esercizio della libera professione verrà disciplinato tramite l'adozione di apposito regolamento da adottare con atto deliberativo da trasmettere alla Regione Lazio per l'approvazione.

*Art. 42 - Contratti in materia di fornitura di beni e servizi*

1. L'Azienda, effettua, ove possibile, i propri acquisti tramite il MEPA, ricorrendo agli strumenti di approvvigionamento e negoziazione predisposti da CONSIP spa e dalla centrale di committenza della Regione Lazio. Disciplina, altresì, con proprio regolamento, nei limiti delle vigenti fonti comunitarie, statali e regionali, il ricorso all'acquisto di beni e servizi in economia individuando preventivamente, con riguardo alle proprie specifiche esigenze, l'ambito oggettivo ed i limiti di importo delle singole voci di spesa.

*Art. 43 - La carta dei servizi*

1. La Carta dei servizi è il patto con cui chi eroga un determinato servizio o prestazione si impegna nei confronti del cittadino/utente. I destinatari della Carta dei servizi sono, pertanto, tutti coloro che intendono utilizzare quei servizi o usufruire di quelle prestazioni che l'Azienda fornisce. In particolare, la Carta dei servizi aziendale è scritta in modo comprensibile a tutti e contiene le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'Azienda si impegna ad erogare, ma anche in che quantità, in che modo e con quali impegni di qualità. La Carta dei servizi indica anche il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché indica le modalità per presentare ricorso, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.



2. Il Direttore Generale si impegna ad aggiornare la Carta dei servizi annualmente, dandone ampia diffusione. La Carta dei servizi è pubblicata sul sito aziendale e su quello della Regione Lazio.

#### Art. 44 - *Regolamenti aziendali*

1. Il Direttore Generale si avvale, fra gli strumenti organizzativo-gestionali, di regolamenti interni che provvederà ad adottare, tra l'altro, nelle seguenti materie:

- a) modalità di affidamento, cambiamento e revoca di direzione delle strutture e degli incarichi ai dirigenti e le modalità di valutazione degli stessi;
- b) relazioni sindacali;
- c) modalità con cui l'Azienda appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del Codice degli appalti emanato con D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i.;
- d) modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale "intra moenia";
- e) modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché, il collegamento con sistema premiante;
- f) modalità di funzionamento dei dipartimenti e dei distretti;
- g) modalità di funzionamento degli organismi individuati nel presente atto;
- h) procedure di controllo interno;
- i) procedure di controllo e liquidazione delle fatture e dei compensi;
- l) affidamento delle deleghe ai Dirigenti e funzionamento degli uffici;
- m) modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- n) modalità di affidamento e revoca degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento.

2. Potranno altresì essere adottati altri regolamenti per l'organizzazione di altri settori di attività nonché in attuazione della normativa nazionale e regionale in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro, di protezione e sicurezza dei dati personali, di semplificazione amministrativa.

3. I regolamenti aziendali dovranno essere pubblicati sul sito internet aziendale e sul portale regionale della sanità.

#### Art. 45 - *Total Quality Management (TQM) e sviluppo organizzativo*

1. La ASL Roma F definisce quale modello di gestione dell'azienda, quello incentrato sul raggiungimento e perseguimento della qualità totale. Il termine qualità totale si riferisce al processo organizzativo il cui obiettivo è quello di sviluppare, progettare, produrre e dotare l'Azienda di strumenti necessari al raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia nell'assistenza sanitaria rivolta ai cittadini. Affinché la qualità totale non si limiti ad essere un mero concetto, tutto il personale dell'Azienda è coinvolto nella sua realizzazione.

2. Per la ASL Roma F Il concetto di qualità non deve essere limitato solo alle prestazioni ed ai servizi erogati, ma deve coinvolgere tutta l'attività socio sanitaria aziendale. La qualità del servizio sarà definita dal paziente. Attraverso la gestione in qualità dei propri servizi l'Azienda dovrà incontrare e raggiungere la soddisfazione dei cittadini assistiti.

**CAPO V****INCARICHI E ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ**

**SOMMARIO:** Art. 46 Gli incarichi, 56 — Art. 47 L'attribuzione delle competenze, 56 — Art. 48 La revoca degli incarichi, 56 — Art. 49 Norme finali, transitorie e di rinvio, 57

**Art. 46 - Gli incarichi**

1. Gli incarichi dei Direttori di Distretto e di Dipartimento, sono attribuiti dal Direttore Generale tenendo conto dei requisiti di comprovata specifica esperienza nei servizi da dirigere e di adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi stessi.
2. L'incarico di Direttore di unità operativa complessa del ruolo sanitario è attribuito dal Direttore Generale secondo le procedure di cui al D.P.R. 484/97 e da quanto previsto dal D. Lgs. 502/1992 così come modificato ed integrato dal D. Lgs. 229/1999 e dal D.L. n. 158 del 13.09.2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 del 08.11.2012;
3. Tutte le altre tipologie di incarico (responsabilità di unità operativa complessa dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, responsabilità di unità operativa semplice e semplice dipartimentale per tutti i ruoli, professionale di alta specializzazione per tutti i ruoli e professionale di base per tutti i ruoli) saranno conferite dal Direttore Generale, nel rispetto della normativa contrattuale vigente e dei regolamenti aziendali da adottare con appositi atti deliberativi.
4. Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali.
5. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, l'Azienda che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intenda, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferisce al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

**Art. 47 - L'attribuzione delle competenze**

1. Per effetto di specifica delega di attribuzione di competenza i dirigenti agiscono con autonomia professionale per raggiungere gli obiettivi prefissati e sono dotati di potere di gestione nell'ambito delle risorse assegnate (*allegato I - funzionigramma*).
2. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti compiuti. La Direzione Aziendale si riserva comunque la possibilità di intervento diretto in caso di inerzia del delegato e di illegittimità o inopportunità dell'atto.

**Art. 48 - La revoca degli incarichi**

1. Gli incarichi possono essere revocati con atto scritto e motivato del Direttore Generale secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali ed integrativi di lavoro per:

1. Inosservanza delle direttive impartite dalla Direzione Generale;
  2. Mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati per due annualità consecutive;
  3. Responsabilità grave e reiterata;
  4. In tutti gli altri casi previsti dai CC.CC.NN.LL.
2. Nei casi di maggiore gravità il Direttore Generale può proporre il recesso dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni della vigente normativa in materia.

*Art. 49 - Norme finali, transitorie e di rinvio*

1. Il presente Atto Aziendale fornisce l'illustrazione dei principi ispiratori dell'azione dell'Azienda, delle garanzie che s'intendono assicurare all'utenza, nonché dei termini generali nei quali si sostanzia l'assetto organizzativo.
2. Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa nazionale e regionale.
3. In merito alle procedure di modifica dell'atto aziendale, si fa presente che, per tutto il periodo di vigenza dello stato di commissariamento della Regione Lazio, qualsiasi modifica non meramente formale al presente Atto, dovrà essere sottoposto alle procedure di cui al paragrafo 11 dell'allegato I del D.C.A. 259/2014. In ogni caso non potranno essere apportate modifiche al presente atto nello stesso anno di prima approvazione né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.
4. Il presente Atto Aziendale si conformerà direttamente alle sopravvenienze legislative e/o normative nazionali e regionali.

Allegato 1 – Funzionigramma  
Allegato 2 – Organigramma



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA F



REGIONE  
LAZIO

# ATTO AZIENDALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.      DEL

**ALLEGATO I**

**FUNZIONIGRAMMA**



DENOMINAZIONE	GOVERNO DELLA RETE DEGLI EROGATORI
TIPOLOGIA	STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
MISSION	Svolge una funzione trasversale nell'ambito dei processi di programmazione e governo dell'offerta dei servizi sanitari mediante forme stabili di collaborazione con i Distretti, anche al fine dell'abbattimento delle liste d'attesa
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento</li><li>● Programmazione e valutazione della rete dell'offerta</li><li>● Verifica e controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei LEA e di rispetto dei tetti di prestazioni e budget economici</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Accreditamento strutture (atti propositivi) <span style="float: right;">B</span></li><li>● Autorizzazioni <span style="float: right;">A</span></li><li>● Controllo e vigilanza <span style="float: right;">B</span></li><li>● Liquidazione strutture accreditate <span style="float: right;">B</span></li></ul>

Legenda:

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)

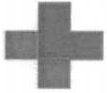


DENOMINAZIONE	PIANIFICAZIONE STRATEGICA, SVILUPPO, QUALITA' E FORMAZIONE	
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA	
MISSION	Supporta la Direzione Aziendale nel processo di programmazione; supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi cambiamento organizzativo; cura la gestione di processi di valutazione della qualità dei servizi attraverso forme di audit, indagini di valutazione sulla qualità percepita e iniziative di valutazione civica che favoriscono la partecipazione attiva dei cittadini; funge da strumento strategico per la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e per il miglioramento dell'efficacia e efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni ed organizzativa, nel perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. Quanto al Risk Management, attiva tutte le iniziative volte a migliorare la sicurezza delle cure	
ARTICOLAZIONI	UOS RISK MANAGEMENT	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Supporta la Direzione Aziendale nel processo di programmazione</li> <li>● Supporta la Direzione Aziendale nell'analisi e revisione dei processi organizzativi</li> <li>● Cura la gestione dei processi di gestione della qualità dei servizi</li> <li>● Cura la formazione professionale dei dipendenti</li> <li>● Attiva tutte le iniziative volte a migliorare la sicurezza delle cure</li> </ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Analisi della domanda di prestazioni</li> <li>● Analisi della mobilità sanitaria</li> <li>● Analisi dei dati di produzione</li> <li>● Cura la predisposizione e la realizzazione del Piano annuale di formazione avvalendosi della collaborazione dei referenti della formazione dei Dipartimenti</li> <li>● Collabora per la progettazione e gestisce l'organizzazione delle iniziative formative organizzate direttamente dalla direzione aziendale</li> <li>● Gestisce le risorse economiche destinate annualmente alla formazione/aggiornamento del personale</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">B</div>
<p>Legenda:</p> <p><b>A) Direttore Generale:</b> Deliberazioni</p> <p><b>B) Dirigente:</b> Determinazioni</p> <p><b>C) Dirigente o Funzionario:</b> atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)</p>		



DENOMINAZIONE	BUDGET, CONTROLLO DI GESTIONE, VALUTAZIONE, RENDICONTAZIONE SOCIALE E AUDIT CIVICO	
TIPOLOGIA	STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	
MISSION	Supporta la Direzione Aziendale nel processo di budgeting-controllo-verifica degli obiettivi gestionali ed economici; sviluppa sistemi di indicatori multidimensionali per la valutazione della performance delle articolazioni aziendali e dell'azienda nel suo complesso; adotta strumenti di ascolto e comunicazione sociale per adeguare costantemente l'azione dell'azienda ai bisogni reali dei cittadini; garantisce il supporto tecnico all'OIV nello svolgimento delle funzioni ad esso assegnate	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Supporto alla Direzione aziendale nel processo di budgeting, controllo e verifica degli obiettivi gestionali ed economici (ciclo della prestazione e dei risultati)</li><li>● Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV</li><li>● Elaborazione e gestione dei sistemi di indicatori per la valutazione della performance aziendale</li><li>● Sviluppo di forme di ascolto e comunicazione sociale (audit civico, bilancio sociale)</li></ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Predisposizione del Piano dei centri di responsabilità e dei Centri di Costo</li><li>● Predisposizione del Piano della prestazione e dei risultati</li><li>● Affidamento del Budget degli obiettivi e delle risorse ai Centri di Responsabilità</li><li>● Monitoraggio periodico dei budget, analisi degli scostamenti, valutazione dei risultati raggiunti</li><li>● Supporto tecnico permanente all'OIV</li><li>● Predisposizione della Relazione sulla prestazione e sui risultati</li><li>● Adozione del "Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati" di cui alla L.R. n. 1/2011</li><li>● Adozione di un sistema di indicatori multidimensionali per la valutazione della performance delle articolazioni aziendali e dell'azienda nel suo complesso</li><li>● Gestione del sistema di reporting direzionale</li><li>● Partecipazione ai programmi di audit civico</li><li>● Redazione del Bilancio Sociale</li><li>● Gestione della Contabilità analitica per centri di costo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>A</li><li>A</li><li>A</li><li>C</li><li>C</li><li>A</li><li>A</li><li>A</li><li>C</li><li>C</li><li>A</li><li>C</li></ul>

**Legenda:**  
**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI	
TIPOLOGIA	INCARICO PROFESSIONALE	
MISSION	Attestazione della veridicità dei documenti contabili e predisposizione delle procedure attuative delle disposizioni e norme regionali	
FUNZIONI E PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Predisposizione attestazione di veridicità dei documenti contabili</li> <li>● Predisposizione dei procedure attuative delle disposizioni e norme regionali</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div>

**Legenda:**

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni

**B) Dirigente:** Determinazioni

**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)

DENOMINAZIONE	SISTEMA INTEGRATO DI GESTIONE DEI RISCHI	
TIPOLOGIA	FUNZIONE DI STAFF	
MISSION	Predisporre e aggiornare il Piano della prevenzione della corruzione e nell'ambito della trasparenza vigilare sulla totale accessibilità delle informazioni aziendali dei portatori di interesse	
FUNZIONI E PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Predisporre e aggiornare il Piano della prevenzione della corruzione</li> <li>● Predisporre e aggiornare il Piano della trasparenza</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div>

Legenda:

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni

**B) Dirigente:** Determinazioni

**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)

DENOMINAZIONE	RESPONSABILE DELLA PRIVACY
TIPOLOGIA	INCARICO PROFESSIONALE
MISSION	Vigilare sul pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati, ivi compreso il profilo relativo alla sicurezza dei medesimi dati
FUNZIONI E PRIN- CIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vigila sul trattamento dei dati</li> <li>● Verifica periodicamente la puntale osservanza delle procedure</li> </ul>

C

C

**Legenda:****A) Direttore Generale:** Deliberazioni**B) Dirigente:** Determinazioni**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	COORDINATORE LOCALE TRAPIANTI
TIPOLOGIA	INCARICO PROFESSIONALE
MISSION	Organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi e di tessuti
FUNZIONI E PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Assicurate l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore, tramite il sistema informativo dei trapianti, al centro regionale o interregionale competente ed al centro nazionale al fine dell'assegnazione degli organi <span style="float: right;">C</span></li><li>● Coordinare gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo <span style="float: right;">C</span></li><li>● Organizzare attività di informazione, di educazione e di crescita culturale della popolazione in materia di trapianti nel territorio di competenza <span style="float: right;">C</span></li><li>● Curare i rapporti con le famiglie dei donatori <span style="float: right;">B</span></li><li>● <span style="float: right;">C</span></li></ul>

**Legenda:**  
**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)

DENOMINAZIONE	DIREZIONE DISTRETTI
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA
<b>MISSION</b>	Il distretto rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda USL in cui si realizza integrazione complessa delle attività sociali e sanitarie, il coordinamento delle attività dei dipartimenti territoriali ed il raccordo con le attività dei dipartimenti ospedalieri.
<b>ARTICOLAZIONI</b>	UOC TUTELA SALUTE DONNA, COPPIA, PREVENZIONE ETA' EVOLUTIVA, SOGGETTI FRAGILI E IMMIGRATI; UOC SER.D. GOVERNO DELLA RETE E ACCREDITAMENTO STRUTTURE; UOSD NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA' ADULTI - CAD ED INTEGRAZIONE O/T - COORDINAMENTO UVDM; UOSD T.S.M.R.E.E. E TRANSIZIONE DISABILITA' ADULTI; UOSD MEDICINA LEGALE E PROTESICA; UOSD COORDINAMENTO CASE DELLA SALUTE; UOSD ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA (DISTRETTO FI); UOS CURE PRIMARIE - SPECIALISTICA DI BASE E ATTIVITA' DEL TERRITORIO
<b>FUNZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Funzione di tutela della salute dei propri assistiti</li> <li>● Funzione di committenza nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni, pubblici e privati</li> <li>● Funzione di programmazione volta ad individuare le principali aree di bisogno e a delineare le priorità di intervento.</li> </ul>
<b>PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione depositi <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> <li>● Ticket restaurant, buoni benzina e incassi intramoenia <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Spese in economia <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Casse economali <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> <li>● Gestione magazzino e servizi economali <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> <li>● Approvazione progetti SERT <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span></li> <li>● Formalizzazione impegni di spesa <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Contributi alla spesa portatori di handicap <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Formalizzazione spese per convenzioni <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Liquidazione e rimborso spese assistiti <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Liquidazione spese case di cura <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Liquidazioni varie <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> <li>● Rimborsi assistiti <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Nomina commissione invalidi civili <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span></li> <li>● Legge 68/99 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> <li>● Legge 104/92 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> <li>● Nomina collegi medico legali <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span></li> <li>● Compensi componenti commissione invalidi <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">B</span></li> <li>● Liquidazione protesica <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span></li> </ul>



- Danni da vaccinazioni e trasfusioni
- Liquidazione cure climatiche ed elioterapiche invalidi
- Nomina collegio medico legale ricorsi idoneità porto d'armi
- Rapporti con il tribunale dei minori
- Rapporti con le scuole
- Proposte ricoveri verso strutture accreditate e/o autorizzate
- Nomina collegio medico legale ricorsi contrassegno auto per invalidi

A

B

A

C

C

C

A

**Legenda:**

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni

**B) Dirigente:** Determinazioni

**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	DIREZIONE POLO OSPEDALIERO ASL RMF	
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA	
MISSION	Rappresenta l'articolazione ospedaliera dell'Azienda USL garantendo ad ogni cittadino in ogni circostanza la cura più adeguata al proprio bisogno di salute	
ARTICOLAZIONI	UOC MEDICINA SAN PAOLO; UOC NEFROLOGIA E DIALISI; UOC AREA MEDICA CHIRURGICA P. PIO; UOC LABORATORIO ANALISI; UOC RADIOLOGIA; UOSD DIABETOLOGIA; UOSD ONCOLOGIA; UOSD INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA RADIOLOGICA O/T E GRANDI MACCHINE (TAC - RMN)	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie e medico legali</li> <li>● E' funzione di riferimento per gli utenti ospedalieri interni ed esterni</li> <li>● Coordina le attività in caso di eventi che comportino situazioni particolari di emergenza urgenza</li> <li>● Funzione di riferimento istituzionale per gli organismi specifici relativamente ai compiti di controllo e certificazione</li> </ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organizzazione e gestione personale</li> <li>● Organizzazione funzionalità struttura</li> <li>● Messa in atto delle procedure idonee a favorire il consenso sui percorsi clinici e creazione delle condizioni logistiche ed organizzative per la loro implementazione con particolare riferimento alle funzioni di pronto soccorso, accettazione e urgenza</li> <li>● Azioni coordinate con il servizio aziendale di Risk Management per l'implementazione di protocolli per la prevenzione del rischio clinico correlato in particolare alle attività di sala operatoria e di somministrazione dei farmaci e più in generale in tutte le attività ospedaliere</li> <li>● Definizione delle modalità organizzative e gestionali dell'utilizzo razionale ed ottimale del blocco operatorio secondo principi di flessibilità e saturazione della capacità produttiva</li> <li>● Definizione e Vigilanza dei provvedimenti in merito alle attività igienico-sanitarie e di controllo delle infezioni ospedaliere</li> <li>● Conservazione e messa a disposizione della documentazione clinica (comprese le cartelle cliniche) nel rispetto delle normative</li> <li>● Coordinamento di attività di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali</li> </ul>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>C</b></div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>C</b></div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>B</b></div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>B</b></div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>C</b></div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>C</b></div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><b>C</b></div> <div style="text-align: right;"><b>C</b></div>
<b>Legenda:</b>		
<b>A) Direttore Generale:</b> Deliberazioni		
<b>B) Dirigente:</b> Determinazioni		
<b>C) Dirigente o Funzionario:</b> atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)		



DENOMINAZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
TIPOLOGIA	DIPARTIMENTO
MISSION	Struttura operativa aziendale che deve garantire l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni coordinate con le altre strutture territoriali ed ospedaliere, volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.
ARTICOLAZIONI	UOC SPRESAL; UOC SISP; UOC ATTIVITA' DI PREVENZIONE RIVOLTE ALLA PERSONA; AREA FUNZIONALE SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Igiene e sanità pubblica</li><li>● Igiene degli alimenti e della nutrizione</li><li>● Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro</li><li>● Sanità animale</li><li>● Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati</li><li>● Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche</li><li>● Screening</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Formalizzazione impegni di spesa <b>B</b></li><li>● Convenzioni aziendali <b>A</b></li><li>● Approvazione progetti specifici con fondi finalizzati <b>A</b></li><li>● Rendiconto spese progetti con fondi finalizzati <b>B</b></li><li>● Autorizzazione, attestazione, certificazione e pareri igienico-sanitari <b>B</b></li><li>● Indagini epidemiologiche e misure di profilassi <b>C</b></li><li>● Vaccinazioni <b>C</b></li><li>● Parere commissione pubblico spettacolo <b>C</b></li><li>● Atti inerenti le norme sulla prevenzione infortuni <b>C</b></li><li>● Liquidazioni varie di spese impegnate con atti formali <b>B</b></li><li>● Rendicontazione spese sostenute <b>B</b></li><li>● Autorizzazione, attestazione, certificazione e pareri su sanità animale agli utenti <b>B</b></li><li>● Autorizzazione, attestazione, certificazione e pareri sanità animale agli enti <b>B</b></li></ul>

Legenda:

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)

DENOMINAZIONE	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	
TIPOLOGIA	DIPARTIMENTO	
MISSION	Rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nell'organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale della popolazione di riferimento, anche detenuta	
ARTICOLAZIONI	UOC COORDINAMENTO C.S.M.; UOC S.P.D.C.; UOSD RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE; UOSD EPIDEMIOLOGIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE; UOSD SERVIZIO DIPARTIMENTALE DI INTERVENTO PRECOCE NEGLI ESORDI PSICOTICI	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevenzione cura e riabilitazione di ogni forma di disagio mentale</li> <li>● Coordinamento della rete complessiva dei servizi territoriali ed ospedalieri, pubblici e privati accreditati dell'assistenza per la salute mentale che insistono sul territorio aziendale</li> <li>● Controllo dei ricoveri degli utenti di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidimensionale</li> <li>● Diagnosi e trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche in ambito detentivo</li> <li>● Percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per i pazienti provenienti dagli OPG</li> <li>● Promozione e gestione di alloggi comunitari</li> </ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Convenzione cooperative</li> <li>● Inserimento in comunità</li> <li>● Progetti con fondi finalizzati</li> <li>● Utilizzo fondi dei comuni per disagiati mentali</li> <li>● Commissione per l'assegnazione delle provvidenze economiche ai disagiati psichici</li> <li>● Progetto annuale soggiorno utenti</li> <li>● Provvidenze economiche ai disagiati mentali</li> <li>● Liquidazioni di spese impegnate con atti formali</li> <li>● Rendicontazione delle spese sostenute</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div>
<b>Legenda:</b> <b>A) Direttore Generale:</b> Deliberazioni <b>B) Dirigente:</b> Determinazioni <b>C) Dirigente o Funzionario:</b> atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)		



DENOMINAZIONE	SISTEMI INFORMATICI ICT
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA
MISSION	Gestisce in maniera rapida, efficace ed efficiente il volume crescente di informazioni, mette a disposizione dati e informazioni qualitativamente migliori nell'ambito dell'organizzazione ed - grazie alla diffusione della tecnologia e dell'interconnettività - aiuta le strutture a definire i propri rapporti con gli utenti. Definisce ed attua le politiche di sicurezza informatica
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Conversione immagazzinamento, protezione, trasmissione e recupero sicuro dei dati</li><li>● Studio dell'archiviazione, dell'elaborazione o trasformazione e della rappresentazione delle informazioni</li><li>● Studio, progettazione, sviluppo, realizzazione, supporto e gestione dei sistemi informativi e di telecomunicazione computerizzati, anche con attenzione alle applicazioni software e ai componenti hardware che le ospitano</li><li>● Gestione liste d'attesa</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Reingegnerizzazione del sistema informatico/informativo aziendale <b>A</b></li><li>● Redazione documento programmatico sicurezza D.P.S. <b>A</b></li><li>● Gestione contratti, manutenzione e assistenza HW ed SW <b>C</b></li><li>● Atti di formazione contratti, manutenzione e assistenza HW ed SW <b>A</b></li><li>● Atti di formazione contratti telefonia fissa e mobile <b>B</b></li><li>● Gestione contratti telefonia fissa e mobile <b>C</b></li><li>● Liquidazione fatture <b>C</b></li><li>● Gestione telefonia mobile e fissa <b>C</b></li><li>● Gestione debito informativo interno ed esterno <b>C</b></li><li>● C.U.P. Prenotazioni <b>C</b></li><li>● C.U.P. riscossione ticket <b>C</b></li><li>● C.U.P. liste d'attesa <b>C</b></li></ul>

**Legenda:**  
**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	PROVVEDITORATO
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA
MISSION	Assicura i Livelli Essenziali di Assistenza attraverso azioni di programmazione ed acquisto di beni e servizio di cui necessita l'organizzazione aziendale
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Supporta i Servizi richiedenti nella gestione dei processi di analisi dei fabbisogni, effettuando le opportune analisi di mercato proponendo alla Direzione Aziendale e agli utilizzatori le eventuali possibili soluzioni e le varie alternative perseguibili</li><li>● Espleta, predisponendo anche i relativi atti, le procedure per la fornitura di tutti i beni e servizi dell'azienda</li><li>● Gestisce le procedure di acquisto di beni e servizi per l'Azienda, valutando la migliore soluzione tra percorsi tradizionali o di e-procurement; si avvale per l'elaborazione dei capitolati di gara delle competenze tecniche specifiche presenti nelle varie articolazioni aziendali</li><li>● Procede alla stesura degli atti di gara ai sensi del D.lgs 163/2006 e succ. mod. e secondo le normative comunitarie</li><li>● È responsabile, per le suddette forniture, della predisposizione e della relativa stipula dei contratti in applicazione del dettato legislativo di cui al Codice Civile oltre che eventualmente secondo l'uso del commercio</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Pianificazione e programmazione acquisizione beni e servizi <b>A</b></li><li>● Approvazione capitolati generali speciali di gara <b>A</b></li><li>● Nomina commissioni di gara <b>A</b></li><li>● Indizioni di gara <b>A</b></li><li>● Approvazione atti di gara <b>A</b></li><li>● Estensione di gara nei casi ammessi dalla normativa <b>A</b></li><li>● Atto consequenziali alle aggiudicazioni di gara <b>B</b></li><li>● Contratti <b>C</b></li><li>● Svincolo cauzioni di partecipazioni a gara <b>C</b></li><li>● Stipula contratti a seguito di aggiudicazione di gara <b>C</b></li><li>● Liquidazioni varie <b>C</b></li><li>● Cessioni di credito (di concerto con la UO Bilancio) <b>B</b></li><li>● Acquisizione beni e servizi sopra soglia <b>A</b></li><li>● Acquisizione beni e servizi sotto soglia <b>B</b></li><li>● Gestione inventario beni mobili <b>C</b></li><li>● Tenuta e aggiornamento elenco fornitori <b>B</b></li></ul>

Legenda:

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	BILANCIO
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA
MISSION	Assicura la gestione e lo sviluppo del Sistema Contabile dell'Azienda Sanitaria per la corretta redazione del Bilancio, l'ottimale utilizzo delle risorse finanziarie e la predisposizione dei dati utili al controllo di gestione, garantendo l'applicazione delle relative normative di legge. Governo dell'attività libero professionale.
ARTICOLAZIONI	UOS CONTABILITA' GENERALE E ALPI
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Predisporre, previa acquisizione dei dati necessari dai competenti servizi ed in stretto raccordo con la Direzione Amministrativa, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio preventivo economico, il bilancio di esercizio e le certificazioni economiche</li><li>● Provvede a svolgere le funzioni relative al bilancio, in termini di competenza, cassa e conto consuntivo</li><li>● Gestisce i processi amministrativi aziendali per la realizzazione della certificazione di bilancio</li><li>● Gestisce i rapporti con il tesoriere</li><li>● Organizza il servizio ALPI</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Anticipazioni di cassa</li><li>● Transazioni</li><li>● Rapporti e liquidazioni interessi al Tesoriere</li><li>● Vincolo destinazioni presso tesoriere</li><li>● Cessioni di credito</li><li>● tenuta registri obbligatori</li><li>● Situazioni e verifiche di cassa</li><li>● Ciclo attivo entrate, emissioni fatture attive</li><li>● Gestione finanziaria fornitori</li><li>● Pianificazione e programmazione economica</li><li>● Contabilità generale</li><li>● Budget aziendale</li><li>● Bilancio d'esercizio</li><li>● Flussi trimestrali C.E.</li><li>● gestione tributaria</li><li>● gestione fiscale</li><li>● gestione cespiti</li></ul>

B  
A  
B  
B  
C  
C  
C  
C  
A  
C  
A  
A  
C  
C  
C



- Rilascio autorizzazioni alla attività libero-professionale
- Liquidazione prestazioni libero-professionali
- Gestione spazi aziendali per l'attività libero-professionale

A

C

C

**Legenda:**

**A) Direttore Generale:** Deliberazioni

**B) Dirigente:** Determinazioni

**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	TECNICA
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA
MISSION	Garantisce la manutenzione e la realizzazione degli investimenti strutturali nelle sedi territoriali aziendali
ARTICOLAZIONI	UOS PATRIMONIO
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Gestisce la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio mobiliare e immobiliare aziendale</li><li>● Cura la tenuta degli inventari dei beni immobili</li><li>● Effettua le operazioni di stima, perizie tecniche e progettazione di nuove costruzioni ed impianti, ove non affidati a professionisti esterni, vigila sulla esecuzione di progetti ed opere affidati a tecnici esterni</li><li>● Procedimenti relativi a patrimonio e inventari</li><li>● Riparazioni e manutenzione attrezzature</li><li>● Provvede ad ogni altro adempimento anche di carattere amministrativo collegato alla gestione tecnica del patrimonio immobiliare</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Riparazione e manutenzione immobili, impianti e attrezzature</li><li>● Rapporti con Regione Lazio e invio progetti</li><li>● Relazioni Tecniche</li><li>● Gestione utenze</li><li>● Collaudi</li></ul>

B
C
A
C
B
A

**Legenda:**  
**A) Direttore Generale:** Deliberazioni  
**B) Dirigente:** Determinazioni  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)





DENOMINAZIONE	PERSONALE
TIPOLOGIA	STRUTTURA COMPLESSA
MISSION	Provvede alla gestione e all'amministrazione del personale sotto l'aspetto giuridico, economico, e previdenziale
ARTICOLAZIONI	UOS PERSONALE A CONVENZIONE
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Realizza le procedure relative all'assunzione del personale (bandi di concorso, mobilità, trasferimenti, reclutamento tramite ufficio di collocamento, avvisi pubblici)</li><li>● Gestisce il rapporto di lavoro sotto l'aspetto giuridico, economico, assistenziale e previdenziale (certificazione, inquadramenti, variazioni stipendiali, attribuzioni benefici economici, corresponsione indennità fisse e variabili, liquidazioni equo indennizzo, pratiche previdenziali, ecc.)</li><li>● Cura le relazioni sindacali</li></ul>
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ammissione candidati</li><li>● Aspettative fruibili con concessione nulla-osta</li><li>● Aspettative concesse per obbligo di legge</li><li>● Assunzioni a tempo indeterminato</li><li>● Conferimento incarichi a dirigenti</li><li>● Assunzioni a tempo determinato</li><li>● Contratti individuali di lavoro (rapporto a tempo determinato ed indeterminato)</li><li>● Collegi tecnici</li><li>● Commissioni, concorsi ed incarichi</li><li>● Avvisi interni</li><li>● Avvisi pubblici</li><li>● Dimissioni</li><li>● Equo indennizzo</li><li>● Liquidazione incentivazioni</li><li>● Mobilità interna</li><li>● Mobilità esterna</li><li>● Part-time</li><li>● Riammissione e mantenimento in servizio</li><li>● Congedi parentali</li><li>● Liquidazione indennità accessorie</li><li>● Attribuzione incarichi a tempo indeterminato personale a convenzione</li><li>● Attribuzione incarichi a tempo determinato personale a convenzione</li><li>● Aumenti di ore</li></ul>

B

A

B

A

A

A

C

A

A

A

A

B

B

B

A

A

A

A

B

B

A

A

A



- Revoca incarichi
- Riconversione ore
- Sanzioni disciplinari
- Denunce contributive
- Applicazione contratti e convenzioni
- Liquidazioni compensi ed indennità
- Adempimenti fiscali e tributi
- Certificati di servizio
- Verifica autocertificazioni
- Pubblicazione turni comitato zonale
- Aspettative fruibili con concessione nulla-osta (personale a convenzione)
- Aspettative concesse per obbligo di legge (personale a convenzione)
- Predisposizione atti per trasferimenti

A

A

C

C

C

B

C

C

C

C

A

B

C

**Legenda:**

**A) Direttore**

**B) Dirigente:**

**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)

DENOMINAZIONE	AFFARI ISTITUZIONALI E LEGALI	
TIPOLOGIA	STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	
MISSION	<p>Il servizio presidia una serie di ambiti di attività: quello relativo all'area del contenzioso, quello dei contratti assicurativi e tutta l'area degli Affari Generali.</p> <p>Nell'area del contenzioso coordina il lavoro sulle cause civili, i ricorsi al Giudice del Lavoro, i ricorsi amministrativi e i giudizi penali, attraverso la collaborazione con professionisti esterni. Sul versante assicurativo, gestisce la predisposizione delle procedure di gara per la stipula e la successiva gestione dei contratti assicurativi. In collaborazione con il servizio di Medicina Legale presidia l'istruttoria, la trattazione, il monitoraggio e la definizione delle richieste di risarcimento formulate da terzi tenendo i rapporti con le compagnie assicuratrici e i singoli dipendenti. Infine, per quanto riguarda l'area degli Affari Generali, supporta la direzione aziendale nell'adozione e nel controllo degli atti deliberativi e delle decisioni, garantendo, inoltre, il corretto funzionamento del protocollo e dell'archivio generale dell'Azienda.</p>	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestisce e monitora i processi organizzativi e tecnologici relativi al sistema documentario aziendale.</li> <li>● Gestisce l'intero processo relativo ai provvedimenti amministrativi aziendali (adozione, registrazione, pubblicazione, trasmissione degli atti deliberativi e dei provvedimenti dirigenziali).</li> <li>● Cura la stipula e il rinnovo delle convenzioni aziendali finalizzate all'acquisizione di incarichi libero-professionali e consulenze</li> <li>● Provvede alla gestione di tutti gli aspetti assicurativi nei confronti di dipendenti e terzi e relativamente al patrimonio aziendale sia come gestione del risarcimento danno che come gestione delle polizze assicurative.</li> <li>● Gestisce il protocollo generale informatico.</li> </ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Protocollo generale</li> <li>● Ufficio delibere</li> <li>● Convenzioni</li> <li>● Attestazione propedeutica alla liquidazione delle fatture</li> <li>● Liquidazione fatture</li> <li>● Gestione contratti assicurativi</li> <li>● Patrocini legali</li> <li>● Transazioni</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">A</div>
Legenda:		
A) Direttore		
B) Dirigente:		
C) Dirigente o Funzionario: atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)		



DENOMINAZIONE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTI	
TIPOLOGIA	STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	
MISSION	Garantisce le attività di supporto e gestione giuridico-amministrativo alle U.O. distrettuali	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestione casse economali</li> <li>● Gestione magazzini economali</li> <li>● Predisposizione ordinativi di fornitura</li> <li>● Centro ordinatore servizi appaltati</li> <li>● Gestione magazzini virtuali</li> <li>● Gestione autoparco</li> </ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendicontazione trimestrale spese economali</li> <li>● Ordinativi di forniture di beni e servizi</li> <li>● Verifica e attestazione corretta fornitura beni e servizi</li> <li>● Liquidazione fatture beni e servizi</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div>

**Legenda:**  
**A) Direttore**  
**B) Dirigente:**  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



DENOMINAZIONE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA POLO OSPEDALIERO ASL RMF	
TIPOLOGIA	STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	
MISSION	Garantisce le attività di supporto e gestione giuridico-amministrativo alle U.O. ospedaliere	
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>● Gestione casse economali</li><li>● Gestione magazzini economali</li><li>● Predisposizione ordinativi di fornitura</li><li>● Centro ordinatore servizi appaltati</li><li>● Gestione magazzini virtuali</li><li>● Gestione autoparco</li></ul>	
PRINCIPALI ATTI DI COMPETENZA	<ul style="list-style-type: none"><li>● Rendicontazione trimestrale spese economali</li><li>● Gestione depositi</li><li>● Ticket restaurant e buoni benzina</li><li>● Servizi a gestione diretta (portineria, centralino, autisti)</li><li>● Ordinativi di forniture di beni e servizi</li><li>● Verifica e attestazione corretta fornitura beni e servizi</li><li>● Liquidazione fatture beni e servizi</li></ul>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">C</div>

**Legenda:**  
**A) Direttore**  
**B) Dirigente:**  
**C) Dirigente o Funzionario:** atti diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc...)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA F



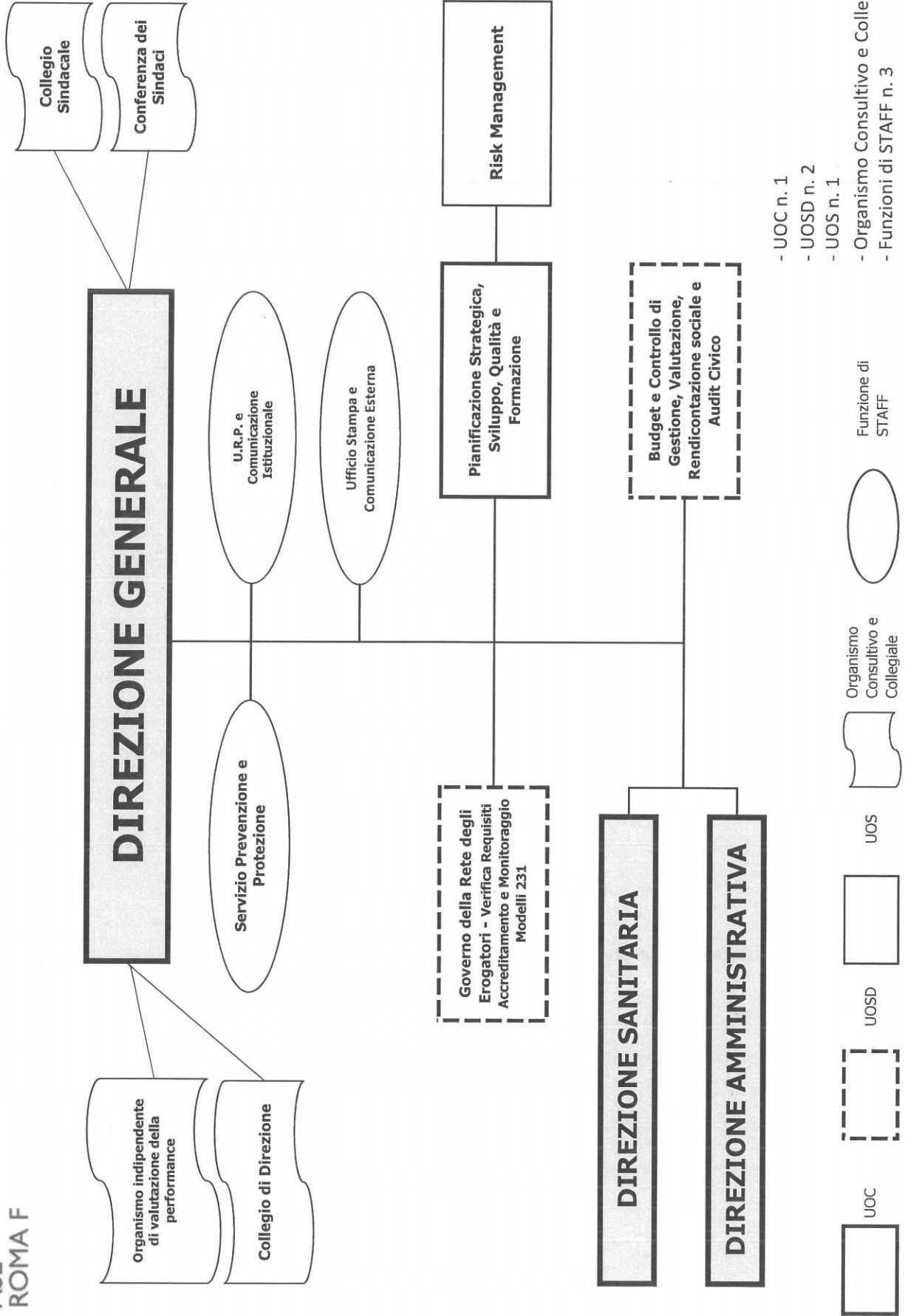
REGIONE  
LAZIO

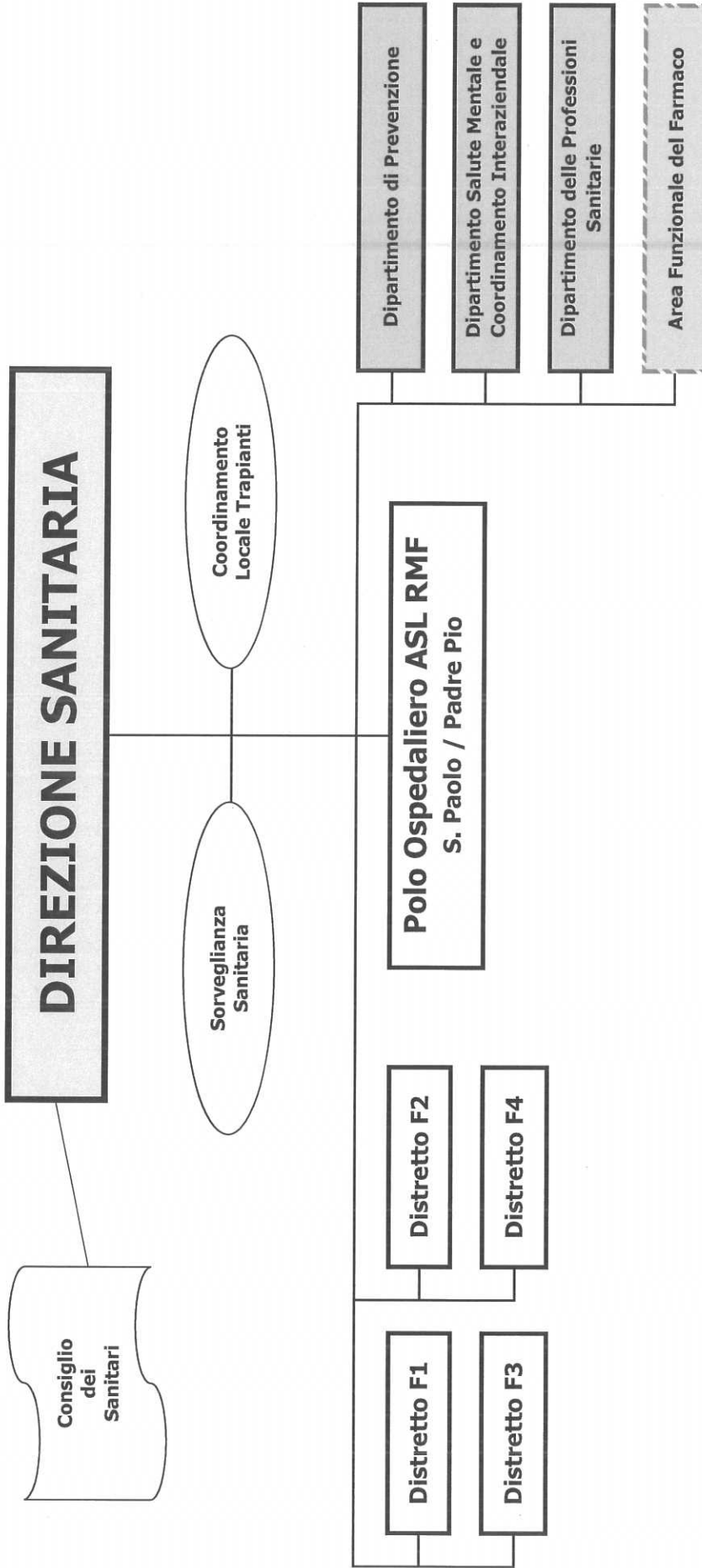
# ATTO AZIENDALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.      DEL

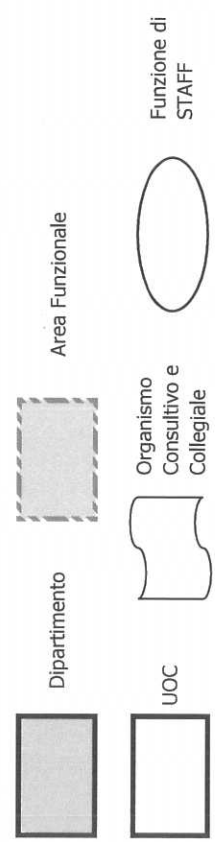
**ALLEGATO 2**

**ORGANIGRAMMA**

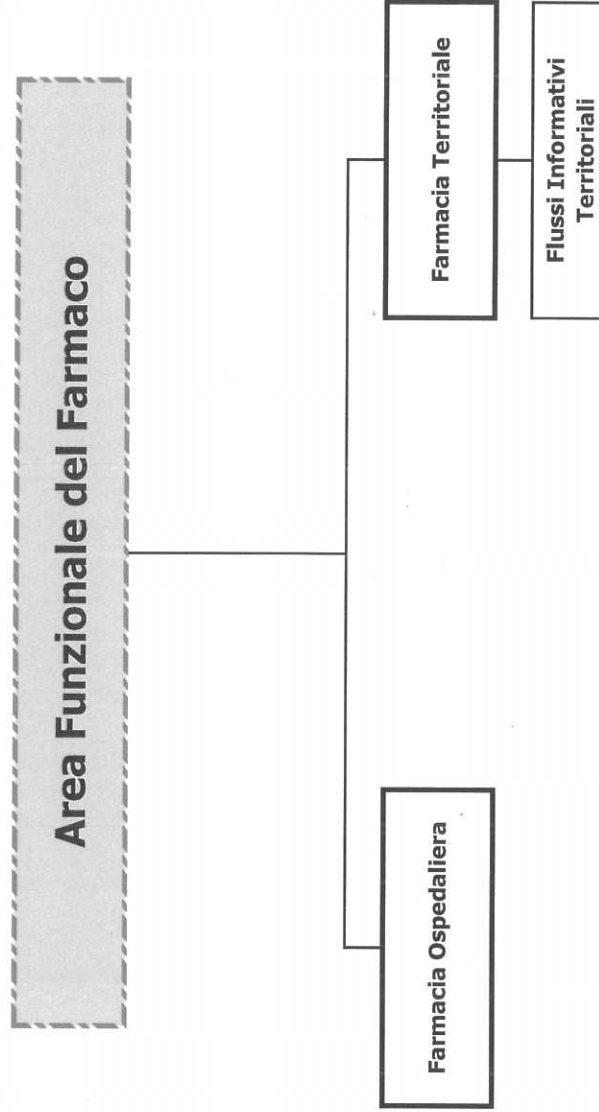




- Distretti n. 4
- Dipartimenti n. 3
- Area Funzionale n. 1
- UOC n. 1
- Organismo Consultivo e Collegiale n. 1
- Funzioni di STAFF n. 2



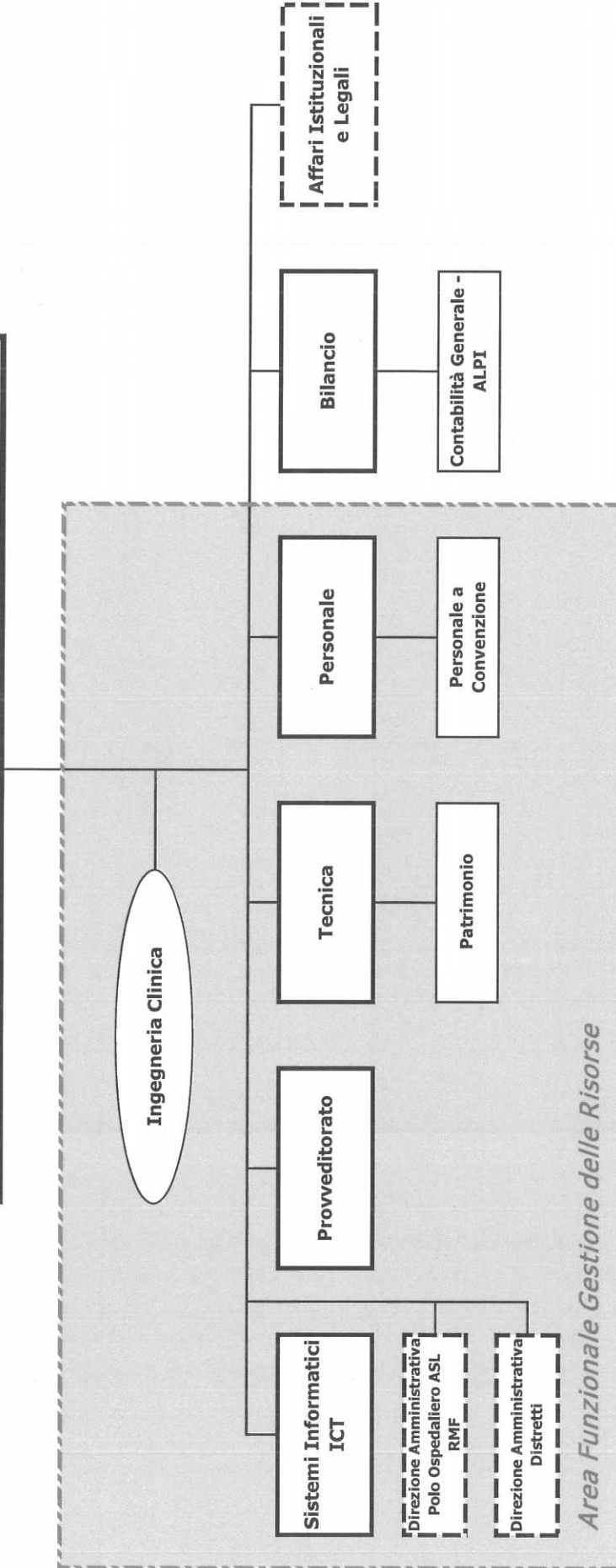




UOC  UOS

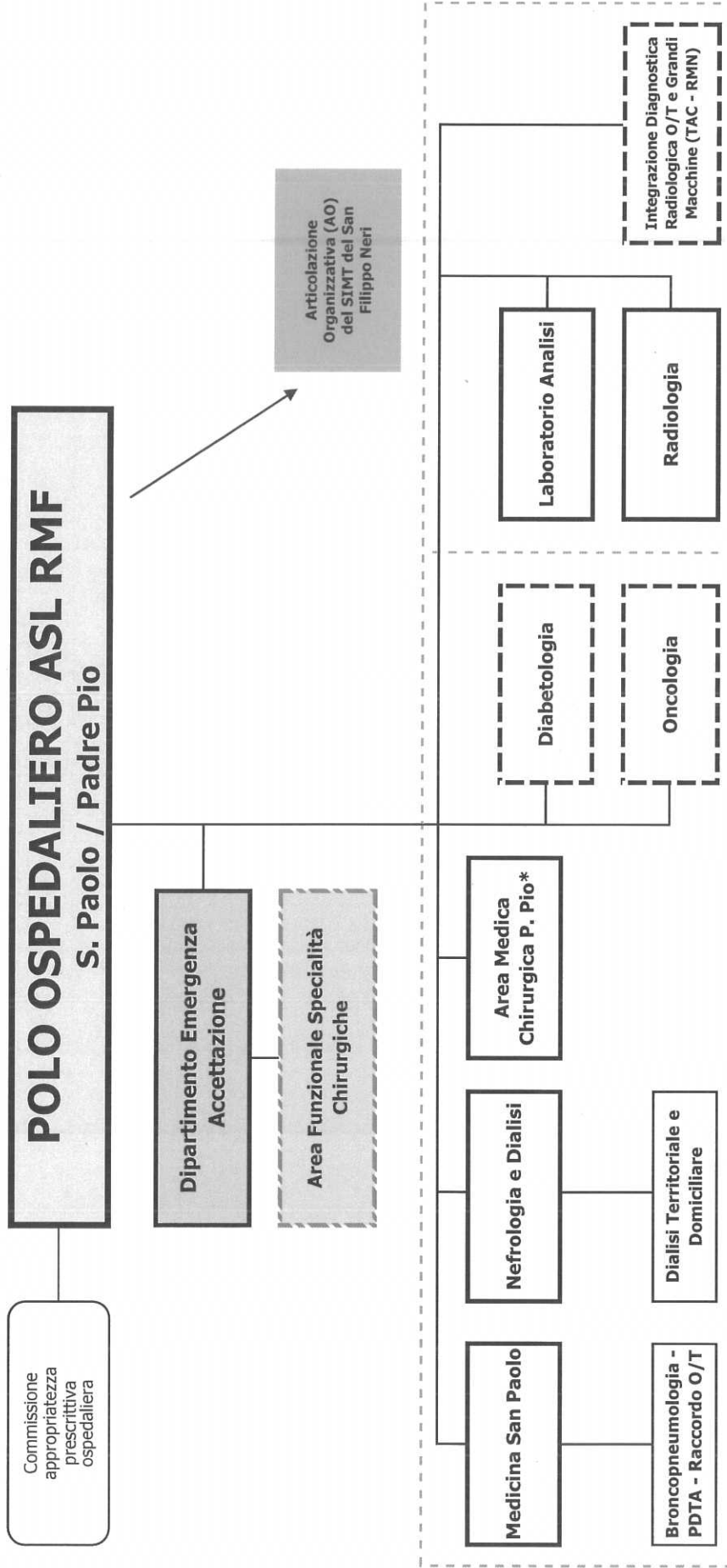
- UOC n. 2  
- UOS n. 1

# DIREZIONE AMMINISTRATIVA



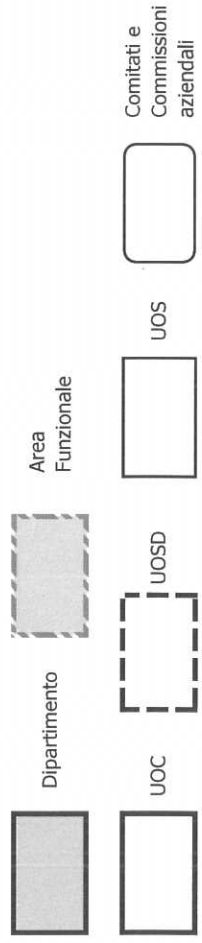
- Area Funzionale n. 1
- UOC n. 5
- UOSD n. 3
- UOS n. 3
- Funzione di STAFF n. 1

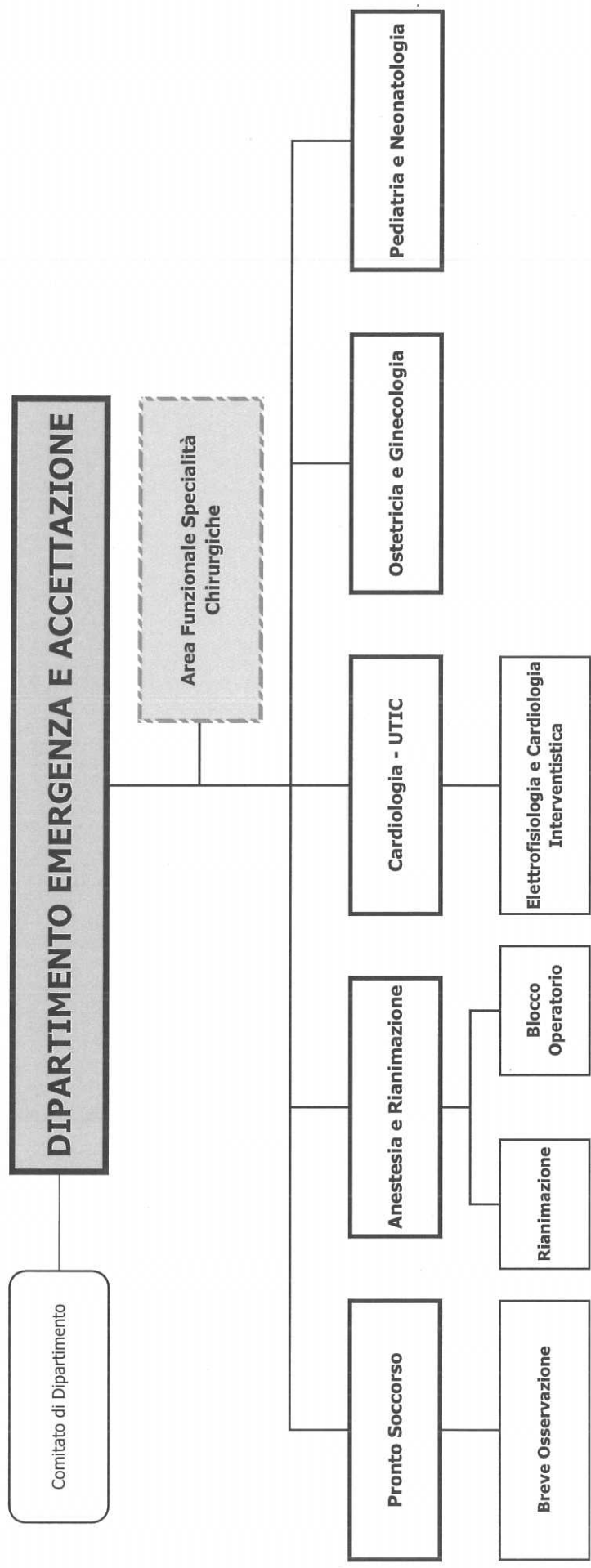




\* PL 40 (30 ordinari e 10 dh)

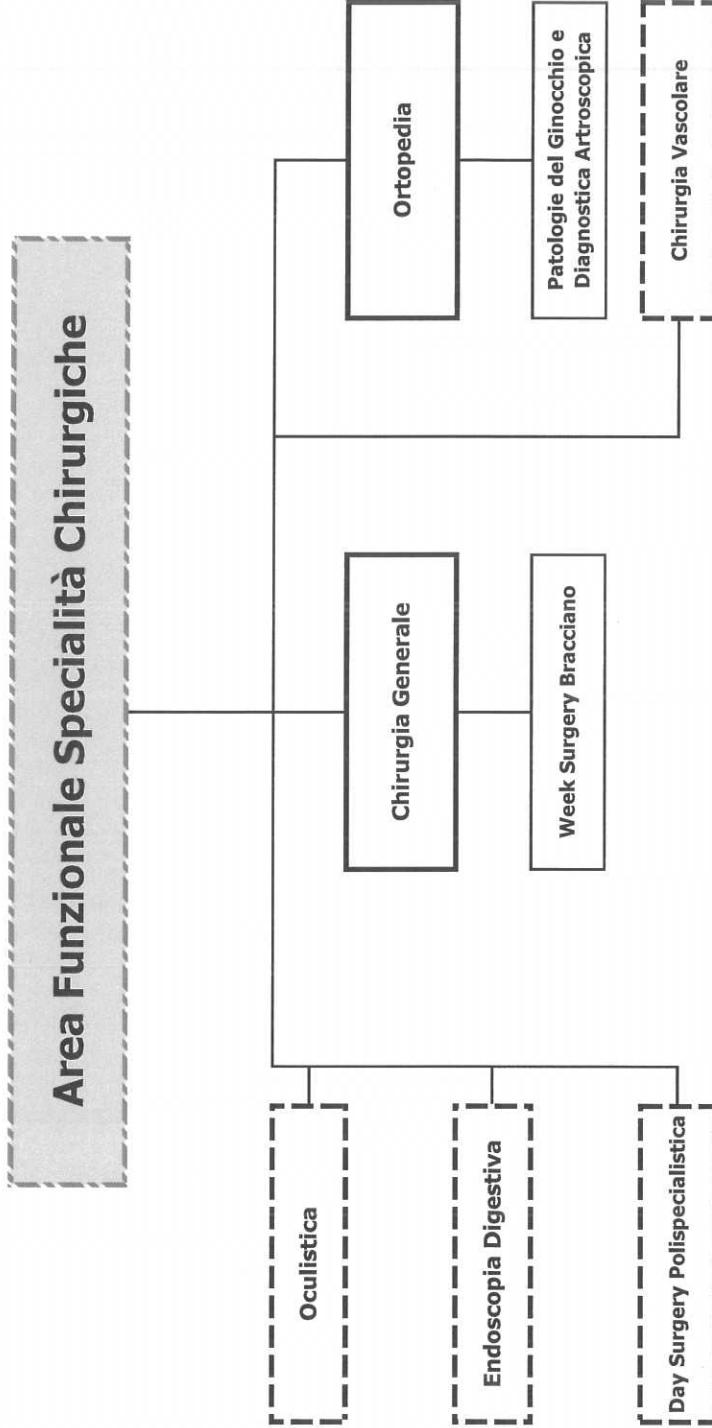
- Dipartimenti n. 1
- Area Funzionale n. 1
- UOC n. 6
- UOSD n. 3
- UOS n. 2
- Comitati e Commissioni aziendali n. 1





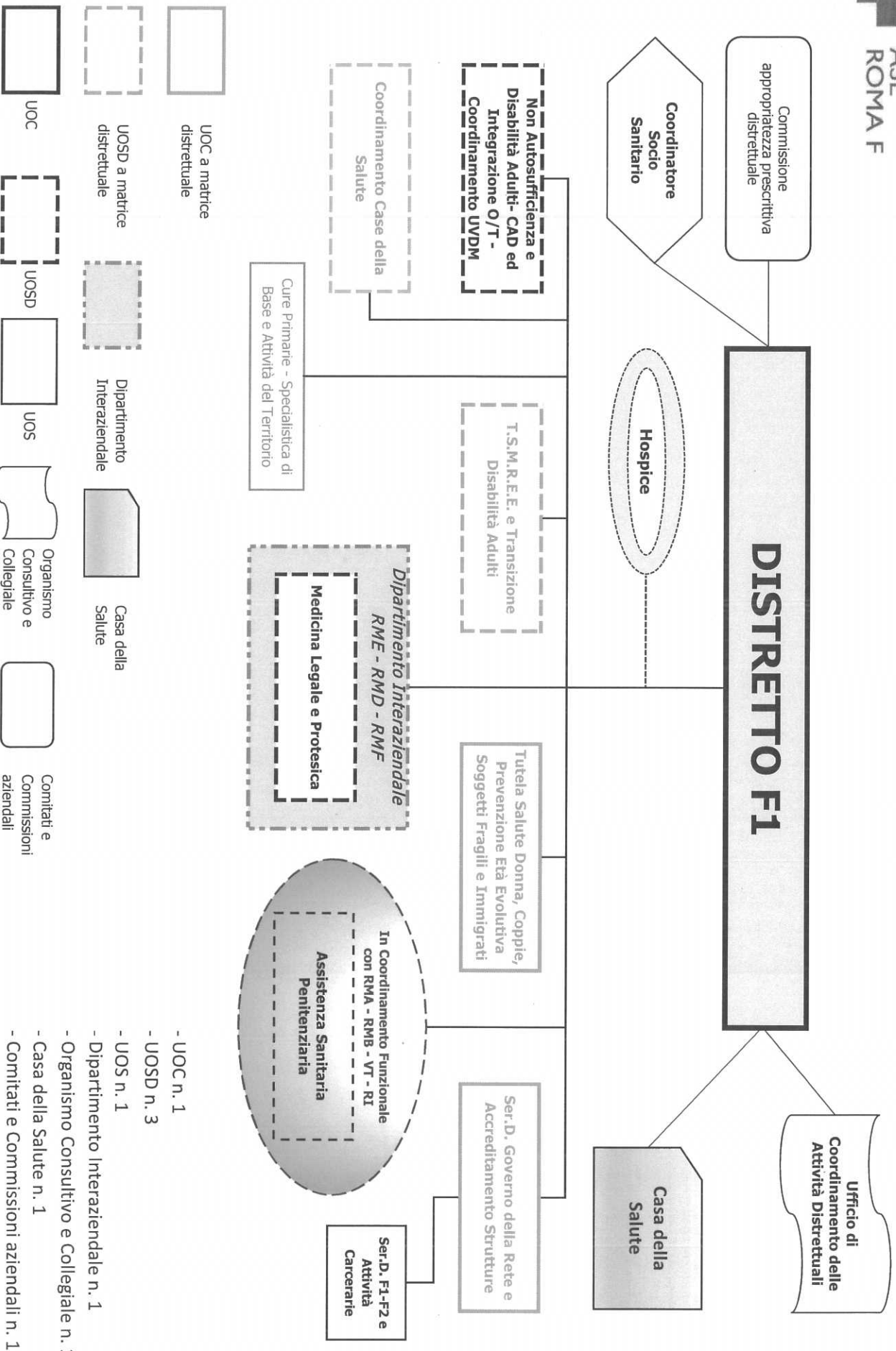
- UOC n. 5
- UOS n. 4
- Area Funzionale n. 1
- Comitati e Commissioni aziendali n. 1

 UOC    
  UOS    
  Comitati e Commissioni aziendali    
  Area Funzionale

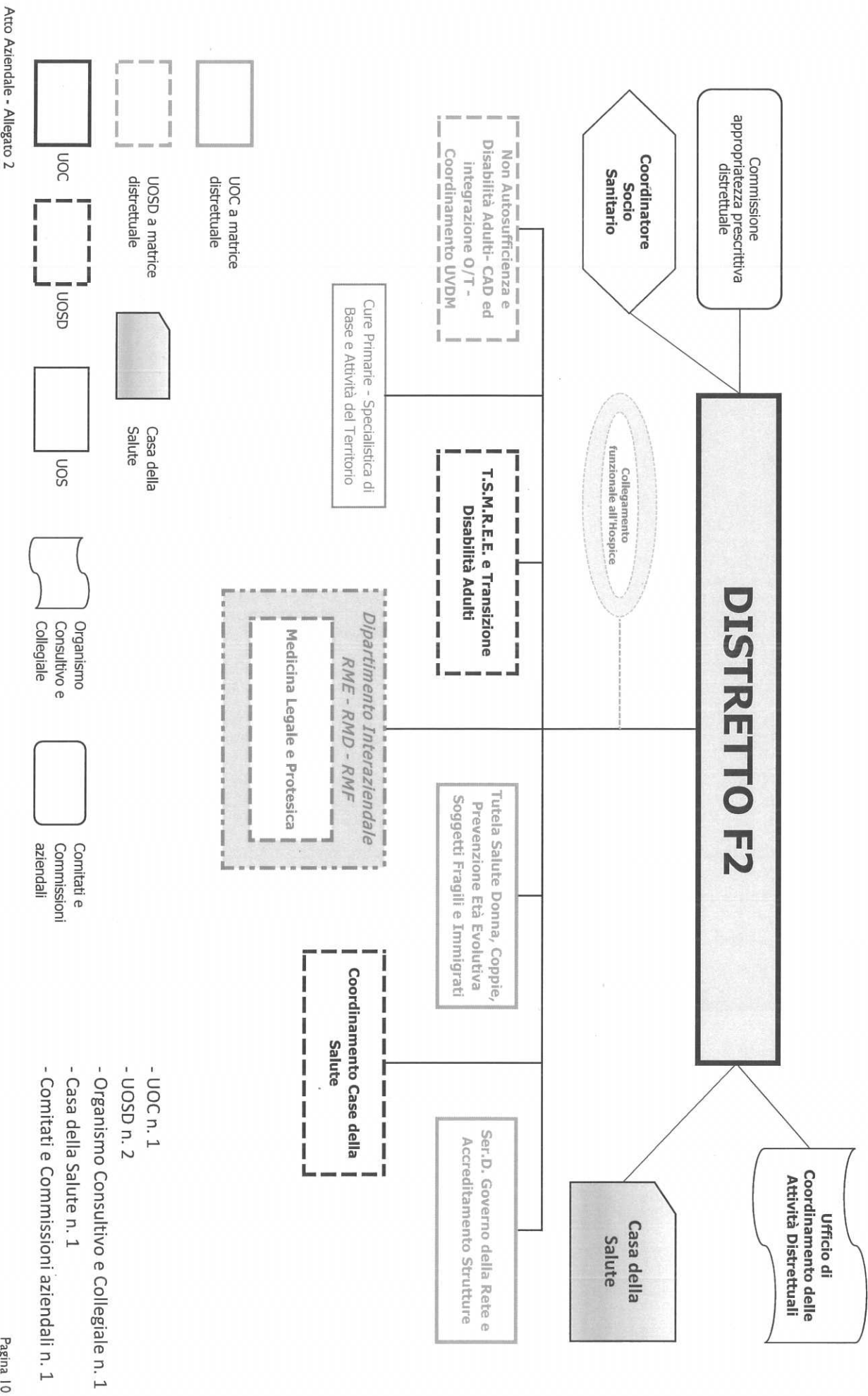


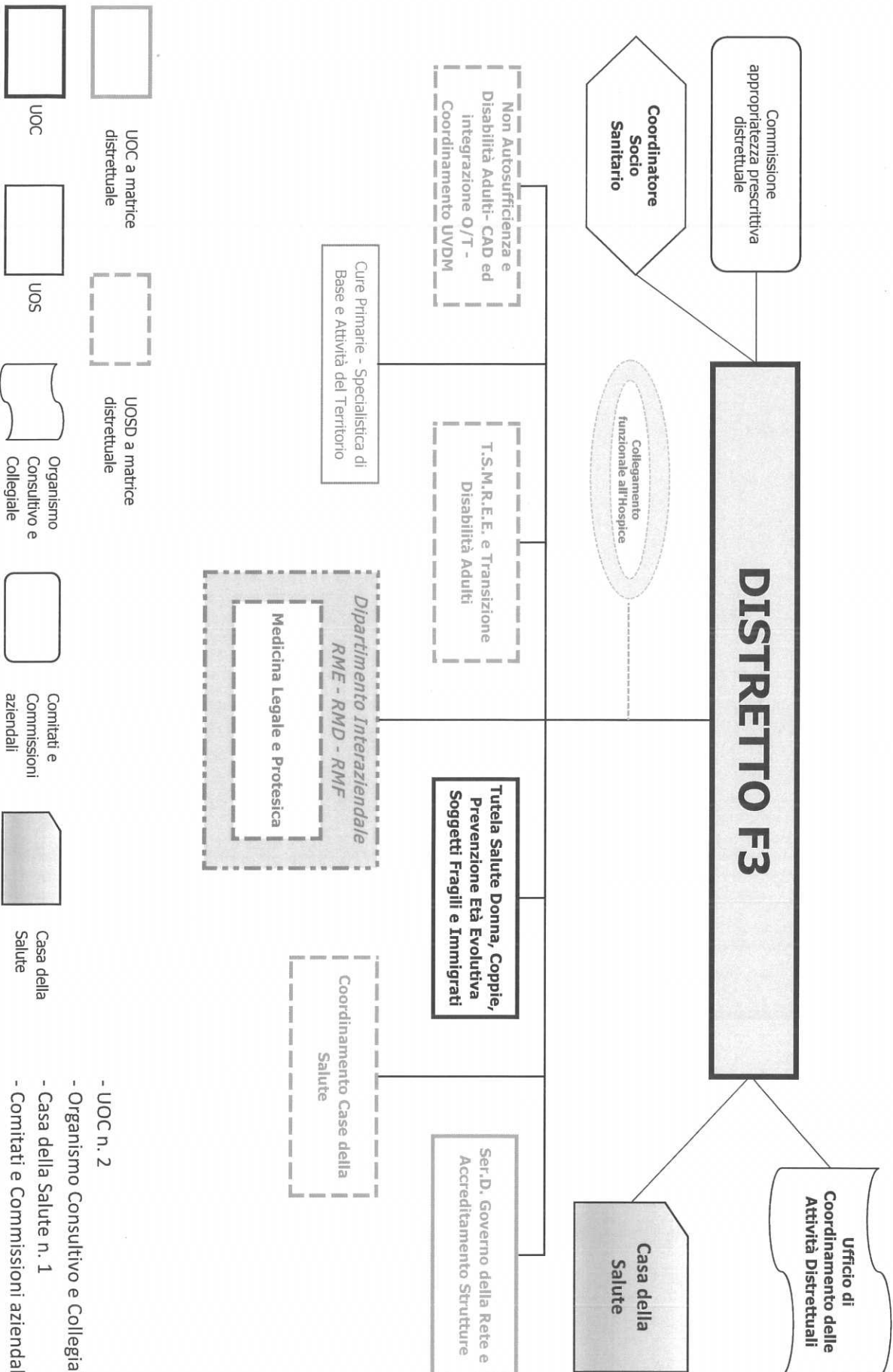
- UOC n. 2
- UOSD n. 4
- UOS n. 2





- UOC n. 1
- UOSD n. 3
- UOS n. 1
- Dipartimento Interaziendale n. 1
- Organismo Consultivo e Collegiale n. 1
- Casa della Salute n. 1
- Comitati e Commissioni aziendali n. 1





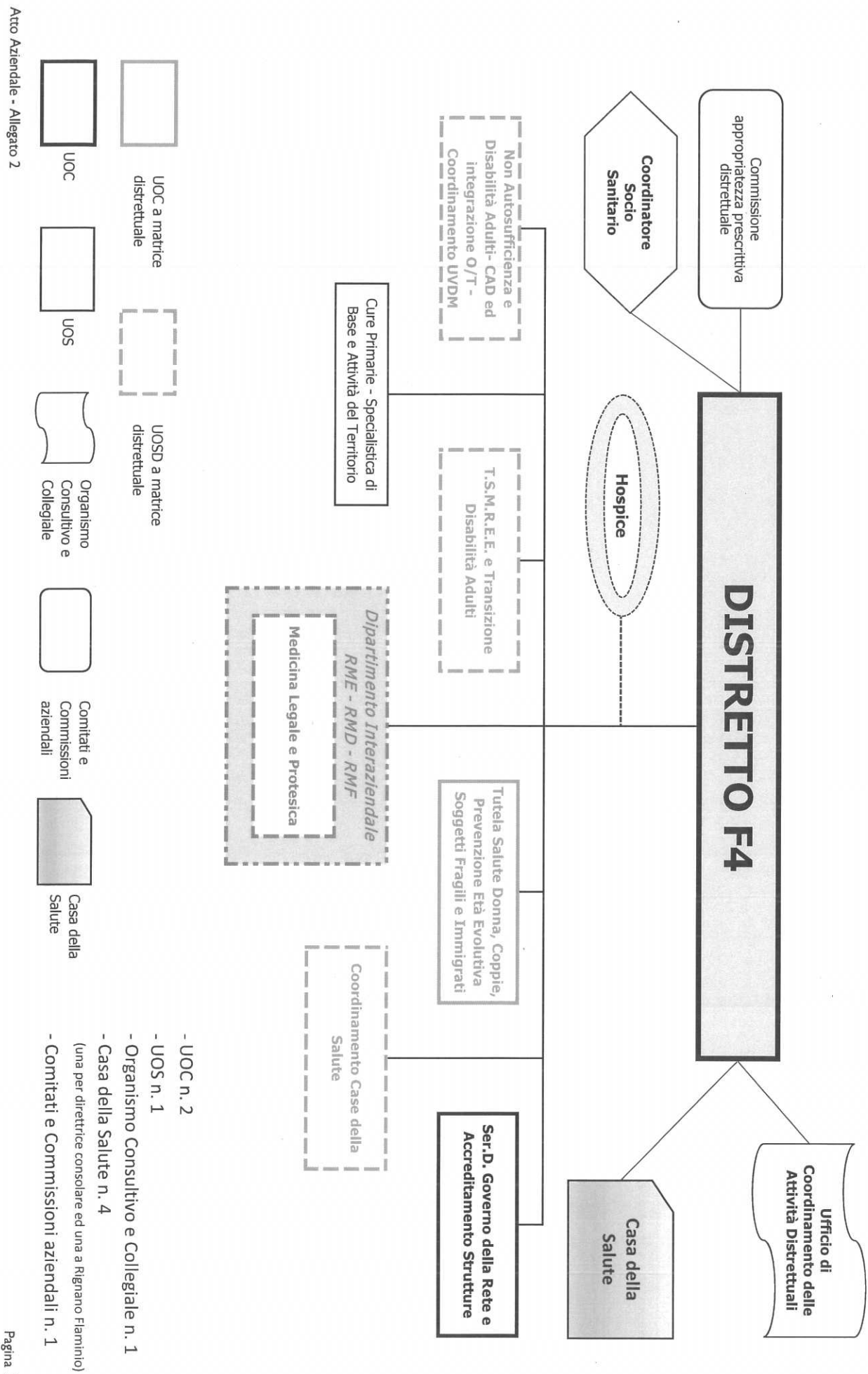
- UOC n. 2

- Organismo Consultivo e Collegiale n. 1

- Casa della Salute n. 1

- Comitati e Commissioni aziendali n. 1





- UOC n. 2

- UOS n. 1

- Organismo Consultivo e Collegiale n. 1

- Casa della Salute n. 4

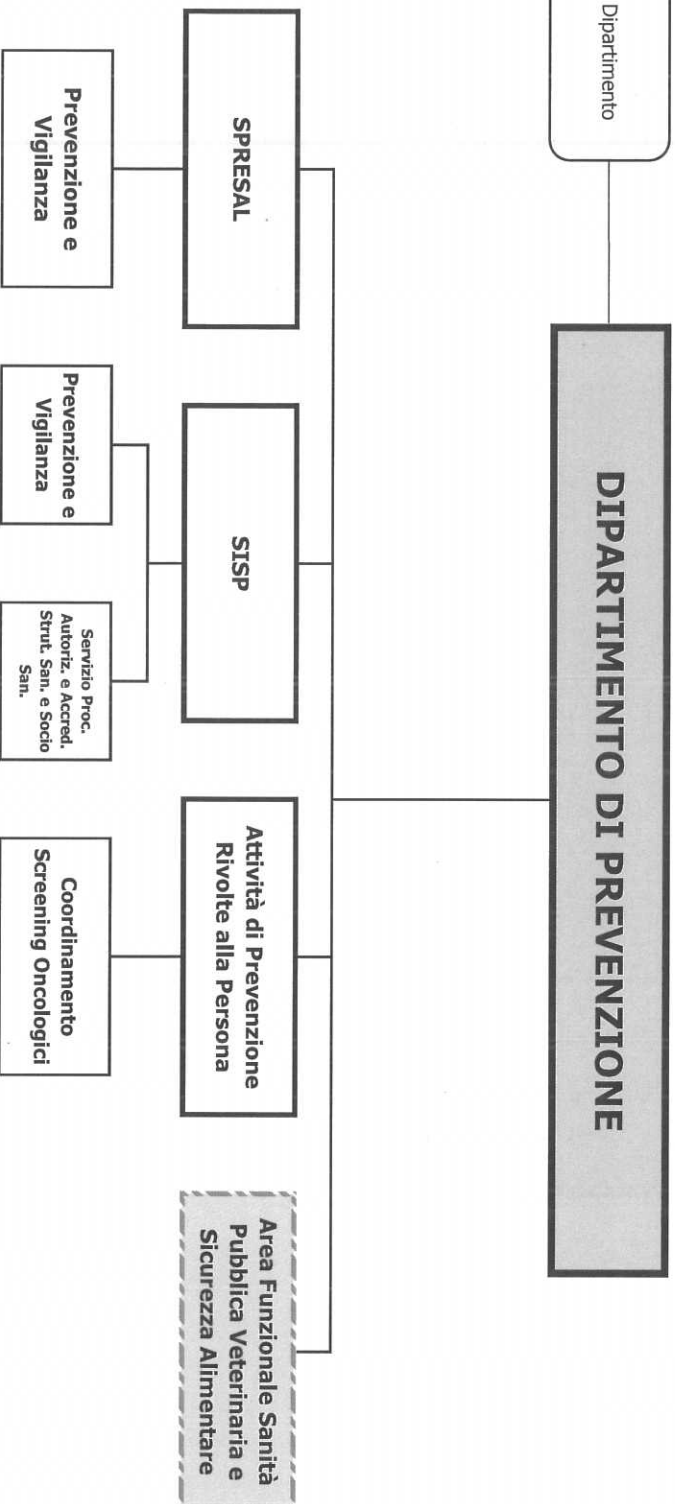
(una per direttrice consolare ed una a Rignano Flaminio)

- Comitati e Commissioni aziendali n. 1



Comitato di Dipartimento

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**



UOC



UOS



Area Funzionale



Comitati e  
Commissioni  
aziendali

- UOC n. 3

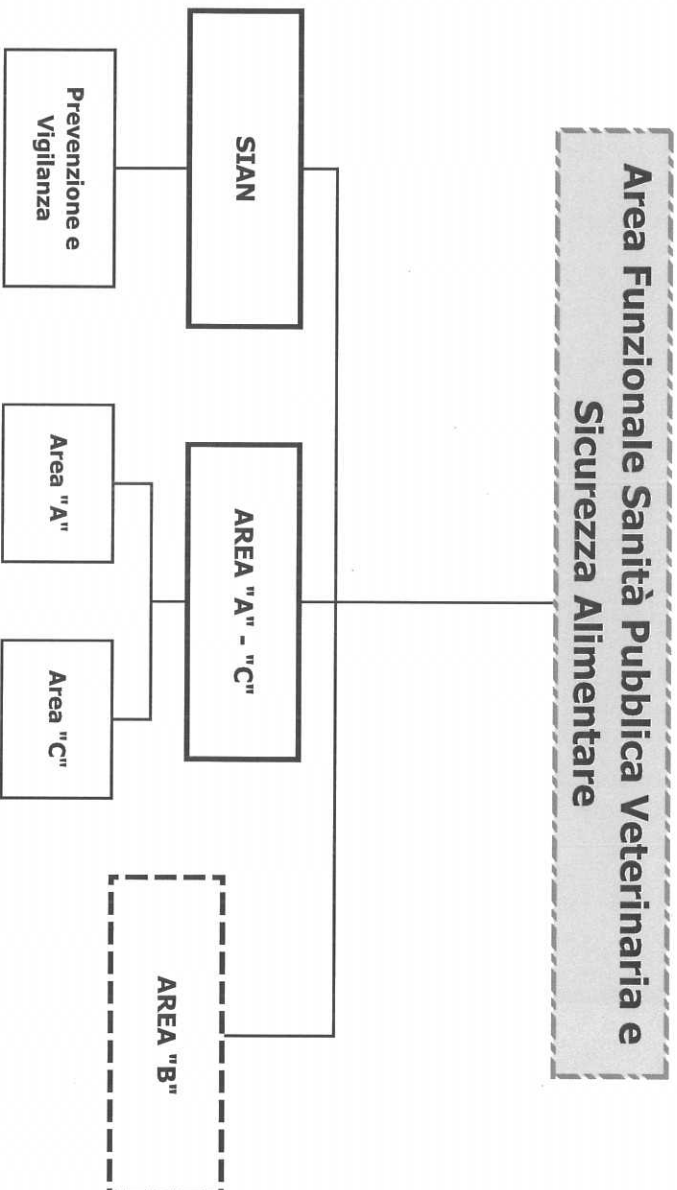
- UOS n. 4

- Area Funzionale n. 1

- Comitati e Commissioni aziendali n. 1



## Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare



UOC



UOSD



UOS

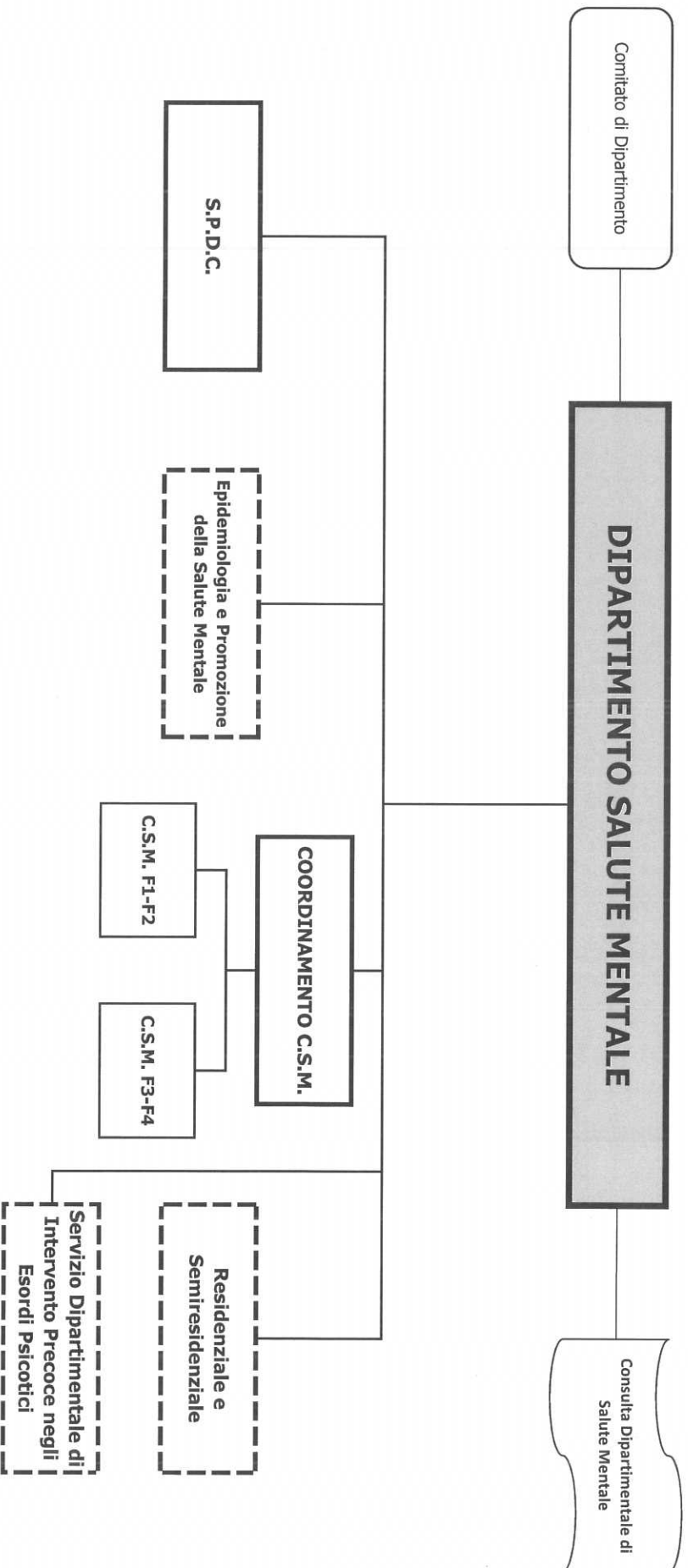


Area Funzionale

- UOC n. 2

- UOSD n. 1

- UOS n. 3



UOC



UOSD



UOS



Organismo  
Consultivo e  
Collegiale



Comitati e  
Commissioni  
aziendali

- UOC n. 2

- UOSD n. 3

- UOS n. 2

- Organismo Consultivo e Collegiale n. 1

- Comitati e Commissioni aziendali n. 1



Comitato di Dipartimento

**DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI  
SANITARIE**

Gestione personale di  
assistenza e riabilitazione

Gestione personale tecnico  
sanitario e della prevenzione



UOC



UOSD



Comitati e  
Commissioni  
aziendali

- UOC n. 1

- UOSD n. 1

- Comitati e Commissioni aziendali n. 1



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA F



REGIONE  
LAZIO

# PIANO STRATEGICO 2014 - 2016

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 000 DEL 00.00.2014



## INDICE

PREMESSA

ANALISI DI SCENARIO MACRO

LO SCENARIO TERRITORIALE E AZIENDALE:

L'AZIENDA IN CIFRE

1. Quadro territoriale
2. Quadro socio-demografico
3. Quadro epidemiologico
4. Risorse strutturali
5. Risorse umane
6. Risorse tecnologiche

## LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

LA MISSION AZIENDALE

I VALORI GUIDA

LA CORNICE STRATEGICA REGIONALE

L'ANALISI SWOT

L'ANALISI BISOGNI/OFFERTA

LA PIANIFICAZIONE DEL PORTAFOGLIO DEI SERVIZI

Assistenza ospedaliera

Assistenza specialistica

## LE LINEE STRATEGICHE

- 1) AZIONI DI SISTEMA
- 2) AREA DELL'ASSISTENZA
- 3) SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE
- 4) SVILUPPO DELLE RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

## IL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

### 1) AZIONI DI SISTEMA

- Appropriatelyzza dei ricoveri e dell'attività prescrittiva (DCA 148 del 29 aprile 2014)

Appropriatelyzza dei ricoveri

Appropriatelyzza prescrittiva MMG/PLS e specialisti

- Governo clinico

Il Piano triennale per la gestione del rischio clinico: il PARM 2013-2015

La qualità percepita

L'audit civico

- Gestione per processi
- Gestione del ciclo della performance

Gestione del ciclo della performance e attivazione del Controllo di Gestione

- Sfruttare le possibilità di finanziamento presenti in ambito comunitario

Implementazione progettualità europee – UPE

### 2) AREA DELL'ASSISTENZA

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera

Costituzione del polo ospedaliero della Asl Roma F





L'impatto economico del processo di riorganizzazione ospedaliera

Scheda economica

- Realizzazione di reti e percorsi, in collaborazione con altre strutture pubbliche e private accreditate di eccellenza

Protocolli di Collaborazione con le strutture pubbliche esterne per il mantenimento e l'ottimizzazione dell'attuale offerta assistenziale

- Riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali

Piano attuativo aziendale per il governo delle liste d'attesa (PAGLA) 2013-2015

Impatto economico del potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale

Scheda economica

Attivazione della Risonanza Magnetica Nucleare presso l'Ospedale S. Paolo

Impatto economico dell'implementazione della RMN

Scheda economica

La rete ospedale-territorio senza dolore

L'assistenza territoriale residenziale ai malati terminali: l'Hospice

Riorganizzazione della Medicina penitenziaria

- La riorganizzazione delle cure primarie

Regolazione delle forme di medicina associativa (UCCP)

La Casa della salute

Impatto economico dell'attivazione della Casa della Salute

Scheda economica

Il PUA

La salute mentale

L'area delle dipendenze

L'area consultoriale

La rete territoriale per la Neuropsichiatria infantile - TSMREE

La sanità pubblica

Servizi alla persona

Impatto economico delle attività di screening

Scheda economica

Il Registro tumori

Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione nell'Azienda USL RMF

Analisi sull'andamento della Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare nell'Azienda USL RMF

3) SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

Piano delle cessazioni e delle assunzioni

Piano della formazione

4) SVILUPPO DELLE RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

Ricognizione degli spazi aziendali e stesura del Piano di Riorganizzazione

Piano di informatizzazione

GLI STRUMENTI DEL CONTROLLO DIREZIONALE SUI  
PROGETTI/ OBIETTIVI AZIENDALI



## IL QUADRO ECONOMICO-PATRIMONIALE COMPLESSIVO

IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Costo del personale –Tendenziale e programmatico

Costo per beni di consumo –Tendenziale e programmatico

Costo per servizi non sanitari –Tendenziale e programmatico

Costo per prestazioni da privato –Tendenziale e programmatico

Conto economico programmatico 2015-2016

## LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE

IL CICLO DELLA PERFORMANCE

I BUDGET ECONOMICI

IL BILANCIO SOCIALE

## PREMESSA

L'Azienda Sanitaria Locale RM/F presenta un Piano Strategico Aziendale elaborato secondo le Linee Guida contenute nel DCA n. 251 del 30 luglio 2014. Il Piano Strategico Aziendale, partendo dall'analisi dei punti di forza e di debolezza del sistema, e delle opportunità e minacce che derivano dall'ambiente esterno, individua e sviluppa le strategie di medio e lungo periodo che consentono di adempiere pienamente alla missione istituzionale dell'ente, entro un quadro di compatibilità economico-finanziaria che assicura il mantenimento dell'economicità della gestione e il pareggio di bilancio.

Le strategie aziendali puntano essenzialmente ad una riorganizzazione e razionalizzazione di tutto il sistema dell'assistenza ospedaliera e territoriale, nonché dell'apparato amministrativo e tecnologico che ne costituisce l'indispensabile supporto.

Le strategie vengono poi declinate in progetti ed obiettivi specifici, coerenti con tutti i documenti di pianificazione regionale, ed in particolare con il quadro di programmazione contenuto dei "Programmi Operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", approvati con il DCA n. 247 del 25 luglio 2014.

Dall'analisi della capacità attuale di risposta ai bisogni sociosanitari espressi dalla popolazione del territorio di riferimento, della dotazione attuale di risorse e degli effetti derivanti dalla rimodulazione dell'offerta ospedaliera sul territorio, discende la pianificazione dell'offerta di servizi, che punta a soddisfare i bisogni di salute mediante un potenziamento della continuità dell'assistenza e dei percorsi di presa in carico, una razionalizzazione e riqualificazione delle strutture di assistenza e una strategia di sviluppo di sinergie con le altre strutture del servizio sanitario regionale.

L'intervento sulla struttura amministrativa e tecnica di supporto mira a promuovere la reingegnerizzazione del sistema, supportata dal potenziamento degli strumenti informatici, per realizzare una gestione integrata dei processi e per favorire la comunicazione intra-aziendale ed interaziendale fra utente e azienda e fra azienda ed Enti esterni.

La riorganizzazione delle strutture di assistenza e la reingegnerizzazione dei processi di supporto pone sfide impegnative per la gestione delle risorse umane, da affrontare con strumenti di analisi dei processi e definizione dei relativi fabbisogni organici, accompagnati da una efficace azione di sostegno, sul piano formativo, ai processi di trasformazione e riqualificazione disegnati dal Piano.

Vengono potenziati gli strumenti di governo strategico e direzionale, consolidando il ciclo della programmazione e controllo e la misurazione e comunicazione della performance, e viene data unità di sistema al complesso degli strumenti e attività che realizzano il governo clinico dell'assistenza.

Il complesso degli interventi viene valutato sotto il profilo dell'impatto economico rispetto al tendenziale definito dalla Regione Lazio, assicurando il rispetto dell'equilibrio di bilancio.

## ANALISI DI SCENARIO MACRO

L'attuale contesto congiunturale, dal punto di vista economico generale, nel quale si colloca il Servizio sanitario nazionale porta a riflettere sulla sostenibilità dello stesso.

Tuttavia, dall'analisi comparata dei costi complessivi sostenuti in Italia con quelli di altri Paesi UE raffrontabili, emerge come – in buona sostanza – i costi italiani per la sanità siano inferiori rispetto agli altri paesi e, anche in considerazione dei Piani di Rientro di talune regioni, facciano registrare un decremento rispetto agli anni precedenti.

Anche sotto il profilo dell'appropriatezza nel confronto internazionale l'Italia presenta un dato che si colloca al quarto più basso posto dei paesi europei, malgrado la dotazione di posti letto ospedalieri italiani sia inferiore a quella dei grandi paesi UE, dando evidenza di un percorso virtuoso intrapreso verso la trasformazione dei servizi.

Tuttavia, malgrado nel breve e medio termine non si pongano particolari questioni circa la sostenibilità economica, si è sviluppato un dibattito sulle problematiche di sostenibilità del servizio sanitario nazionale.

Ma quali sono, in concreto le “dimensioni” della sostenibilità?

In primo luogo, in ragione della congiuntura economica, l'Italia ha fatto registrare una forte contrazione della spesa per investimenti finalizzata al rinnovo e sviluppo tecnologico e infrastrutturale, circostanza che potrebbe manifestare i propri effetti negativi nel futuro, rappresentando una sorta di debito sommerso. D'altra parte, le contingenze economiche e il mutato quadro epidemiologico renderebbero urgente provvedere ad una riorganizzazione dei servizi, che passi anche attraverso l'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale. Sarebbe impensabile immaginare una sostanziale modifica dell'offerta, senza contestualmente sviluppare l'innovazione, e ripensare gli spazi fisici.

Secondariamente, proseguire in una logica di contenimento dei fattori produttivi, senza un'adeguata analisi degli outcome dei servizi, genererebbe sostanzialmente un impoverimento dell'offerta di servizio, senza andare realmente ad incidere sull'eliminazione delle ridondanze e sulla razionalizzazione e reingegnerizzazione dei processi.

Altra questione, dal punto di vista dei ricavi, si pone in relazione alla crescente compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, in ragione delle immaginabili ricadute sotto il profilo della contrazione della domanda, ponendosi così questioni relative all'equità delle prestazioni erogate.

Ulteriore elemento di attenzione è poi rappresentato dalla circostanza che se da un lato la spesa pubblica per la sanità è in decremento, dall'altro non si registra un proporzionale incremento della spesa per prestazioni sanitarie private. In tal senso come può evincersi dai dati AGENAS il calo dei consumi per prestazioni sanitarie private, è rapportabile alla riduzione della capacità reddituale dei cittadini, con la conseguenza (etica) che il soddisfacimento del bisogno di salute venga procrastinato o eliminato da parte delle famiglie.

Il trend positivo che si sta registrando da parte delle regioni, anche quelle sottoposte a piani di rientro, in termini di raggiungimento di equilibri di bilancio non trova rispondenza sotto il profilo della capacità di attivare processi virtuosi di ripensamento dell'offerta di servizi sanitari.

La tendenza poi a ridurre l'utilizzo delle risorse "interne" del SSN, attraverso la sempre maggiore contrazione dell'offerta di prestazioni per acuti, tipicamente ospedaliera, controbilanciata da uno spostamento sempre maggiore di risorse verso gli ambiti ambulatoriali, delle cure intermedie e di quelle primarie determina un crescente ricorso a prestazioni provenienti da erogatori privati, circostanza che rende imprescindibile un governo "consapevole" della sanità privata.

Pertanto, occorre definire le politiche di governance, a diversi livelli (macro e microsistemi) in modo tale da garantire la sostenibilità del SSN in termini di priorità di intervento, di equità sociale, di ripensamento quali-quantitativo dell'offerta di servizi per territorio, tendenzialmente a isorisorse.

Certamente, alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione, con specifico riferimento alla Sanità, in una logica di governo del sistema verso gli obiettivi di cui sopra, assume un ruolo determinante, la politica sanitaria nazionale, attraverso logiche programmatiche, di formazione generale e di conduzione unitaria dei processi co-partecipati da parte delle Regioni, con finalità di garantire uniformità alla materia ed eliminare i gap che esistono tra le varie Regioni italiane.

Le azioni di governance poi dovrebbero essere mirate a promuovere la trasformazione strategica delle piccole realtà ospedaliere in differenti tipologie di servizi a ciclo diurno, con la possibilità di liberare risorse e capitale umano da riutilizzare in modo appropriato in contesti anche maggiormente motivanti.

Le politiche di skill mix change potrebbero essere un elemento strategico determinante se intraprese contestualmente ad una programmazione e sviluppo organizzativo dei servizi sanitari finalizzato a "tarare" in modo più idoneo l'offerta, rispetto alla domanda di salute che la popolazione pone.

Le forme di collaborazione verticale ed orizzontale, nell'ambito delle reti, da parte delle strutture sanitarie anche private, potrebbe portare ad importanti sinergie, sia sotto il profilo della clinical governance, sia sotto quello economico e di applicazione di know how tecnologico.

Ruolo centrale, nel governo del sistema, è quello delle Aziende Sanitarie, anche per il venir meno in diversi contesti di strutture intermedie tra Regioni e Aziende a causa della relativa soppressione, con la conseguenza di una sempre più partecipata conduzione della programmazione sanitaria regionale da parte delle Aziende Sanitarie.

In una tale ottica, potrebbero essere anche meglio condotte e valutate, nell'ambito del vigente assetto normativo, le scelte in materia di acquisto di prestazioni sanitarie private, pure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa e di appropriatezza dei percorsi assistenziali, anche di quelli specifici per la gestione del paziente cronico.

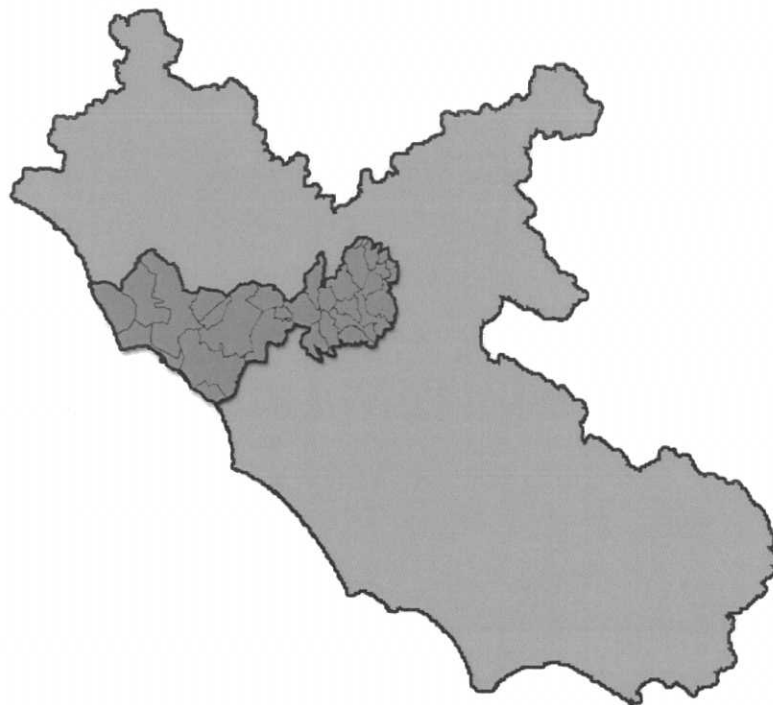


## LO SCENARIO TERRITORIALE E AZIENDALE

### L'AZIENDA IN CIFRE

#### Quadro territoriale

L'Azienda USL RM/F (vedi Figura 1) si estende su un territorio di circa 1.317 Km<sup>2</sup> e comprende 28 Comuni. La popolazione residente è pari a 323.595 abitanti con una densità media di circa 246 abitanti per km<sup>2</sup>. Il territorio della Asl si sviluppa entro un arco di oltre 160 Km, partendo da Nord-Est, ai confini di Roma, fino ad Ovest, ai margini costieri della provincia di Viterbo.

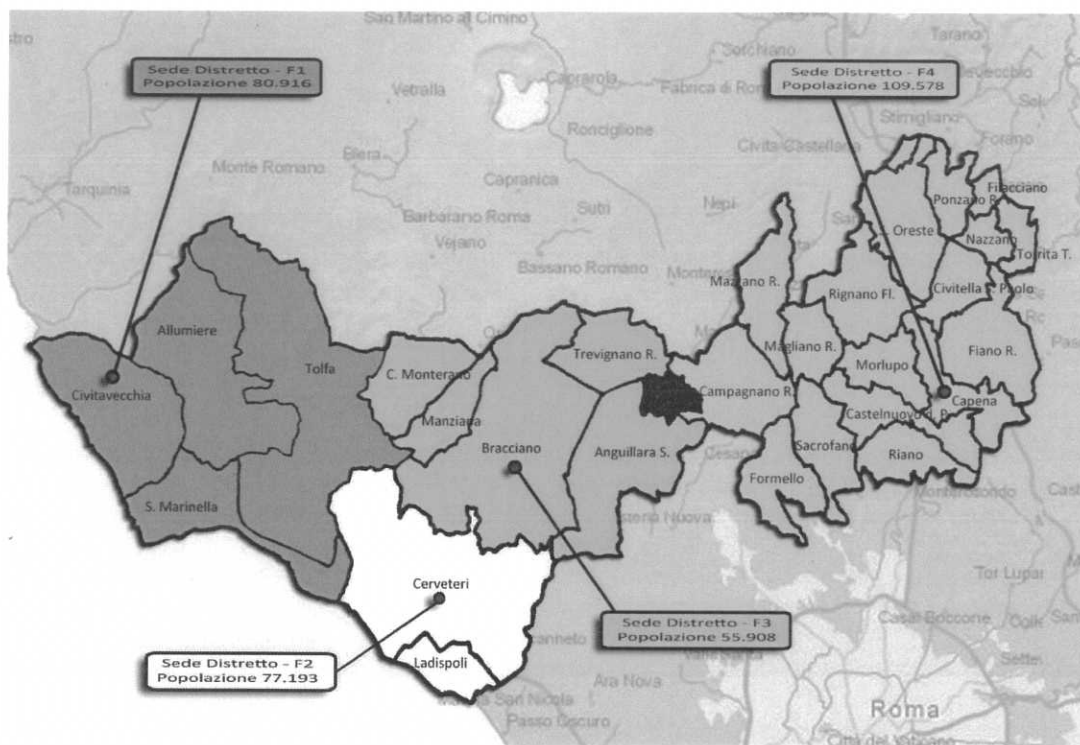


L'Azienda si articola in 4 Distretti:

- Distretto F1 costituito dai Comuni di Civitavecchia, Allumiere, Tolfa, Santa Marinella;



- Distretto F2 costituito dai Comuni di Ladispoli e Cerveteri;
- Distretto F3 costituito dai Comuni di Bracciano, Anguillara Sabazia, Trevignano Romano, Manziana, Canale Monterano;
- Distretto F4 costituito dai Comuni di Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina.



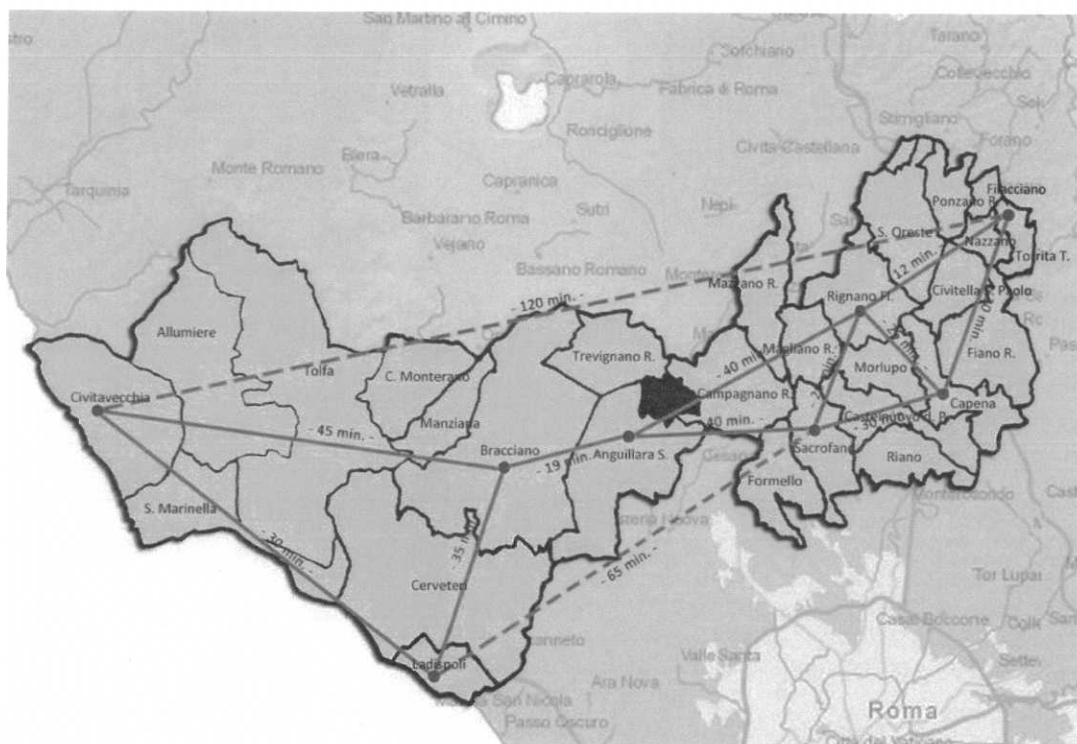
Il distretto F1 è ad Ovest della Asl e comprende la città di Civitavecchia, mentre l'F2 si sviluppa a Sud, lungo il litorale tirrenico. Il distretto F3 si estende intorno al lago di Bracciano e l'F4, con i suoi 17 Comuni, è il più esteso e popoloso della Roma F e si colloca a Est/Nord-Est della ASL. Le sedi dei quattro Distretti sono nell'ordine: Civitavecchia, Cerveteri, Bracciano e Capena.





## Il sistema viario

La rete viaria interna a disposizione dei cittadini della ASL RMF non permette veloci spostamenti funzionali alla piena fruizione dei presidi esistenti.



Sul versante litoraneo del territorio di competenza aziendale è primaria l'importanza dell'Autostrada Roma-Civitavecchia (e della parallela Via Aurelia) che di fatto costituisce una sorta di corridoio che unisce velocemente i comuni marittimi del distretto F1 e F2 (Civitavecchia, Santa Marinella, Ladispoli/Cerveteri) con Roma Sud e, quindi, con le realtà dei grandi presidi ospedalieri della Capitale. Lo stesso asse viario, che a nord di Civitavecchia diventa Via Aurelia, fornisce una modalità di collegamento con l'Ospedale di Tarquinia e con l'Ospedale "Belcolle" di Viterbo.

L'entroterra corrispondente al distretto F4 è servito anch'esso da un asse nord-sud costituito dall'autostrada A1 che permette di servire i principali centri abitati.

Il collegamento est-ovest, congiungente l'autostrada A1 con l'Autostrada Roma-Civitavecchia, è di fatto costituito da un insieme di strade classificate provinciali, che, sebbene a basso indice di traffico, per sua conformazione orografica non consente rapidi spostamenti trasversali nel territorio. Questa viabilità permette di raggiungere gli estremi est (S. Oreste) ed ovest (Cerveteri) in circa due ore (oltre 2 ore se si vuole raggiungere Civitavecchia).

Per ovviare a questa minore mobilità, occorre utilizzare le grandi arterie autostradali e il GRA, rimanendo comunque più pratico anche per tutto l'entroterra usufruire delle strutture ospedaliere di Roma. Per i residenti del territorio del Distretto F4 vi è, inoltre, la possibilità di usufruire delle strutture sanitarie della confinante ASL di Rieti.

In sintesi:

la ASL insiste su un'area territoriale assai vasta e disomogenea, con distanze abnormi da un estremo all'altro.

Le vie di comunicazione interna sono disagiate, in particolare nell'entroterra, e i trasporti pubblici quasi inesistenti, mentre esistono per ciascuna zona assi viari e di trasporto pubblico relativamente veloci che conducono radialmente verso la capitale.

Questa conformazione del territorio, oltre a favorire una massiccia mobilità sanitaria, induce la moltiplicazione e frammentazione dei centri di assistenza territoriale, con conseguente lievitazione dei costi per il personale, le strutture e la mobilità, e rende difficoltosi i processi di razionalizzazione e accentramento dei servizi e l'utilizzo delle economie di scala.

### Quadro socio-demografico

La popolazione residente nei 28 comuni della ASL, secondo i dati ISTAT relativi al 31 dicembre 2013, ammonta a 323.595 abitanti.

Il porto di Civitavecchia inoltre ha registrato nel 2013 il passaggio di oltre 2 milioni e mezzo di crocieristi, cui si aggiungono i passeggeri dei numerosi servizi marittimi di linea.

L'intero territorio è interessato da rilevanti fenomeni di pendolarismo giornaliero verso la capitale, per motivi di lavoro e di studio.

Rilevante è la presenza di nuclei di popolazione immigrata, a volte con alte concentrazioni in comuni di piccole dimensioni. Secondo il "Rapporto dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni 2014", Ladispoli risulta fra i dieci comuni laziali, esclusa Roma, con più residenti stranieri. Per incidenza percentuale, fra i comuni che si collocano ai vertici della graduatoria di quelli con il più alto tasso di residenti stranieri vi sono Rignano Flaminio con il 16,7%, Campagnano di Roma con il 15,9% e Ladispoli con il 15,6%. Tutti i comuni romani nel 2012 hanno conosciuto incrementi di residenti stranieri: tra il 2011 e il 2012 nella provincia di Roma l'incremento dei residenti complessivi è stato del +1,1%, quello dei soli residenti stranieri del +11,4%.

La popolazione ha fatto registrare nell'ultimo decennio un notevole incremento, assai più rilevante, anche per gli aspetti sanitari, se si considera la classe d'età degli ultrasessantacinquenni.



Tavola 1

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento nel periodo
<b>Totale</b>	251.184	259.211	272.652	275.473	283.591	288.751	297.910	307.987	315.255	318.904	307.323	323.595	72.411
<b>Incremento %</b>		3,20%	5,20%	1,10%	2,80%	1,80%	3,20%	3,40%	2,40%	1,20%	-3,50%	5,20%	29%
<b>Popolazione 65+</b>	38.483	40.667	43.370	44.358	45.702	47.291	48.756	50.584	52.249	53.437	54.213	58.967	20.484
<b>Incremento %</b>		5,70%	6,60%	2,30%	3,00%	3,50%	3,10%	3,70%	3,30%	2,30%	1,50%	8,80%	53%
<b>Popolazione 0-14</b>	38.737	40.086	41.737	42.029	43.047	43.626	44.922	46.369	47.587	48.096	46.830	47.757	9.020
<b>Incremento %</b>		3,50%	4,10%	0,70%	2,40%	1,30%	3,00%	3,20%	2,60%	1,10%	-2,60%	2,00%	23%

Tavola 2

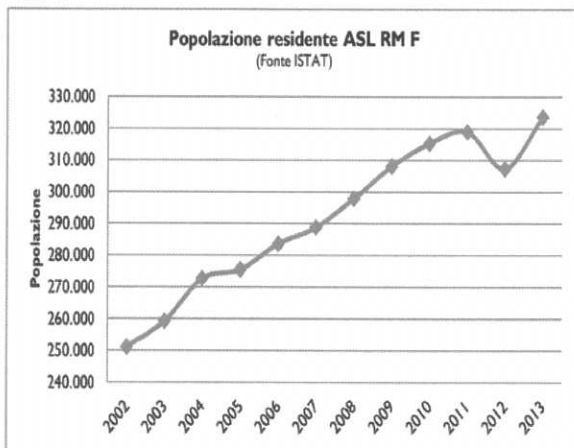
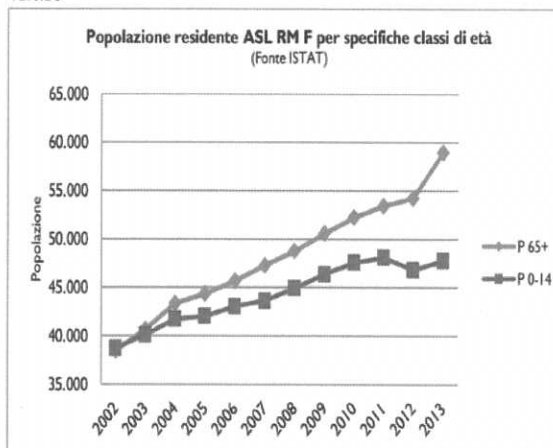


Tavola 3



La diminuzione che si registra nell'anno 2012 è dovuta alle rettifiche anagrafiche che sono seguite al Censimento Generale della popolazione del 2011.



Tavola 4

## Proporzione di giovani al 1° gennaio 2014

Ripartizione	Popolazione 0-14			%
	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	
Distretto F1	5.636	5.273	10.909	13,5
Distretto F2	6.264	5.701	11.965	15,5
Distretto F3	4.359	4.075	8.434	15,1
Distretto F4	9.013	8.436	17.449	15,9
ASL RM F	25.272	23.485	48.757	15,1
Prov. Roma	313.138	294.381	607.519	14,1
Lazio	417.914	393.748	811.662	13,8
Italia	4.348.146	4.099.987	8.448.133	13,9

Fonte ISTAT

Tavola 5

## Proporzione di anziani al 1° gennaio 2014

Ripartizione	Popolazione 65+			%
	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	
Distretto F1	7.374	9.900	17.274	21,3
Distretto F2	5.890	7.306	13.196	17,1
Distretto F3	4.701	5.851	10.552	18,9
Distretto F4	8.130	9.815	17.945	16,4
ASL RM F	26.095	32.872	58.967	18,2
Prov. Roma	368.145	508.994	877.139	20,3
Lazio	511.657	689.832	1.201.489	20,5
Italia	5.570.070	7.444.872	13.014.942	21,4

Fonte ISTAT

Tavola 6

Indice di vecchiaia<sup>1</sup> al 1° gennaio 2014

Distretto F1	158,3
Distretto F2	110,3
Distretto F3	125,1
Distretto F4	102,8
ASL RM F	120,9
Prov. Roma	144,4
Lazio	148,0
Italia	154,1

Fonte ISTAT

Tavola 7

Tasso di natalità<sup>2</sup> al 1° gennaio 2014

Distretto F1	8,1
Distretto F2	8,6
Distretto F3	9,9
Distretto F4	10,3
ASL RM F	9,3
Prov. Roma	8,8
Lazio	8,7
Italia	8,4

Fonte ISTAT

<sup>1</sup> Rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e più) e i giovani (0-14).<sup>2</sup> Rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per mille abitanti).

In particolare, i distretti F2 e F4 presentano popolazioni assai più giovani e dinamiche dal punto di vista demografico, mentre il distretto F1 si caratterizza per una popolazione particolarmente anziana, anche rispetto alla media provinciale e regionale.

## In sintesi:

I 4 distretti aziendali si presentano con caratteristiche territoriali, socio-economiche e demografiche estremamente differenziate, e richiedono pertanto una risposta puntuale, locale e diversificata ai peculiari bisogni di salute che esprimono.



## Quadro epidemiologico

Il quadro epidemiologico che si rappresenta mette in luce non pochi aspetti critici sullo stato di salute della popolazione della ASL RM F. È basato sulle tabelle statistiche-epidemiologiche contenute nel Decreto del Commissario ad acta n. 480 del 6.12.2013, che fanno riferimento all'anno 2011.

La ASL RM F ha il tasso generale standardizzato di mortalità più elevato tra tutte le ASL del Lazio.

Il tasso standardizzato per 100.000 residenti, nel Lazio, è 596,0 nei maschi e 378,4 nelle femmine.

Il tasso standardizzato della RM F è 641,8 per i maschi e 423,6 per le femmine.

Di conseguenza, il rischio relativo (RR), cioè il rapporto tra il tasso standardizzato della ASL RM F ed il tasso standardizzato regionale, è di 1,08 per i maschi e di 1,12 per le femmine.

Se si passa all'analisi della mortalità per cause specifiche, troviamo rischi relativi elevati, in particolare, nei maschi per la mortalità dovuta a tumori maligni (RR maschi=1,13) e nelle femmine per la mortalità dovuta a malattie del sistema circolatorio (RR femmine=1,16).

Correlativi ai tassi di mortalità sono i tassi di ricovero ordinario della popolazione adulta (età 15+), più elevati rispetto a quelli del Lazio se si sommano tutte le cause di ricovero, e particolarmente elevati in relazione ai tumori maligni e alle malattie del sistema circolatorio.

Anche l'ospedalizzazione complessiva della popolazione in età pediatrica (0-14 anni) presenta tassi più elevati rispetto a quelli regionali, e con riferimento a cause specifiche è elevata per i tumori maligni nelle femmine.

Infine, è relativamente alta la prevalenza di alcune malattie croniche (broncopneumopatia cronico ostruttiva e diabete) e l'incidenza di eventi coronarici acuti.

In sintesi:

la ASL RMF presenta un quadro epidemiologico critico se si confronta con lo stato di salute complessivo degli abitanti della regione.

In particolare si nota il tasso generale di mortalità più elevato tra tutte le ASL del Lazio e tassi di mortalità, di ospedalizzazione e di morbidità più elevati del tasso regionale per alcune specifiche cause e patologie.

## Risorse strutturali

L'azienda soffre di una grave carenza cronica nelle strutture di offerta diretta di assistenza e nelle dotazioni di apparecchiature sanitarie, fatto che, insieme alle caratteristiche del territorio di competenza, costituito da una mezzaluna gravitante per tutti gli aspetti (lavoro, studio, tempo libero) intorno al centro attrattivo della metropoli, determina una massiccia mobilità sanitaria dei residenti verso la capitale o, in minor misura, verso ASL confinanti.

È da rimarcare che la ASL RM F, non solo si colloca all'ultimo posto tra le ASL laziali in tema di dotazione di posti letto per acuti (ordinari e DH) per 1.000 abitanti (0,7), ma in più la sua dotazione è



pari a meno di un quarto del valore medio regionale ed è assai al di sotto dello standard, che prevede 3 posti letto per mille abitanti.

I posti letto per acuti previsti per il Polo Ospedaliero della ASL sono 222, a cui si aggiungono 16 posti letto della Casa di Cura accreditata "Sligato".

Va sottolineato inoltre che la già scarsa dotazione di posti letto è concentrata nel presidio ospedaliero di Civitavecchia, geograficamente collocato in una posizione marginale rispetto alla estensione del territorio dell'azienda.

Per una analisi più dettagliata dell'offerta e della mobilità relative all'assistenza ospedaliera e specialistica, si rimanda al successivo paragrafo "L'analisi bisogni/offerta".

## Risorse umane

Il prolungato blocco del turn-over ha determinato la progressiva riduzione del personale, con i connessi fenomeni di invecchiamento e precarizzazione, che hanno ostacolato l'attuazione di una vera politica di reclutamento, formazione, qualificazione e gestione delle risorse umane. Ciò ha ripercussioni negative sulla qualità e sulle condizioni di lavoro, sull'efficienza ed efficacia delle risposte assistenziali, su una visione di lungo periodo nella gestione delle risorse umane, sull'investimento formativo.

Di seguito si riporta la situazione del personale dipendente alla data del 31.12.2013.

Ruolo	Tipo Dipendente	Tipologia contratto	Numero
Sanitario	Dirigenza Medica	Indeterminato	276
Sanitario	Dirigenza Medica	Determinato	38
Sanitario	Dirigenza Sanitaria non Medica	Indeterminato	51
Sanitario	Dirigenza Sanitaria non Medica	Determinato	7
Sanitario	Comparto	Indeterminato	779
Sanitario	Comparto	Determinato	60
Totale			1.211
Professionale	Dirigenza	Indeterminato	1
Totale			1
Tecnico	Dirigenza	Indeterminato	4
Tecnico	Comparto	Indeterminato	123
Tecnico	Comparto	Determinato	8
Totale			135
Amministrativo	Dirigenza	Indeterminato	7
Amministrativo	Comparto	Indeterminato	269
Amministrativo	Comparto	Determinato	15
Totale			291
Totale complessivo			1.638

## Risorse tecnologiche

L'azienda ha sviluppato un ottimo grado di informatizzazione, ma la carenza di personale specializzato interno determina una dipendenza dall'esterno per il funzionamento dei sistemi e per l'elaborazione dei dati, mentre i vincoli di bilancio impediscono l'ulteriore sviluppo e ammodernamento degli applicativi, nonché il rinnovamento e l'adeguamento delle attrezzature alle crescenti necessità.

I vincoli finanziari all'espansione e all'ammodernamento delle tecnologie informatiche depotenziano quella che attualmente costituisce la principale leva utilizzabile per l'incremento dell'efficacia, dell'efficienza e della produttività delle amministrazioni pubbliche.

Il processo di informatizzazione "a macchia di leopardo" determina rallentamenti e un passaggio non fluido da una fase ad un'altra, gestioni miste (informatiche/cartacee) dei processi, difficoltà di integrazione ed elaborazione delle informazioni.

Il completamento del processo di informatizzazione permetterebbe nel lungo periodo di abbattere i costi, di velocizzare i processi, di minimizzare gli errori, di integrare la lettura dei dati informativi in una visione unitaria delle attività assistenziali e di supporto.



## LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

### LA MISSION AZIENDALE

1. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, mediante la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati patologici della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.
2. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale non perdendo mai di vista i principi etici che sono il presupposto di un servizio sanitario pubblico. In particolare essa esprime una vocazione prevalentemente territoriale e pone prioritario l'intervento di assistenza e cura verso il mondo degli esclusi attraverso progettualità di inclusione sociale e di abbattimento delle diversità. Gli ambulatori multiculturali e l'attenzione posta alle problematiche insite nella disabilità adulti rappresentano un esempio.
3. Al fine di creare sinergie con altri Enti ed Istituzioni nazionali e sovranazionali, sia pubbliche che private, nonché del terzo settore ed al fine di monitorare e soddisfare le esigenze emergenti, la ASL RM F promuove specifiche attività su base sperimentale le quali, innovando anche sul piano gestionale, dovranno concorrere ad una maggiore economicità ed efficienza dei servizi erogati.
4. Nell'ottica di un sempre più concreto passaggio dal "sistema ospedale" al "sistema territorio", nuovo impulso deve essere dato ai Distretti che sono visti quale momento di congiunzione sinergica con i Comuni per la realizzazione di una funzione socio-sanitaria tesa ad evitare, per quanto possibile, l'isolamento sociale dei pazienti e, in particolare, dei soggetti fragili, con interessamento e sostegno alle famiglie.

### I VALORI GUIDA

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona umana e la sua centralità; l'equità e l'etica professionale; l'appropriatezza; la compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti; il decentramento delle responsabilità e della distinzione tra le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, e quelle di attuazione e gestione; la diffusione dell'assistenza di primo livello per assicurare in modo generalizzato e coordinato la promozione e la tutela della salute, l'alta qualità delle cure specialistiche territoriali ed ospedaliere; l'integrazione socio-sanitaria.





## LA CORNICE STRATEGICA REGIONALE

La pianificazione strategica della ASL RM F si muove entro i binari fissati dalla pianificazione regionale, rielaborando al livello strategico aziendale gli obiettivi di medio-lungo termine individuati dai documenti di programmazione della Regione.

Il documento cardine della pianificazione strategica regionale è costituito dai “Programmi operativi a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari”, la cui ultima edizione, riferita al periodo 2013-2015, è stata approvata con DCA n. 247 del 25 luglio 2014.

Il documento si articola in 6 linee di intervento, che si propongono di riorganizzare e riorientare l'intero assetto del sistema sanitario regionale, perseguendo il miglioramento dei livelli di integrazione, efficacia ed efficienza dell'assistenza, compatibile con il raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo del sistema.

Di seguito si riassumono i principali obiettivi programmati per le aziende del SSR previsti dal documento, obiettivi che costituiscono la linea guida inderogabile del processo di pianificazione strategica aziendale.

### 1. CURE PRIMARIE E RETE TERRITORIALE

Rivisitazione del modello organizzativo e funzionale delle cure primarie secondo l'attuale evoluzione dei bisogni assistenziali, che privilegia soluzioni complementari e coerenti con la riorganizzazione dell'intera rete assistenziale

### 2. RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE

Riorganizzazione dell'offerta assistenziale e ridefinizione della rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e post acuti

Elaborazione di un piano di razionalizzazione degli immobili di pertinenza aziendale con conseguente razionalizzazione dei canoni di affitto di immobili di terzi

### 3. EFFICIENTAMENTO DELLA GESTIONE

Regole di sistema

Revisione, da parte della Regione, delle regole di sistema per governare i rapporti con gli erogatori di assistenza sanitaria pubblici e privati, sulla base dei principi di integrazione, parità degli erogatori, libertà di scelta dei cittadini.

Agli erogatori privati si chiede di sviluppare la propria vocazione secondo un'ottica di complementarità e di collaborazione fattiva con gli erogatori pubblici.

Agli erogatori pubblici e privati si chiede di supportare la regione nel recupero della mobilità passiva e nell'incremento della mobilità attiva per ricoveri di alta complessità.

Le Aziende del SSR saranno chiamate ad applicare le regole definite dalla Regione.

## Ristrutturazione economico-finanziaria delle Aziende del SSR

Ristrutturazione economico-finanziaria delle Aziende del SSR, con efficientamento della struttura dei costi in base a costi unitari definiti dal livello regionale a partire dal case mix storico e ottimizzazione delle degenze medie (allineamento delle durate delle degenze a valori di riferimento).

## Razionalizzazione dei Beni & Servizi e Farmaci

Abbattimento della spesa sui contratti relativi ai servizi e beni non sanitari e azioni di contenimento della spesa farmaceutica.

## Gestione del personale

Razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici sulla base degli standard indicati nel DCA 259/2014 "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale", nonché degli incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative

Revisione del fabbisogno in termini di forza lavoro da impiegare per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, a seguito della riorganizzazione delle reti di assistenza sanitaria

Adozione del Piano annuale delle cessazioni, del Piano annuale delle assunzioni, e del Piano annuale delle consulenze, quali strumenti di programmazione del fabbisogno di risorse umane

Adozione dei provvedimenti aziendali di adeguamento dei fondi contrattuali a fronte degli avvenuti processi di redistribuzione e riallocazione del personale conseguenti alla revisione della rete ospedaliera e territoriale.

## 4. FLUSSI INFORMATIVI

Armonizzazione ed integrazione tra i diversi flussi informativi, che condivideranno "nativamente" un nucleo centrale di basi di dati (popolazione, strutture, nomenclatori, ecc.) e potranno pertanto essere considerati sottosistemi di un unico Sistema Informativo Sanitario Regionale, di cui elemento centrale sarà l'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR).

In questo contesto La Regione assume un ruolo di indirizzo e coordinamento per lo sviluppo dei sistemi informativi aziendali.

Partendo da ASUR sarà completata e messa a regime la "funzione di correlazione anagrafica" che permetterà di ricostruire e analizzare in forma anonima i percorsi di cura dei singoli assistiti e di realizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Le Aziende Sanitarie saranno chiamate ad utilizzare tale sistema informativo integrato per le finalità di valutazione, programmazione e governo.

## 5. ALTRI INTERVENTI OPERATIVI DI GESTIONE

Realizzazione di importanti interventi operativi di gestione in materia di sanità pubblica, sicurezza e rischio clinico, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, sanità penitenziaria, formazione e comunicazione ai cittadini.

## 6. ALTRI INTERVENTI PER IL GOVERNO DEL PROGRAMMA OPERATIVO

Specifici interventi in materia di adempimenti LEA, attuazione del D. Lgs. 118/2011 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio, certificabilità dei bilanci del SSR, contabilità analitica e regole di pagamento.

Le Aziende sanitarie regionali sono chiamate a dare attuazione alle linee di intervento muovendosi entro il limitato spazio strategico consentito dalla pianificazione regionale, ciascuna con riferimento alle proprie peculiarità, da ponderare attraverso l'analisi dei propri punti di forza e di debolezza e delle minacce/opportunità derivanti dalle dinamiche dell'ambiente esterno.

## L'ANALISI SWOT

L'analisi cosiddetta SWOT si propone di identificare gli elementi che favoriscono od ostacolano il raggiungimento degli obiettivi aziendali, costituendo la base conoscitiva per lo sviluppo di strategie mirate a superare i fattori di debolezza e, sfruttando i punti di forza, a cogliere le opportunità e far fronte alle minacce esterne.

L'analisi interna è stata condotta con riferimento a quattro principali dimensioni: 1) sistema organizzativo 2) risorse strumentali ed economiche 3) risorse umane 4) processi sanitari e cultura d'azienda.

L'analisi esterna è stata effettuata tenendo presenti le caratteristiche epidemiologiche e socioeconomiche del contesto di riferimento, le dinamiche di sviluppo tecnologico e il ruolo della pianificazione regionale.

ANALISI SWOT	
<p><b>PUNTI DI FORZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opportunità di riprogettare e rimodulare l'organizzazione dell'assistenza e l'intera organizzazione aziendale</li> <li>• Possibilità di pianificazione dello sviluppo aziendale con relativa certezza della stabilità delle risorse</li> <li>• Attivazione degli strumenti di controllo di gestione e governo clinico</li> <li>• Forte attenzione al miglioramento dell'appropriatezza clinica e prescrittiva</li> <li>• Tendenziale pareggio di bilancio</li> </ul>	<p><b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarsità di risorse umane, strutturali, tecnologiche ed economiche;</li> <li>• Scarsa integrazione fra ospedale e territorio;</li> <li>• Mancanza di adeguati percorsi assistenziali integrati;</li> <li>• Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo;</li> <li>• Scarsa comunicazione interna.</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITÀ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continua evoluzione degli strumenti informatici, da utilizzare a supporto dei processi sanitari e amministrativi e dei processi decisionali, per migliorare l'efficienza e fronteggiare la scarsità delle risorse umane</li> <li>• Evoluzione dei trasporti e delle telecomunicazioni, che consente di riprogrammare le reti di assistenza contando sulla celerità degli spostamenti e sulla comunicazione a distanza di dati e informazioni</li> <li>• Forte ruolo di pianificazione, governo e affiancamento assunto dalla Regione Lazio</li> </ul>	<p><b>MINACCE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte tendenza alla mobilità passiva e alla erraticità e casualità dei percorsi di cura, con conseguente inappropriatazza e aumento dei costi;</li> <li>• Dinamiche demografiche ed epidemiologiche, aumento delle cronicità e dei bisogni assistenziali</li> <li>• Incremento continuo del costo dell'assistenza sanitaria per effetto del continuo progresso nei processi diagnostici e terapeutici, dell'evoluzione delle nuove tecnologie e della ricerca farmacologica</li> <li>• Pianificazione regionale top-down, che rischia di trascurare le peculiarità dei contesti aziendali</li> </ul>

Dall'analisi SWOT derivano le possibili strategie aziendali rivolte ad utilizzare i punti di forza e le opportunità e contrastare i punti di debolezza e le minacce esterne.

Sviluppo dei punti di forza e contrasto dei punti di debolezza:

- Riprogettare l'organizzazione aziendale e l'organizzazione dell'assistenza, ottimizzando l'uso delle risorse strutturali e umane disponibili, per rispondere in maniera efficace al bisogno socio-sanitario
- Organizzare l'assistenza per percorsi di presa in carico, ricercando l'integrazione tra cure primarie, assistenza specialistica e assistenza ospedaliera, e favorendo lo sviluppo e l'istituzionalizzazione di reti professionali multidisciplinari, con valorizzazione del ruolo della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta e della specialistica territoriale e ospedaliera, da integrare con la rete professionale distrettuale
- Attivare gli strumenti del controllo di gestione al fine di verificare costantemente il rispetto degli obiettivi programmati, l'utilizzo efficiente delle risorse e il mantenimento dell'equilibrio di bilancio
- Attivare gli strumenti del Governo clinico (audit, risk management, formazione continua, partecipazione e responsabilizzazione diffusa) al fine di garantire un'assistenza di qualità in condizioni di sicurezza
- Attivare strumenti volti a favorire e controllare l'appropriatezza delle forme di assistenza e delle prescrizioni diagnostiche e farmaceutiche
- Organizzare le attività aziendali per processi trasversali che favoriscano la condivisione dei fini e della cultura d'azienda e la comunicazione tra le strutture

Utilizzo delle opportunità e contrasto delle minacce:

- Adottare un Piano di sviluppo informatico che consenta di utilizzare al massimo le risorse derivanti dall'evoluzione dell'ICT, a supporto dei processi sanitari e amministrativi e dei processi decisionali, per migliorare l'efficienza e fronteggiare la scarsità delle risorse umane
- Utilizzare le opportunità offerte dal ridisegno delle reti di assistenza elaborato dalla Regione Lazio, ottimizzando i modelli previsti ed il ruolo assegnato alle strutture aziendali, al fine di fornire il massimo dell'assistenza in condizioni di sicurezza
- Migliorare la comunicazione e la condivisione con le strutture della Regione, utilizzando al meglio le azioni di affiancamento previste dai Programmi Operativi, al fine di contestualizzare i piani regionali tenendo conto delle peculiarità dell'Azienda



- Sviluppare percorsi e sinergie utilizzando le risorse della rete dei servizi pubblici e privati accreditati, al fine di accompagnare il paziente lungo percorsi programmati, appropriati e di qualità controllata

## L'ANALISI BISOGNI/OFFERTA

### Assistenza ospedaliera

L'eccessiva spesa determinata dall'assistenza ospedaliera in Italia ha determinato una serie di provvedimenti, in parte normativi in parte organizzativi, che stanno progressivamente allineando i dati di ospedalizzazione su valori più compatibili con una corretta ripartizione dei regimi assistenziali.

Il numero di dimissioni di residenti della ASL Roma F si è progressivamente ridotto passando da poco più di 59.000 dimessi del 2011 a poco più di 52.000 del 2013. La gran parte di questa riduzione è legata al ricovero ordinario mentre risulta stabile il ricorso al day hospital (grafico n.1). Coerentemente si sono ridotti i tassi di ospedalizzazione: in regime ordinario il tasso è di 111 per 1.000 (intorno a 108 si colloca il valore nazionale e regionale del 2012, ultimo dato disponibile). Resta invece significativamente più alto e stabile al 57 per mille il tasso di ospedalizzazione in day hospital contro il 42 della media nazionale ed il 58 di quella regionale (sempre dati 2012) (grafico n.2).

La riduzione dei ricoveri in regime ordinario che si è registrata negli ultimi tre anni all'Ospedale San Paolo (grafico n.3) va interpretata quindi alla luce di un trend generale accentuato dagli interventi di ristrutturazione degli ambienti e/o reparti dell'Ospedale, che ne hanno limitato in parte le potenzialità assistenziali in termini di volumi.

Una analisi più approfondita dei dati consente altresì di affermare che parte di questa riduzione è dovuta ad un recupero di appropriatezza, come dimostrato dal calo dei DRG a rischio di inappropriatezza in regime ordinario che si è verificato soprattutto nel 2012 (grafico n.4).

A questo si accompagna un generale miglioramento della qualità della codifica delle SDO con una progressiva riduzione delle schede suscettibili di correzione (tabella n. 1).

Il bassissimo numero di posti letto di cui la RMF è dotata, la vicinanza con Roma, l'asimmetrica collocazione dell'Ospedale San Paolo rispetto ad un territorio dalla viabilità problematica, determinano elevatissimi valori dell'indice di fuga a testimonianza di una mobilità passiva gravosa per l'Azienda e per i pazienti (grafici n. 5a-5b).

Una parte notevole di questa mobilità è legata alle alte specializzazioni e quindi è fisiologica, attesa ed in qualche modo auspicata, ma anche se ci si limita a considerare le sole specialità presenti negli Istituti aziendali il suo peso resta notevole e si conferma una certa fuga di pazienti anche per patologie affrontabili internamente (grafici 6a-6b). Altra fetta considerevole riguarda il distretto F4, naturalmente rivolto verso la vicina città di Roma e le sue strutture sanitarie.

Nel corso del 2013 si conferma un leggero ma significativo decremento, in termini di numero di dimessi, della mobilità passiva sia in regime ordinario (-4,6%) sia, in misura minore, in regime di day hospital (-0,8%). Il dato è coerente in tutti e quattro i distretti aziendali. Anche la spesa per la mobilità passiva cala anche se in maniera più contenuta dei dimessi (rispettivamente -2,7% e -0,7%).



Il calo della mobilità però è prevalentemente determinato dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione generale più che da un incremento dell'offerta aziendale, il cui peso resta piuttosto basso rispetto alla complessiva domanda di prestazioni.

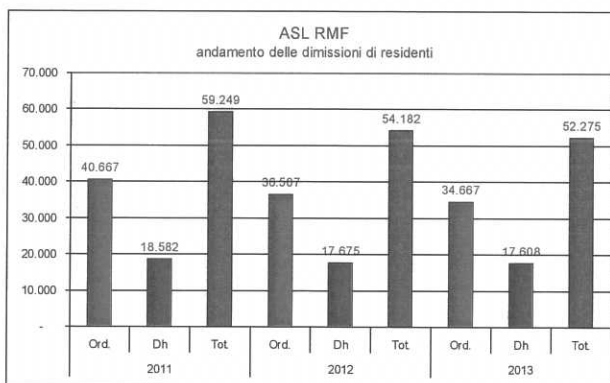


grafico n.1

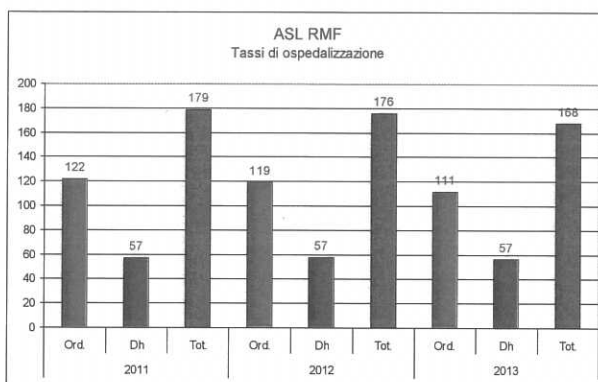


grafico n.2

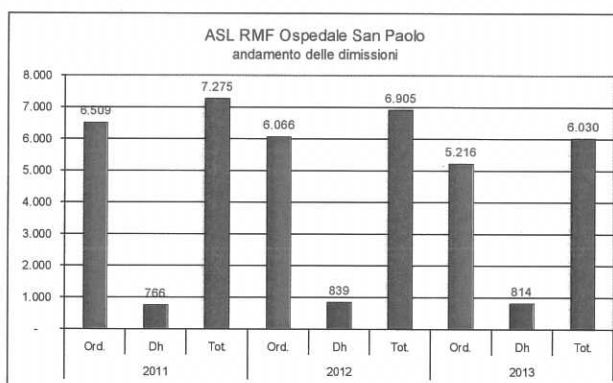


grafico n.3

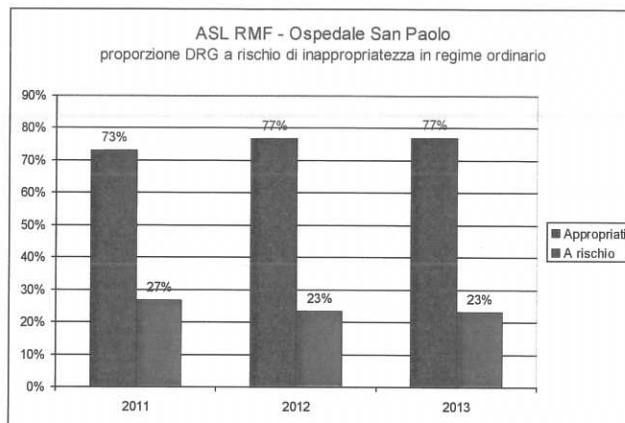


grafico n.4

Ospedale San Paolo				
Qualità della codifica delle SDO - Analisi PARM 3M				
	2011	2012	2013	2014*
1 = Modifica nel DRG attribuito e riduzione del peso relativo $\geq 10\%$	1,48%	1,50%	1,42%	1,44%
2 = Modifica nel DRG attribuito e riduzione del peso relativo $< 10\%$	0,13%	0,10%	0,07%	0,12%
3 = Modifica nel DRG attribuito ed incremento del peso relativo $\geq 10\%$	1,98%	2,03%	1,84%	1,17%
4 = Modifica nel DRG attribuito ed incremento del peso relativo $< 10\%$	0,19%	0,19%	0,12%	0,12%
5 = Durata di degenza più bassa dell'atteso	0,07%	0,21%	0,12%	0,12%
6 = Impatto indeterminato sul DRG	16,36%	15,35%	13,61%	13,00%
7 = Errore di codifica che non influenza l'attribuzione al DRG	2,09%	2,27%	1,96%	1,77%
9 = Nessun errore	77,69%	78,35%	80,87%	82,27%
	<b>totale</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
* primo semestre				

tabella n. 1



grafico n.5a

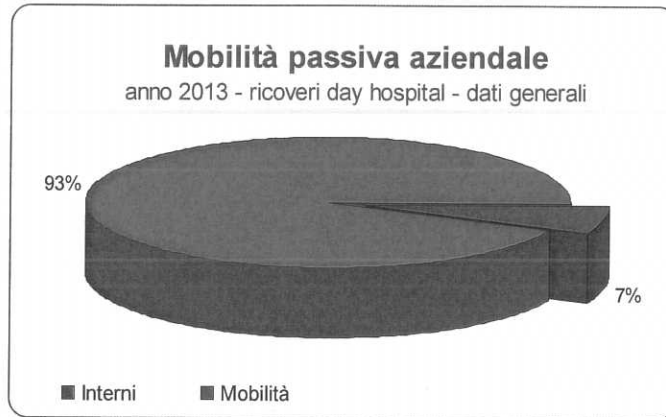


grafico n.5b

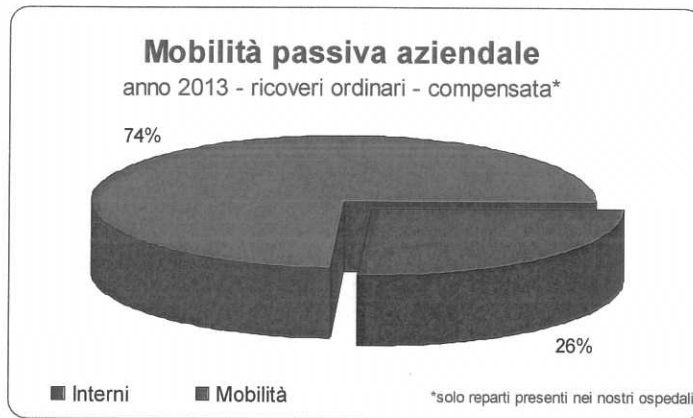


grafico n.6°

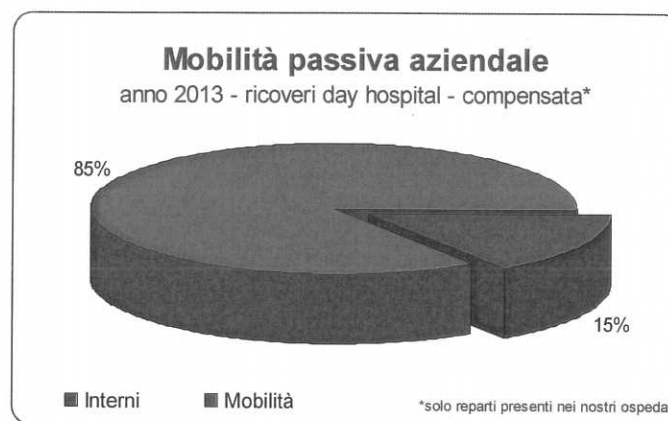


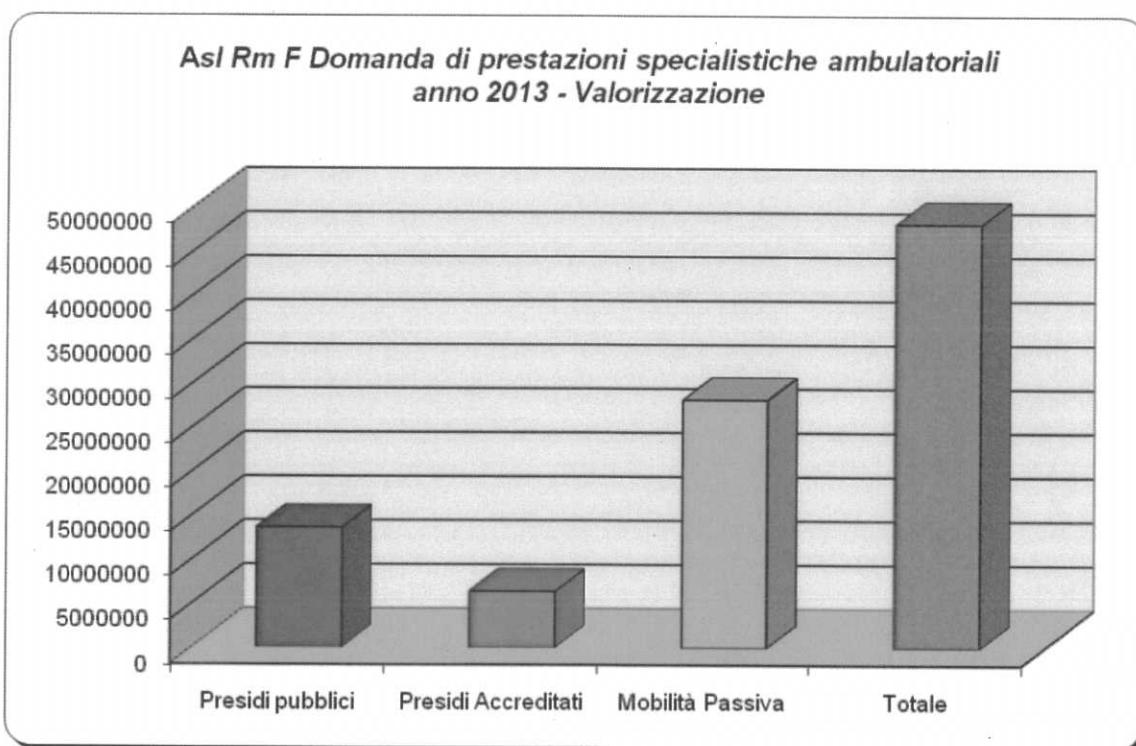
grafico n.6b

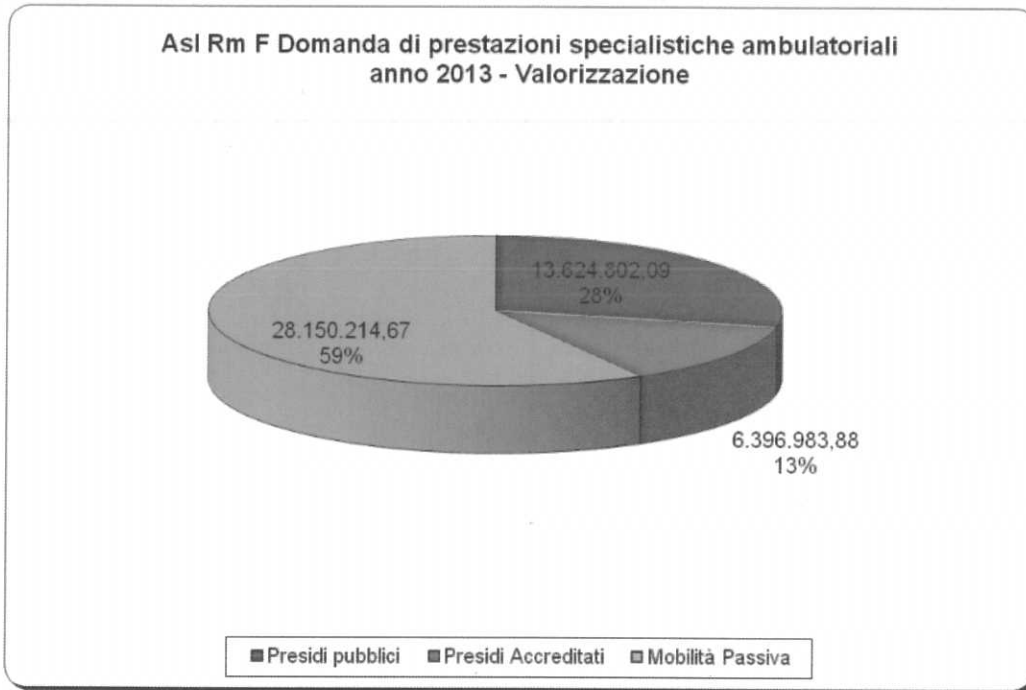


### Assistenza specialistica

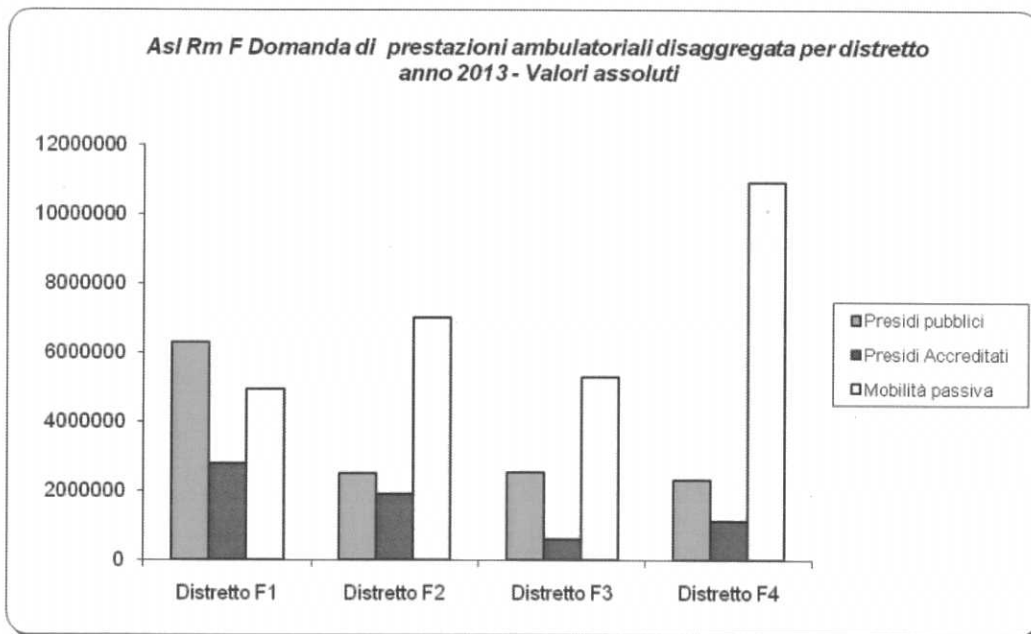
A fronte dei bisogni sanitari emergenti dal quadro territoriale, socio-economico, demografico ed epidemiologico che si è sopra delineato, la ASL si trova ad affrontare il proprio mandato istituzionale con una significativa carenza di risorse proprie anche per il livello di assistenza specialistica territoriale.

L'analisi delle prestazioni ambulatoriali effettuate complessivamente dai residenti mostra una mobilità passiva consistente, che in termini di valore tariffario copre circa il 60% della domanda.





Se si analizzano i dati disaggregati per distretto, e rappresentati in valori assoluti, appare evidente che la mobilità passiva interessa maggiormente i Distretti F2 e F4, privi di presidi ospedalieri nel proprio territorio e dotati a livello distrettuale di strutture largamente insufficienti a soddisfare la domanda in loco.



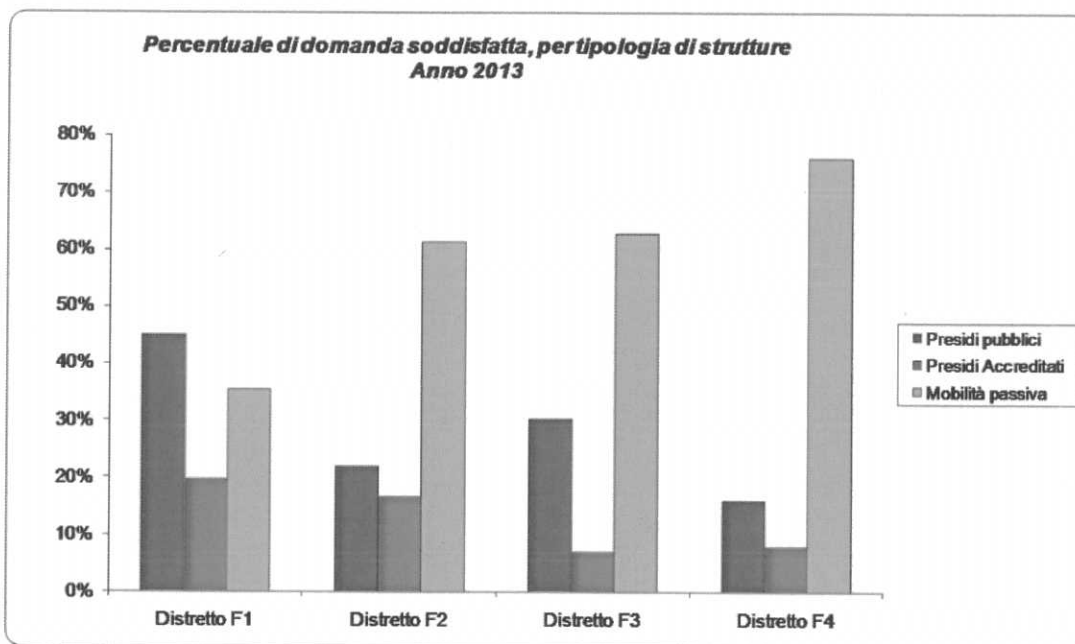


La rappresentazione in termini percentuali, per ciascun distretto, della domanda soddisfatta dalle strutture a gestione diretta, dalle strutture accreditate del territorio e da strutture di altre ASL, mostra che:

la domanda del Distretto F4 è quasi interamente soddisfatta in mobilità passiva (76%);

i Distretti F2 e F3 riescono a soddisfare parzialmente la domanda in loco (rispettivamente 39% e 37%), sommando l'offerta delle strutture a gestione diretta a quella delle strutture accreditate del territorio, ma presentano comunque una mobilità passiva rilevante (rispettivamente 61% e 63%);

il Distretto F1 ha una mobilità passiva più limitata ma comunque consistente (35%) ed una quota significativa di produzione da parte delle strutture accreditate del territorio (20%), e riesce a soddisfare con strutture proprie il 45% della domanda.



La tabella seguente mostra il dettaglio della mobilità passiva per branca specialistica. Come si può notare la mobilità interessa un po' tutte le branche, ma in particolare si osservano valori rilevanti per le specialità di laboratorio analisi, cardiologia, oculistica, diagnostica per immagini e risonanza magnetica.



## DOMANDA DI PRESTAZIONI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI- ANNO 2013

Codice Branca	Descrizione Branca	TOTALE PUBBLICI		TOTALE ACCREDITATI		Totale ASL RM F		TOTALE MOBILITA' PASSIVA		TOTALE GENERALE	
		prestazioni	valutizzazioni	prestazioni	valutizzazioni	prestazioni	valutizzazioni	prestazioni	valutizzazioni	prestazioni	valutizzazioni
00	Laboratorio Analisi - Fisiopatrimologia	1.195.698	4.336.676,97	619.280	2.719.180,64	1.724.986	7.056.404,71	999.793	7.316.476,50	2.724.699	14.372.961,21
05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	7.901	291.115,13	0	0,00	7.901	291.115,13	11.436	426.475,16	19.337	707.590,29
08	Cardiologia	49.191	918.315,51	3.905	61.593,80	53.096	979.909,37	47.832	1.158.514,31	100.838	2.138.423,68
09	Chirurgia generale	5.443	62.982,89	4.076	153.588,28	9.519	216.480,17	14.528	388.004,72	24.047	604.573,99
12	Chirurgia Plastica	603	32.394,71	0	0,00	603	32.394,71	3.712	64.780,55	4.315	97.085,26
15	Medicina Sportiva	7.929	48.976,34	0	0,00	7.929	48.976,34	718	3.718,08	8.647	44.694,42
19	Endocrinologia	6.354	96.828,89	0	0,00	6.354	96.828,89	13.179	194.678,95	19.524	291.490,54
29	Nefrologia	32.564	344.822,71	0	0,00	32.564	344.822,71	8.901	100.295,91	41.465	444.297,72
30	Neurochirurgia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.064	23.311,77	1.064	23.311,77
32	Neurologia	7.890	137.522,53	0	0,00	7.890	137.522,53	27.366	397.469,41	34.456	534.991,94
34	Occhistica	21.819	356.110,00	4.472	426.978,18	26.291	783.088,98	35.067	1.765.324,59	61.368	2.548.085,57
35	Odontostomatologia - Ch. maxillo-facciale	19.471	479.442,52	0	0,00	19.471	479.442,52	12.199	313.333,12	31.669	792.775,64
36	Ortopedia e Traumatologia	16.475	296.547,80	1.288	41.396,27	17.773	327.944,07	17.267	432.166,47	35.040	768.110,54
37	Oftalmica e Glaucomatologia	8.091	151.299,46	195	3.489,80	8.256	154.788,36	15.876	335.217,11	24.132	489.925,47
38	Otorinolaringoiatrica	9.311	135.091,59	829	16.088,14	10.131	151.778,73	12.286	202.875,71	22.397	353.946,44
40	Pediatria	10.648	176.888,15	0	0,00	10.648	176.888,15	6.252	103.878,57	16.900	278.870,72
43	Urologia	4.632	86.096,99	0	0,00	4.632	86.096,99	6.281	141.895,14	10.913	227.182,13
52	Distrettospecialista	10.122	188.435,76	0	0,00	10.122	188.435,76	32.041	672.686,20	42.163	861.121,96
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	22.570	295.438,84	17.725	140.348,45	40.295	345.777,29	51.283	473.312,88	91.578	819.083,37
58	Gastroenterol. - Ch. ed Endoscopia Digestiva	3.675	136.598,20	0	0,00	3.675	136.598,20	11.515	564.489,50	15.190	691.047,70
61	Diagnostica per immagini - Med. Nucleare	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8.392	1.496.882,23	8.392	1.496.882,23
64	Oncologia	2.172	35.688,53	0	0,00	2.172	35.688,53	12.233	165.483,93	14.405	291.173,46
68	Pneumologia	6.831	138.362,32	0	0,00	6.831	138.362,32	8.947	208.878,96	15.778	347.240,38
69	Diagnostica per immagini - Rad. Diagnostica	37.116	1.353.865,59	36.838	663.843,13	73.954	2.017.708,72	73.918	3.547.873,10	147.872	5.564.781,82
70	Radioterapia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	34.001	1.751.138,27	34.001	1.751.138,27
79	Risonanza Magnetica	196	31.359,72	5.276	908.372,51	5.472	939.732,23	12.278	2.148.383,71	17.742	3.088.115,94
80	Chirurgia Amb. e Diagnostica Invasiva	8.859	467.498,80	0	0,00	8.859	467.498,80	8.200	743.154,52	17.059	1.210.653,32
82	Anestesia	172	7.744,33	0	0,00	172	7.744,33	1.395	43.619,85	1.567	51.364,38
89	Altro	24.007	348.833,54	0	0,00	24.007	348.833,54	53.943	888.864,74	77.950	1.140.098,28
	Denti	48.725	2.797.138,29	21.745	1.261.574,52	70.470	4.058.713,81	29.383	2.179.128,41	99.773	6.237.834,22
	TOTALE	1477.575	13.624.882,89	715.528	6.396.983,88	2.193.193	28.821.705,97	1.571.168	28.150.214,67	3.764.271	48.172.889,64



Le tabelle che seguono danno un dettaglio della mobilità per distretto e branca specialistica.

DISTRETTO F1

Distretto Residente	Codice Branca	Denominazione Branca	TOTALE PUBBLICI		TOTALE ACCREDITATI		Totale ASL RM F		TOTALE MOBILITA' PASSIVA		TOTALE GENERALE	
			prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati
F 1	00	Laboratorio Analisi - Radiodiagnostica	464.715	1.841.206,93	181.216	824.802,27	645.931	2.666.009,20	182.971	1.443.890,98	828.902	4.109.909,18
F 1	05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	3.951	130.937,12	0	0,00	3.951	130.937,12	975	38.888,13	4.926	169.825,25
F 1	08	Cardiologia	23.727	448.748,12	2.405	33.373,54	25.832	482.121,66	7.333	181.372,77	33.165	663.493,93
F 1	09	Chirurgia generale	3.364	29.851,98	3.782	142.917,78	7.156	172.869,68	1.875	57.641,72	8.831	229.717,48
F 1	12	Chirurgia Plastica	210	6.655,83	0	0,00	210	6.655,83	870	14.193,66	1.080	20.849,49
F 1	15	Medicina Sportiva	2.478	12.806,72	0	0,00	2.478	12.806,72	105	542,22	2.583	13.348,94
F 1	19	Endocrinologia	3.816	46.855,18	0	0,00	3.816	46.855,18	2.327	32.628,77	5.343	79.483,95
F 1	28	Neurologia	14.586	140.435,49	0	0,00	14.586	140.435,49	784	8.884,98	15.210	149.320,47
F 1	38	Neurochirurgia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	162	3.445,89	162	3.445,89
F 1	32	Neurologia	1.420	33.887,74	0	0,00	1.420	33.887,74	4.310	83.434,22	5.730	97.321,96
F 1	34	Oculistica	7.227	118.971,78	4.267	400.453,68	11.494	525.425,46	4.909	217.252,23	16.403	742.677,89
F 1	35	Otorinolaringoiatria - Ch. maxillo-facciale	9.569	224.151,25	0	0,00	9.569	224.151,25	2.850	53.972,22	11.619	278.123,47
F 1	36	Otologia e Tinnitologia	7.168	112.945,13	1.238	37.900,43	8.406	150.845,56	2.952	76.127,64	11.358	226.973,26
F 1	37	Otorinolaringoiatria - Otorinolaringoiatria	4.689	83.772,88	162	3.346,92	4.771	87.119,80	2.372	58.574,64	7.143	137.694,24
F 1	38	Otorinolaringoiatria	3.982	53.335,45	811	15.916,11	4.713	69.251,56	2.458	40.984,97	7.171	110.235,63
F 1	40	Psichiatria	2.518	42.978,17	0	0,00	2.518	42.978,17	988	14.424,19	3.418	57.398,36
F 1	43	Urologia	2.272	42.589,76	0	0,00	2.272	42.589,76	771	17.787,97	3.043	60.387,73
F 1	52	Dermatologia	5.519	100.522,87	0	0,00	5.519	100.522,87	4.545	97.198,58	10.064	197.721,45
F 1	55	Medicina Fisica e Riabilitazione	8.155	84.123,45	720	2.576,54	8.876	86.699,99	5.907	57.318,66	14.783	144.018,65
F 1	58	Gastroenterol. - Ch. ed Endoscopia Digestiva	1.927	72.272,67	0	0,00	1.927	72.272,67	2.183	187.088,55	4.830	179.341,22
F 1	61	Diagnostica per immagini - Med. Nucleare	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2.873	487.465,47	2.873	487.465,47
F 1	64	Oncologia	1.687	27.427,33	0	0,00	1.687	27.427,33	2.804	33.425,52	4.491	60.852,85
F 1	68	Pneumologia	2.451	53.788,41	0	0,00	2.451	53.788,41	1.191	30.169,37	3.642	83.957,78
F 1	69	Diagnostica per immagini - Rad. Diagnostica	12.828	589.578,90	14.047	247.637,86	26.875	847.616,86	13.776	638.548,28	40.651	1.486.165,14
F 1	70	Radioterapia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10.859	526.872,69	10.859	526.872,69
F 1	79	Risonanza Magnetica	59	8.839,88	3.580	617.678,84	3.639	626.518,72	1.957	353.731,15	5.596	980.241,87
F 1	80	Chirurgia Amb. e Diagnostica Invasiva	7.223	358.331,30	0	0,00	7.223	358.331,30	936	142.983,54	8.159	501.314,84
F 1	82	Aspirazione	101	5.365,98	0	0,00	101	5.365,98	244	8.427,95	345	13.793,94
F 1	89	Alto	18.088	139.165,46	0	0,00	18.088	139.165,46	7.985	110.485,78	17.983	249.651,24
F 1		Dialisi	26.925	1.406.824,44	7.494	434.911,66	34.419	1.901.736,10	2.549	121.689,86	36.968	2.823.425,96
		TOTALE	631.616	6.286.481,23	219.432	2.766.797,65	851.048	9.053.188,88	274.883	4.949.768,20	1.125.941	14.082.957,88



## DISTRETTO F2

Distretto Residente	Codice Strada	Descrizione Strada	TOTALE PUBBLICI		TOTALE ACCREDITATI		Totale ASL RM F		TOTALE MORBITA PASSIVA		TOTALE GENERALE	
			previdenziati	volontarizzati	previdenziati	volontarizzati	previdenziati	volontarizzati	previdenziati	volontarizzati	previdenziati	volontarizzati
F 2	00	Laboratorio Analisi - Radiodiagnostologia	260.994	1.001.408,46	130.206	543.510,06	191.200	1.544.918,52	245.907	1.795.900,21	637.107	3.340.818,73
F 2	05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	2.399	96.879,03	0	0,00	2.399	96.879,03	2.954	110.279,49	5.353	206.358,52
F 2	08	Cardiologia	11.497	222.631,82	1.486	23.269,88	12.983	245.901,70	11.904	295.867,52	24.887	541.769,22
F 2	09	Chirurgia generale	948	16.872,29	284	8.647,92	1.152	25.520,21	3.780	121.791,49	4.932	147.311,70
F 2	12	Chirurgia Plastica	209	11.182,47	0	0,00	209	11.182,47	1.190	18.993,53	1.399	29.276,40
F 2	15	Medicina Sportiva	2.665	13.762,06	0	0,00	2.665	13.762,06	868	877,88	2.833	14.639,94
F 2	19	Endocrinologia	1.446	21.470,66	0	0,00	1.446	21.470,66	3.598	52.628,40	5.044	74.099,06
F 2	29	Retinologia	1.165	14.786,15	0	0,00	1.165	14.786,15	1.308	11.913,16	2.473	26.699,31
F 2	30	Neurochirurgia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	226	3.886,28	226	3.886,28
F 2	32	Neurologia	1.582	29.730,30	0	0,00	1.582	29.730,30	6.817	99.200,37	8.199	128.930,67
F 2	34	Oculistica	4.720	75.210,77	121	11.454,52	4.841	86.665,29	11.143	530.706,58	15.984	617.371,87
F 2	35	Otorinolaringoiatria - Ch. maxillo-facciale	4.495	100.697,42	0	0,00	4.495	100.697,42	3.859	79.314,56	7.554	179.921,98
F 2	36	Otorinolaringoiatria e Timpanologia	3.594	66.301,22	58	3.454,52	3.642	69.755,74	4.731	121.188,52	8.373	191.144,26
F 2	37	Oftalmologia e Glaucoma	1.568	30.978,81	3	61,98	1.571	31.040,79	3.746	82.341,16	5.317	113.381,95
F 2	38	Oftalmologia pediatrica	2.857	32.123,43	0	173,03	2.857	32.296,46	3.581	59.842,22	5.647	92.138,68
F 2	40	Psichiatria	3.955	58.641,52	0	0,00	3.955	58.641,52	1.452	25.531,14	5.407	84.172,66
F 2	43	Urologia	1.818	20.040,83	0	0,00	1.818	20.040,83	1.504	31.650,94	2.522	51.691,77
F 2	52	Dermatologia	2.858	39.294,56	0	0,00	2.858	39.294,56	8.894	196.266,28	10.952	235.560,84
F 2	56	Medicina Fisica e Riabilitazione	1.709	22.811,47	13.313	107.086,53	15.022	129.891,00	10.822	92.408,40	25.044	222.309,40
F 2	58	Gastroenterol. - Ch. ed Endoscopia Digestiva	879	29.520,06	0	0,00	879	29.520,06	2.880	124.735,24	3.479	154.255,30
F 2	61	Diagnostica per immagini - Med. Nucleare	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2.874	382.219,74	2.874	382.219,74
F 2	64	Oncologia	355	5.900,35	0	0,00	355	5.900,35	3.830	49.970,15	3.385	46.969,50
F 2	68	Pneumologia	1.695	34.674,55	0	0,00	1.695	34.674,55	2.231	52.691,14	3.926	87.365,69
F 2	69	Diagnostica per immagini - Rad. Diagnostica	11.940	369.535,90	8.325	150.135,51	20.265	519.671,41	18.187	918.082,51	38.452	1.438.673,92
F 2	70	Radioterapia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6.304	321.894,86	6.304	321.894,86
F 2	79	Risonanza Magnetica	29	4.442,86	1.304	223.138,17	1.333	227.581,03	2.895	585.467,62	4.228	733.947,85
F 2	80	Chirurgia Amb. o Diagnostica Invasiva	1.228	70.626,50	0	0,00	1.228	70.626,50	1.742	138.151,60	2.970	208.778,10
F 2	82	Anestesia	14	495,80	0	0,00	14	495,80	479	11.968,92	493	16.464,72
F 2	89	Alto	5.475	78.400,97	0	0,00	5.475	78.400,97	14.566	218.629,84	20.041	296.830,81
F 2		Dieta	570	30.301,00	14.251	826.662,86	14.821	857.044,46	9.954	578.487,12	23.985	1.435.511,58
		TOTALE	338.254	2.498.201,55	169.280	1.897.597,98	498.534	4.395.799,54	389.956	7.895.749,11	888.590	11.491.548,65



## DISTRETTO F3

Distretto Residenti	Codice Strada	Denominazione Strada	TOTALE PUBBLICI		TOTALE ACCREDITATI		Totale ASL RM F		TOTALE MOBILITÀ PASSIVA		TOTALE GENERALE	
			prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati	prodotti	valorizzati
F 3	00	Laboratorio Analisi - Radiodiagnostica	238.983	955.480,79	85.941	403.158,77	324.104	1.358.639,56	185.618	1.317.767,34	508.722	2.676.406,90
F 3	05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	882	34.982,26	0	0,00	882	34.982,26	2.672	101.428,81	3.554	136.391,07
F 3	06	Cardiologia	5.910	132.497,25	12	184,64	6.922	132.681,89	9.701	232.851,35	16.623	385.535,24
F 3	09	Chirurgia generale	1.893	14.186,24	80	2.820,66	1.173	17.006,90	2.998	69.794,07	4.163	86.889,97
F 3	12	Chirurgia Plastica	175	13.736,56	0	0,00	175	13.736,56	491	10.687,94	666	24.344,50
F 3	15	Medicina Sportiva	1.431	7.410,34	0	0,00	1.431	7.410,34	0	309,84	1.431	7.720,18
F 3	19	Endocrinologia	858	13.300,68	0	0,00	858	13.300,68	2.921	45.890,17	3.779	58.989,85
F 3	29	Neftologia	5.927	59.458,15	0	0,00	5.927	59.458,15	1.174	14.536,52	7.101	73.994,67
F 3	30	Neurochirurgia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	313	8.812,60	313	8.812,60
F 3	32	Neurologia	1.751	34.396,77	0	0,00	1.751	34.396,77	5.760	78.388,47	7.511	113.785,24
F 3	34	Oculistica	4.287	68.583,28	84	9.061,98	4.371	78.625,27	7.149	362.187,78	11.520	448.813,03
F 3	35	Otorinolaringoiatria - Ch. naso-facciale	1.624	49.987,96	0	0,00	1.624	49.987,96	2.216	55.526,49	3.840	105.514,45
F 3	36	Ortopedia e Traumatologia	4.121	75.281,18	2	41,32	4.123	75.322,42	2.784	67.472,47	6.907	142.794,89
F 3	37	Oftalmologia e Glaucoma	1.157	22.556,83	0	0,00	1.157	22.556,83	3.147	67.386,59	4.304	89.943,42
F 3	38	Otologia e Otorinolaringoiatria	1.465	28.824,81	0	0,00	1.465	28.824,81	2.382	38.937,43	3.847	67.762,24
F 3	40	Psichiatria	1.311	24.629,83	0	0,00	1.311	24.629,83	962	15.365,94	2.273	39.995,77
F 3	43	Urologia	690	12.663,11	0	0,00	690	12.663,11	1.242	28.437,72	1.932	40.889,83
F 3	52	Dermatologia	855	16.695,16	0	0,00	855	16.695,16	7.522	148.122,73	8.377	165.817,89
F 3	55	Medicina Fisica e Riabilitazione	7.559	56.433,80	99	804,18	7.658	57.237,98	9.478	86.319,55	17.136	143.557,53
F 3	58	Gastroenterol. - Ch. ed Endoscopia Digestiva	663	27.987,97	0	0,00	663	27.987,97	1.983	91.998,44	2.646	119.986,41
F 3	61	Diagnostica per immagini - Med. Nucleare	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.448	243.328,49	1.448	243.328,49
F 3	64	Oncologia	194	1.830,80	0	0,00	194	1.830,80	2.556	36.952,84	2.660	38.783,73
F 3	68	Pneumologia	885	18.179,29	0	0,00	885	18.179,29	2.806	45.513,67	2.871	63.692,96
F 3	69	Diagnostica per immagini - Rad. Diagnostica	6.951	241.833,32	6.211	114.398,22	13.162	356.231,54	15.464	706.788,79	28.626	1.063.020,33
F 3	70	Radioterapia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5.136	291.583,09	5.136	291.583,09
F 3	79	Risonanza Magnetica	14	2.176,58	379	65.412,48	393	67.589,06	3.884	519.396,74	3.477	586.585,72
F 3	80	Chirurgia Amb. e Diagnostica Invasiva	390	36.696,00	0	0,00	390	36.696,00	1.579	148.838,28	1.969	185.526,28
F 3	82	Acustica	53	1.552,01	0	0,00	53	1.552,01	212	5.151,22	265	6.703,23
F 3	99	Altri	3.709	51.334,86	0	0,00	3.709	51.334,86	11.867	158.147,25	14.776	209.482,11
F 3		Dialisi	8.785	545.861,33	0	0,00	8.785	545.861,33	3.982	288.258,46	12.777	835.119,79
		TOTALE	381.793	2.542.588,88	92.888	595.882,37	394.681	3.138.399,45	297.111	5.286.896,85	691.772	8.424.486,51



## DISTRETTO F4

Distretto Residenti	Codice Strada	Descrizione Strada	TOTALE PUBBLICI		TOTALE ACCREDITATI		Totale ASL RM F		TOTALE MOBILITA' PASSIVA		TOTALE GENERALE	
			prestanziati	valutizzabili	prestanziati	valutizzabili	prestanziati	valutizzabili	prestanziati	valutizzabili	prestanziati	valutizzabili
F 4	00	Laboratorio Analisi - Radiodiagnostica	141.826	538.578,89	221.845	948.337,54	363.671	1.486.917,43	385.297	2.758.917,97	748.968	4.245.835,40
F 4	05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	669	19.136,72	0	0,00	669	19.136,72	4.835	175.878,73	5.504	195.015,45
F 4	08	Cardiologia	6.967	114.438,32	302	4.765,80	7.269	119.204,12	18.894	448.421,17	25.163	567.625,29
F 4	09	Chirurgia generale	38	1.852,38	0	0,00	38	1.852,38	5.883	138.851,44	5.921	140.743,82
F 4	12	Chirurgia Plastica	9	730,85	0	0,00	9	730,85	1.161	21.885,62	1.170	22.616,47
F 4	15	Medicina Sportiva	1.355	6.997,22	0	0,00	1.355	6.997,22	385	1.988,14	1.740	8.985,36
F 4	19	Endocrinologia	1.034	15.402,37	0	0,00	1.034	15.402,37	4.324	64.323,31	5.358	79.725,68
F 4	29	Neurologia	18.966	129.359,92	0	0,00	18.966	129.359,92	5.715	65.819,35	16.681	195.161,27
F 4	30	Neurochirurgia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	363	7.967,08	363	7.967,08
F 4	32	Neurologia	2.337	39.697,72	0	0,00	2.337	39.697,72	10.679	155.525,35	13.016	195.223,07
F 4	34	Oftalmica	5.585	92.364,96	0	0,00	5.585	92.364,96	11.863	655.178,02	17.448	747.542,98
F 4	35	Odontoiatrosia - Ch. maxillo-facciale	3.783	104.695,89	0	0,00	3.783	104.695,89	4.873	124.520,85	8.656	229.216,74
F 4	36	Ortopedia e Traumatologia	1.662	31.820,35	0	0,00	1.662	31.820,35	6.800	167.376,84	8.462	199.197,19
F 4	37	Oftalmica e Glaucoma	757	13.991,04	0	0,00	757	13.991,04	6.911	134.900,72	7.668	148.892,76
F 4	38	Otorinolaringoiatria	1.887	29.398,10	0	0,00	1.887	29.398,10	3.835	64.311,99	5.722	93.710,09
F 4	40	Psichiatria	2.864	50.559,83	0	0,00	2.864	50.559,83	2.938	47.749,30	5.802	98.309,13
F 4	43	Urologia	652	10.793,29	0	0,00	652	10.793,29	2.764	63.588,51	3.416	74.381,80
F 4	52	Dermatologia	1.690	31.523,87	0	0,00	1.690	31.523,87	11.088	238.187,69	12.778	269.711,56
F 4	56	Medicina Fisica e Riabilitazione	5.146	42.062,32	3.593	29.870,00	8.739	71.932,32	25.876	237.287,47	34.615	309.138,79
F 4	58	Gastroenterol. - Ch. ed Endoscopia Digestiva	285	6.817,58	0	0,00	285	6.817,58	4.829	238.646,27	5.114	245.463,85
F 4	61	Diagnostica per immagini - Med. Nucleare	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2.885	483.795,53	2.885	483.795,53
F 4	64	Oncologia	26	440,96	0	0,00	26	440,96	3.843	54.136,42	3.869	54.577,38
F 4	68	Pneumologia	1.820	31.720,87	0	0,00	1.820	31.720,87	3.519	80.583,88	5.339	112.304,75
F 4	69	Diagnostica per immagini - Rad. Diagnostica	5.397	142.517,47	8.255	151.071,44	13.652	294.188,91	26.491	1.280.733,52	40.143	1.574.922,43
F 4	70	Radioterapia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	11.702	611.807,63	11.702	611.807,63
F 4	79	Risonanza Magnetica	94	15.901,20	13	2.151,10	107	18.052,30	4.334	769.798,20	4.441	787.849,50
F 4	80	Chirurgia Amb. e Diagnostica Invasiva	18	1.845,00	0	0,00	18	1.845,00	3.943	313.188,10	3.961	315.033,10
F 4	82	Ascolto	4	330,53	0	0,00	4	330,53	460	14.061,96	464	14.392,49
F 4	99	Altri	4.735	71.132,25	0	0,00	4.735	71.132,25	20.405	314.800,87	25.140	385.933,12
F 4		Distanzi	12.445	753.871,52	0	0,00	12.445	753.871,52	13.598	1.990.704,97	26.043	1.943.776,49
		TOTALE	213.912	2.297.611,22	234.088	1.136.795,88	447.999	3.434.487,10	610.108	10.988.691,38	1.058.107	14.343.008,48





Si rileva anche una non trascurabile mobilità attiva, che ha valori significativi, per quanto riguarda i presidi a gestione diretta, per le branche di laboratorio, nefrologia e dialisi, diagnostica per immagini.

Distretto Residenza	Codice Branca	Descrizione Branca	TOTALE PUBBLICI		TOTALE ACCREDITATI		TOTALE GENERALE	
			prestazioni	valorizzazioni	prestazioni	valorizzazioni	prestazioni	valorizzazioni
MOBILITA' ATTIVA	00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	76.224	306.935,11	52.756	215.844,20	128.980	522.779,31
MOBILITA' ATTIVA	05	Chirurgia Vascolare - Angiologia	840	29.209,26	0	0,00	840	29.209,26
MOBILITA' ATTIVA	08	Cardiologia	3.630	89.933,20	321	5.095,06	3.951	95.028,26
MOBILITA' ATTIVA	09	Chirurgia generale	548	11.669,85	275	10.854,35	823	22.324,20
MOBILITA' ATTIVA	12	Chirurgia Plastica	69	4.307,81	0	0,00	69	4.307,81
MOBILITA' ATTIVA	15	Medicina Sportiva	610	3.150,04	0	0,00	610	3.150,04
MOBILITA' ATTIVA	19	Endocrinologia	400	6.118,13	0	0,00	400	6.118,13
MOBILITA' ATTIVA	29	Nefrologia	15.760	154.904,57	0	0,00	15.760	154.904,57
MOBILITA' ATTIVA	32	Neurologia	834	16.573,11	0	0,00	834	16.573,11
MOBILITA' ATTIVA	34	Oculistica	1.578	26.052,35	1.189	130.392,54	2.767	156.444,89
MOBILITA' ATTIVA	35	Odontostomatologia - Ch. maxillo-facciale	1.925	57.417,19	0	0,00	1.925	57.417,19
MOBILITA' ATTIVA	36	Ortopedia e Traumatologia	1.823	27.163,58	241	15.548,38	2.064	42.711,96
MOBILITA' ATTIVA	37	Ostetricia e Ginecologia	769	17.047,68	6	123,96	775	17.171,64
MOBILITA' ATTIVA	38	Otorinolaringoiatria	527	7.983,93	19	392,54	546	8.376,47
MOBILITA' ATTIVA	40	Psichiatria	996	18.378,34	0	0,00	996	18.378,34
MOBILITA' ATTIVA	43	Urologia	408	7.406,47	0	0,00	408	7.406,47
MOBILITA' ATTIVA	52	Dermatofilopatia	508	9.676,89	0	0,00	508	9.676,89
MOBILITA' ATTIVA	56	Medicina Fisica e Riabilitazione	1.607	14.295,45	1.804	13.670,86	3.411	27.966,31
MOBILITA' ATTIVA	58	Gastroenterol. - Ch. ed Endoscopia Digestiva	601	32.587,54	0	0,00	601	32.587,54
MOBILITA' ATTIVA	64	Oncologia	136	2.197,51	0	0,00	136	2.197,51
MOBILITA' ATTIVA	68	Pneumologia	416	8.255,37	0	0,00	416	8.255,37
MOBILITA' ATTIVA	69	Diagnostica per immagini - Rad. Diagnostica	4.500	199.727,55	8.545	152.741,72	13.045	352.469,27
MOBILITA' ATTIVA	79	Risonanza Magnetica	106	16.479,82	2.944	515.623,62	3.050	532.103,44
MOBILITA' ATTIVA	80	Chirurgia Amb. e Diagnostica Invasiva	776	50.165,27	0	0,00	776	50.165,27
MOBILITA' ATTIVA	82	Anestesia	8	661,06	0	0,00	8	661,06
MOBILITA' ATTIVA	89	Altro	1.743	24.315,71	0	0,00	1.743	24.315,71
MOBILITA' ATTIVA		Dialisi	25.317	1.459.952,09	3.660	207.165,21	28.977	1.667.057,90
		TOTALE	142.859	2.602.565,48	71.760	1.267.182,44	214.419	3.869.757,92



## LA PIANIFICAZIONE DEL PORTAFOGLIO DEI SERVIZI

### Assistenza ospedaliera

Punti di forza	Punti di debolezza
Riduzione del tasso di ospedalizzazione e dell'inappropriatezza in regime ordinario, miglioramento del comfort alberghiero, miglioramento della qualità della codifica	Persistente quota di inappropriatezza delle dimissioni in day hospital Carenza di risorse umane
Opportunità	Minacce
Utilizzare gli spazi creati dalla riduzione della ospedalizzazione e della inappropriatezza per ridurre la mobilità passiva. Implementare i ricoveri appropriati sulla base dell'analisi della domanda di prestazioni soprattutto in ambiente chirurgico (tiroide, apparato riproduttivo maschile, chirurgia addominale). Percorrere ipotesi di integrazione con le strutture accreditate, sviluppare maggiormente percorsi assistenziali che fidelizzino l'utenza rispetto a MMG, Specialisti. Accentuare l'integrazione con le attività di prevenzione in particolare con gli screening oncologici.	Vincoli economici. Stringenti criteri di sostenibilità per talune attività qualificanti, con il rischio di incrementare i flussi migratori dei pazienti. Prolungamento di lavori di ristrutturazione che limitano la disponibilità di posti letto e conseguentemente la possibilità di incrementare i volumi

La riduzione dei ricoveri ed in particolare di quelli inappropriati consente, insieme al recupero del comfort alberghiero, di sfruttare gli spazi che si determinano in termini di giornate di degenza al fine di riportare nell'Ospedale prestazioni appropriate attualmente eseguite altrove, ottimizzando l'uso delle risorse aziendali, recuperando parte delle attività che derivano dal depotenziamento dell'Ospedale di Bracciano.

L'obiettivo specifico è la riduzione della mobilità passiva, realizzabile attraverso una serie di azioni di riorganizzazione:

- attivazione, nell'ambito del reparto di chirurgia generale dell'Ospedale San Paolo, di posti letto destinati funzionalmente anche a:
  - o patologia nefro-urologica (MDC 12-13)



- patologia endocrina (MDC 10) con particolare riferimento alla patologia tiroidea
- potenziamento dell'attività di supporto ed integrazione con il programma di screening del cancro della mammella attraverso l'apertura di ambulatori decentrati che facilitino la fidelizzazione delle pazienti positive allo screening in modo che possano proseguire e concludere il percorso diagnostico/terapeutico all'interno delle strutture aziendali
- definitiva attivazione del programma di screening del cancro del colon-retto e potenziamento della unità operativa di endoscopia digestiva in modo che possa offrire un servizio tempestivo, oltre che qualificato, anche di fronte agli elevati volumi che si troverà ad affrontare. Anche in questo caso l'obiettivo è quello di fidelizzare i pazienti offrendo soluzioni diagnostico/terapeutiche valide in tempi rapidi
- pieno coinvolgimento dei medici di assistenza primaria, attraverso la gestione della medicina di base, al fine di realizzare percorsi diagnostico/terapeutici condivisi tra ospedale e territorio per offrire, in loco, la soluzione a quelle patologie chirurgiche ed ortopediche correttamente affrontabili in condizioni di sicurezza ed efficacia presso le strutture aziendali
- potenziamento delle attuali attività oncologiche, attraverso un incremento del personale specialistico, il riconoscimento e la formalizzazione di un certo grado di autonomia funzionale della struttura attuale, attraverso l'istituzione di una specifica UOSD, nonché la possibilità di prevedere la presenza di 2 posti letto specialistici nell'ambito della dotazione della UOC di Medicina generale. Ciò consente un ampliamento dell'offerta e la possibilità di soddisfare in loco le esigenze di diagnostica e terapia oncologica di porzioni sempre più ampie di popolazione.
- potenziamento della dotazione di posti letto della UOC di Ginecologia e Ostetricia, (dagli attuali 10 a 16), la quale sarà anche oggetto di lavori di ristrutturazione che consentiranno di migliorare il confort alberghiero, prevedendo, inoltre, il miglioramento della qualità assistenziale con l'introduzione di tecniche anestesilogiche per la parto analgesia e la gestione dell'assistenza ai neonati secondo la modalità del "rooming in".
- potenziamento del Punto nascita, con attivazione di 2 p.l. di Neonatologia, ad integrazione dei 3 p.l. di Pediatria, che consentirà di contribuire alla riduzione della mobilità passiva.

## Assistenza specialistica

### Potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale

Dall'analisi delle informazioni rilevabili dai flussi informativi correnti (v. paragrafo "L'analisi bisogni/offerta"), appare chiaro che il territorio della Asl Roma F, soprattutto negli ambiti territoriali afferenti ai Distretti F3 ed F4 vedono garantiti solo in parte i bisogni di salute da gestire in sede ambulatoriale, in particolare a riguardo delle prestazioni critiche (cliniche e diagnostiche) individuate dal Piano regionale e aziendale, ed in modo particolare per le branche radiodiagnostica, oculistica e cardiologia.

Pertanto, al fine di riequilibrare l'offerta territoriale e favorire l'accessibilità nei 4 Distretti aziendali si renderà necessario prevedere un incremento delle ore di Specialistica convenzionata esterna per le discipline afferenti alle prestazioni critiche (quali ad esempio oculistica, ecocardiografia, ecocolordoppler, ecografia, pneumologia, endocrinologia), per un totale di 400 ore settimanali.

### Attivazione della Risonanza Magnetica Nucleare presso l'Ospedale S. Paolo

Nessuna delle strutture della ASL RM F è attualmente dotata di un apparecchio di risonanza magnetica, e in tutto il territorio è presente una sola Risonanza magnetica in una struttura accreditata del Distretto F1.

E ormai imminente l'avvio presso l'Ospedale S. Paolo dell'attività di risonanza magnetica, che consentirà di trattare direttamente i pazienti ricoverati nell'ospedale di Civitavecchia e in quello di Bracciano, e potrà anche soddisfare la domanda proveniente dal territorio, attualmente coperta con mobilità passiva.



## LE LINEE STRATEGICHE

Dal complesso delle strategie e delle direttive regionali vincolanti, congiuntamente all'analisi dell'attuale posizione aziendale rispetto alla propria mission e vision, e dei possibili percorsi di sviluppo, emergono le linee strategiche che possono portare a migliorare la risposta ai bisogni assistenziali, attuali e tendenziali, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie definite a livello regionale.

Le linee strategiche possono essere logicamente raggruppate in 4 ambiti di intervento:

### 1) AZIONI DI SISTEMA

- Implementare azioni e strutture organizzative per il conseguimento dell'appropriatezza organizzativa, clinica e prescrittiva
- Implementare azioni e strutture organizzative per l'attuazione del governo clinico dei processi assistenziali, con particolare riguardo alla gestione del rischio, al miglioramento continuo della qualità e sicurezza dell'assistenza, alla formazione continua del personale e al raggiungimento dei migliori risultati possibili in termini di salute e uso efficiente delle risorse
- Superamento del modello di funzionamento burocratico "a canne d'organo", caratterizzato da rigidità, scarsa comunicazione, bassa interazione, allungamento dei tempi decisionali
- Adozione di un modello integrato di gestione per processi, favorendo la comunicazione tra le strutture, la condivisione di obiettivi e responsabilità, la visione complessiva e trasversale dell'organizzazione, anche attraverso lo strumento delle procedure condivise e dei protocolli d'intesa
- Implementare azioni e strutture organizzative per la gestione del ciclo della performance e per l'adozione del controllo di gestione come strumento di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi programmati e del mantenimento di condizioni di efficienza, efficacia ed equilibrio economico
- Implementare azioni per garantire l'integrità e la trasparenza delle attività gestionali e di controllo
- sfruttare le possibilità di finanziamento presenti in ambito comunitario tese a investire in ricerca e qualità dell'assistenza. Lo scopo è quello di cogliere le opportunità derivanti dai finanziamenti e di potenziare l'azione istituzionale dell'ASL, attivando economie di scala altrimenti non sfruttabili e di individuare



partnership esterne a supporto dell'Ufficio per lo svolgimento delle attività specifiche.

## 2) AREA DELL'ASSISTENZA

- Riorganizzazione dei presidi ospedalieri a gestione diretta, finalizzata a:
  - ottimizzare le risorse
  - razionalizzare i percorsi
  - eliminare le duplicazioni
  - individuare i bacini di utenza ed il mix di offerta assistenziale che, rispettando i principi di appropriatezza e qualità degli esiti, possa realizzare un utilizzo ottimale delle risorse ed un recupero della mobilità passiva
- Realizzazione di reti e percorsi, in collaborazione con altre strutture pubbliche e private accreditate di eccellenza, al fine di prendere pienamente in carico i bisogni sanitari che non possono essere interamente soddisfatti con le limitate risorse aziendali, guidando i pazienti entro percorsi programmati, appropriati e di qualità controllata
- Riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali, secondo i seguenti principi:
  - presa in carico globale della persona
  - presa in carico attiva della fragilità e della cronicità
  - prossimità e accessibilità dei servizi, riduzione delle liste d'attesa
  - organizzazione basata su Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali
  - integrazione tra cure primarie, assistenza specialistica e assistenza ospedaliera
  - integrazione socio-sanitaria
  - sviluppo ed istituzionalizzazione di reti professionali multidisciplinari, con valorizzazione del ruolo della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta e della specialistica territoriale e ospedaliera, da integrare con la rete professionale distrettuale
  - valorizzazione di forme e percorsi di assistenza alternativi al ricovero ospedaliero
  - sostanziale sviluppo delle attività di prevenzione



### 3) SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

- Adottare tecniche di pianificazione dello sviluppo delle risorse, Piano di cessazioni e assunzioni, applicazione di standard per la determinazione del fabbisogno di risorse e conseguente redistribuzione del personale, piano di gestione della mobilità conseguente alla riorganizzazione aziendale e piani di formazione correlati
- Definizione di politiche di skill mix change quale elemento strategico determinante se intraprese contestualmente ad una programmazione e sviluppo organizzativo dei servizi sanitari finalizzato a "tarare" in modo più idoneo l'offerta, rispetto alla domanda di salute che la popolazione pone, anche con riferimento all'organizzazione per intensità di cure.

### 4) SVILUPPO DELLE RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

- Revisione della dotazione immobiliare e dell'uso degli spazi aziendali, al fine di pervenire ad un Piano di riorganizzazione che consenta l'uso ottimale delle superfici e la dismissione di edifici soggetti a canone
- Completamento dell'informatizzazione dei processi sanitari e amministrativi, ed integrazione delle basi di dati, tra loro e con i sistemi informativi regionali, al fine di rendere disponibili informazioni strutturate e significative a tutti i livelli decisionali dell'Azienda
- Supporto dei sistemi gestionali e informativi per la realizzazione di una conduzione delle attività aziendali orientata ai processi

## IL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Il Documento di programmazione ha la finalità di declinare le linee strategiche in progetti/obiettivi aziendali, a carattere annuale o pluriennale, che consentono di rendere operative le linee strategiche definendo le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi, e di monitorare la loro realizzazione entro i tempi prestabiliti.

Il Documento di programmazione scaturisce dalle direttive strategiche sopra delineate, e al contempo si mantiene coerente con i vincoli derivanti dai Programmi Operativi Regionali e con il rispetto degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e degli obiettivi aziendali contenuti in tutti gli altri documenti di programmazione regionale.

La presentazione dei progetti segue l'articolazione sopra utilizzata per l'enunciazione delle linee strategiche fondamentali che l'azienda intende seguire e realizzare.

Gli obiettivi e le strategie attuative aziendali, in perfetta coerenza con i programmi regionali, si declinano sia in un ambito "di sistema", interessando l'organizzazione aziendale in tutti i suoi molteplici aspetti, che in specifici ambiti assistenziali e di supporto, prevedendo interventi che mettono in campo un lavoro coordinato e interdisciplinare.

### 1) AZIONI DI SISTEMA

- Appropriatezza dei ricoveri e dell'attività prescrittiva (DCA 148 del 29 aprile 2014)

#### Appropriatezza dei ricoveri

L'Azienda sta sviluppando un progetto di miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di ricovero attraverso:

#### Azioni di formazione

La tematica dell'appropriatezza organizzativa del regime di ricovero e della corretta compilazione della SDO e della cartella clinica, è stata oggetto di interventi di formazione che proseguiranno nel triennio di vigenza del Piano, con l'obiettivo di formare tutti gli operatori coinvolti

#### Valutazione e verifica

È stata avviata, con il contributo dei valutatori della ASL di Viterbo e dei medici dell'Ufficio Controlli Aziendale, la verifica delle cartelle cliniche e delle SDO attraverso i sistemi di valutazione PRUO e APPRO3





## Responsabilizzazione

Tutte le UOC di ricovero sono state responsabilizzate nell'ambito del processo di budget, attraverso l'assegnazione di un obiettivo di azzeramento o almeno riduzione degli scarti e degli abbattimenti tariffari

### Risultati

E' stato rilevato un trend di miglioramento significativo degli indicatori relativi all'appropriatezza organizzativa, un calo dei DRG a rischio di inappropriata in regime ordinario e un generale miglioramento della qualità della codifica delle SDO con una progressiva riduzione delle schede suscettibili di correzione

## Appropriatezza prescrittiva MMG/PLS e specialisti

Le azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica nel prossimo triennio saranno focalizzate sugli interventi necessari al fine di realizzare:

- Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso gli interventi delle CAPD e della CAP Ospedale-Territorio, e il monitoraggio delle attività prescrittive dei MMG e PLS, utilizzando gli indicatori previsti nei provvedimenti regionali
- Il controllo della spesa farmaceutica, attraverso l'azione dell'Area del farmaco, la quale sarà impegnata in azioni di supporto ai professionisti nella valutazione dei fabbisogni di farmaci e dispositivi, nelle modalità di approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici, nella preparazione di galenici e chemioterapici secondo criteri di sicurezza e qualità.

## Governo clinico

### Il Piano triennale per la gestione del rischio clinico: il PARM 2013-2015

Negli ultimi anni il tema della sicurezza dei pazienti e degli operatori nelle Aziende Sanitarie è diventato fondamentale, sia per le sue implicazioni economiche, sia per i risvolti legati alla qualità delle prestazioni sanitarie. La rischiosità implicita nelle attività sanitarie richiede una maggiore conoscenza del problema e l'attivazione di tutte le iniziative necessarie per individuare gli strumenti efficaci per prevenire i molteplici rischi connessi alle attività svolte in ambito sanitario.

A tale proposito, il Risk Management Aziendale vuole implementare un sistema che mira sostanzialmente alla promozione e alla diffusione della "Cultura della Sicurezza delle Cure" tra i professionisti che operano nei Presidi Ospedalieri e nel Territorio ed a garantire, nel tempo, il mantenimento delle conoscenze.

Le fasi essenziali che si propone di approfondire sono:



- le fasi operative del Risk Management: identificazione del rischio, tipologie di errore umano, errori cognitivi e non cognitivi;
- la modalità di risposta proattiva e reattiva;
- l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali;
- la tenuta della documentazione sanitaria;
- l'elaborazione di specifiche procedure, linee guida, protocolli;
- l'analisi del rischio in modalità reattiva: incident reporting e data base amministrativi;
- il monitoraggio degli errori;
- l'attività di formazione;
- l'audit e la sua gestione;
- l'applicazione del metodo FMEA e della Root Cause Analysis;
- la continuità terapeutica ed il rischio clinico;
- la gestione del rischio da farmaci.

Gli obiettivi prefissati e da realizzare secondo il Piano Strategico Aziendale saranno monitorati con l'individuazione di opportuni indicatori (di struttura, di processo e di esito).

#### Risultati attesi

Riduzione degli eventi avversi e del contenzioso, miglioramento della qualità dell'assistenza e maggiore soddisfazione dell'utenza.

#### La qualità percepita

L'Azienda ha realizzato in via sperimentale una rilevazione della qualità percepita dall'utente, sia in ambito ospedaliero, sia in ambito distrettuale.

I risultati, soprattutto sul territorio, sono stati particolarmente incoraggianti in termini di adesione dell'utenza. Si prevede nel triennio la messa a regime di un sistema di valutazione che coinvolga tutte le realtà aziendali.

#### L'audit civico

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie.

La sperimentazione di Audit Civico sul territorio regionale è stata avviata dal Tribunale dei Diritti del Malato, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei cittadini uno strumento per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie. Attraverso lo strumento Audit, le



organizzazioni dei cittadini e le Aziende sanitarie collaborano all'attuazione di un'analisi critica e sistematica della qualità dei servizi mirata a dare maggiore rilievo al "punto di vista del cittadino".

L'Azienda ha già partecipato, su richiesta delle associazioni di tutela, a due rilevazioni annuali condotte su settori specifici dell'assistenza, che hanno evidenziato aspetti positivi e criticità che saranno affrontate attraverso azioni di miglioramento nei vari ambiti esaminati.

#### □ Gestione per processi

Il metodo della gestione per obiettivi e per processi trasversali dovrà portare a migliorare l'integrazione e la comunicazione tra le strutture, sia amministrative che sanitarie, fornendo ai servizi una visione d'insieme che superi la parcellizzazione delle attività e dei percorsi.

Gli strumenti fondamentali per questa finalità saranno procedure e protocolli, che dovranno essere elaborati in condivisione da tutte le strutture interessate, con assunzione di responsabilità e definizione di obiettivi comuni.

Le procedure dovranno contenere adeguati indicatori per monitorare la loro effettiva applicazione e i risultati programmati, in termini di efficacia ed efficienza del processo.

Dovranno in particolare essere affrontate in questa ottica le seguenti attività, che interessano sia le strutture amministrative che quelle sanitarie con compiti gestionali:

- Elaborazione delle procedure di determinazione dei fabbisogni e approvvigionamento di beni e servizi
- Elaborazione delle procedure di controllo dell'esecuzione dei contratti
- Elaborazione delle procedure gestionali finalizzate a prevenire situazioni di corruzione
- Elaborazione dei manuali procedurali per la corretta rilevazione contabile dei fatti aziendali
- Elaborazione di una procedura di tracciabilità delle fatture ai fini del rispetto dei tempi di liquidazione
- Percorso Attuativo della Certificabilità del Bilancio
- Attivazione di procedure e strumenti per il recupero dei crediti aziendali
- Attivazione di procedure per la gestione del contenzioso

Per la parte più attinente all'assistenza sanitaria, oltre alle forme di integrazione e condivisione di obiettivi previste e descritte nelle altre parti del presente Piano, dovranno in particolare essere realizzate le seguenti attività, che rientrano in specifici obiettivi regionali affidati ai Direttori Generali delle Aziende:

- Procedure organizzative e di supervisione per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare
- Protocollo di intesa per la presa in carico integrata dei pazienti con pluripatologie



## □ Gestione del ciclo della performance

### Gestione del ciclo della performance e attivazione del Controllo di Gestione

Ai fini del controllo dell'efficacia ed efficienza dei servizi, del monitoraggio dell'economicità della gestione, e del controllo costante sull'andamento degli obiettivi programmati, l'Azienda punta sul potenziamento della funzione di controllo di gestione.

Nel corso dell'anno corrente è stata svolta l'attività preliminare per l'implementazione di un sistema di contabilità analitica, al momento non disponibile, anche se viene comunque surrogato attraverso l'estrazione diretta, dai sistemi amministrativo – gestionali, delle informazioni necessarie al controllo di gestione.

Entro l'anno verrà avviata la contabilità analitica e definita una reportistica standard in grado di fornire le informazioni decisive ai diversi livelli decisionali.

Il sistema di contabilità analitica consentirà una precisa allocazione dei costi e dei ricavi aziendali e fornirà gli elementi per la valutazione dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione dei Centri di Responsabilità.

Il ciclo della performance, con assegnazione di obiettivi e budget ai Centri di Responsabilità e valutazione dei risultati raggiunti, collegati al sistema premiante, è già attivo nell'azienda. Andrà perfezionato nelle modalità e nella tempistica del monitoraggio, al fine di renderlo idoneo ad intervenire tempestivamente in caso di tendenziali negativi, e andrà integrato con un sistema di indicatori atti a consentire la valutazione della performance complessiva dell'azienda, oltre che della performance specifica delle singole aree di attività, con riferimento al grado di soddisfazione dei bisogni sanitari della popolazione, inclusa la soddisfazione dell'utenza, agli esiti ed alla qualità degli interventi, all'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse ed alla capacità di mantenere l'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale.

## □ Sfruttare le possibilità di finanziamento presenti in ambito comunitario

### Implementazione progettualità europee - UPE

Presso l'Azienda è stato istituito un Ufficio (UPE) dedicato allo studio dei programmi di progettazione, volto a sfruttare le possibilità di finanziamento presenti in ambito comunitario tese a investire in ricerca e qualità dell'assistenza. Lo scopo è quello di cogliere le opportunità derivanti dai finanziamenti e di potenziare l'azione istituzionale dell'ASL, attivando economie di scala altrimenti non sfruttabili e di individuare partnership esterne a supporto dell'Ufficio per lo svolgimento delle attività specifiche.

Attualmente l'Ufficio è attivo sulle seguenti linee progettuali:

- Avviso Pubblico per la concessione di contributi economici a sostegno di progetti da attuare nelle Scuole del Lazio. Presentazione on demand delle proposte progettuali": Progetto di



Formazione, Monitoraggio e Supervisione in ambito scolastico, secondo l'approccio PEIAD (Progetto Evolutivo Integrato Autismo e Disabilità), per il trattamento dell'autismo e della disabilità psichica"

- ERASMUS PLUS Programme KA 2: "E\_long term c@re: new e\_skills for new jobs in long term care sector"
- Adesione aziendale al Progetto Mattone Internazionale: database Progetti Europei della Regione Lazio
- Bando Ricerca finalizzata 2013 del Ministero della Salute: "Research, design, analysis, development, test and tuning of a web based informatic system to be used even on Tablet Android to support and coordinate all activities of inspection, monitoring and sampling In the field of occupational safety, building sites, health facilities, through the use of digital maps, graphometrical signature, photos, video footage, comments, and direct internet connection with the central archives"
- Studi di fattibilità per partecipazione alla Call for tender n. Chafea/2014/Health/02: "Further development and implementation of the "EU Compass for Action on Mental Health and Well-being".
- Progetto europeo "Case della Salute" (Call "Adherence, frailty, integrated care and multi-chronic conditions (PJ04-2014) " del Programma Comunitario Salute 2014 – 2020).

Nel triennio si prevede di potenziare le attività dell'UPE, quale Ufficio ricettore delle idee progettuali, mediante il diretto coinvolgimento di personale dedicato, unitamente a diversi collaboratori coinvolti "ad hoc" a seconda dei progetti, a garanzia della flessibilità e della circolarità delle competenze.

## 2) AREA DELL'ASSISTENZA

### □ Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera

Costituzione del polo ospedaliero della Asl Roma F

Contesto normativo

Gli atti regionali di programmazione della riorganizzazione della rete ospedaliera sono stati avviati con il decreto 80/2010 che, per la ASL Roma F, aveva previsto la presenza di un unico presidio ospedaliero in tutta la ASL, l'Ospedale di Civitavecchia, geograficamente collocato in una posizione marginale rispetto alla conformazione del territorio, contestualmente alla riconversione in CECAD del presidio Padre Pio di Bracciano. Al decreto sono seguiti i ricorsi da parte degli Enti locali del territorio, prima al TAR e poi al Consiglio di Stato, le cui sentenze hanno determinato la necessità di ripensare in un'ottica diversa alla riorganizzazione delle attività di emergenza urgenza già prospettata dal Decreto 80.

Per rispondere all'esigenza di mantenere posti letto in un contesto aziendale drammaticamente carente (0,7 p.l. per acuti per mille abitanti, a fronte di un valore regionale di 3,02 e dello standard

fissato dalla L.135/2012 a 3,0 posti letto per 1.000 abitanti ), con il DCA 25 luglio 2014, n. 247, la regione adotta la nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici e di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio.

Nello stesso ambito temporale, inoltre, vengono emanati il DCA 251 del 30.7.2014 e il DCA 259 del 6 agosto 2014 che, rispettivamente, delineano le Linee guida regionali per la formulazione del Piano strategico delle aziende sanitarie per il triennio 2014-2016 e approvano l'atto di indirizzo per l'adozione degli Atti aziendali che delineano la cornice di riferimento per l'organizzazione e le attività sanitarie in ambito regionale.

Da ultimo il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad acta n. 368/2014, in attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015, approva il documento tecnico inerente la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Nella Asl Roma F, sulla base di tale contesto normativo si delineano i seguenti interventi, volti alla riorganizzazione delle attività di ricovero nell'ambito di un unico Polo Ospedaliero dotato, complessivamente, di 230 posti letto.

In particolare:

#### 1) Presidio Ospedaliero Padre Pio di Bracciano

La struttura di Bracciano si va ad integrare, come Polo Ospedaliero Unificato, con il P.O. di Civitavecchia e, come delineato nei Programmi operativi che ne prevedono la riorganizzazione in "presidio ospedaliero di area disagiata", viene riconfigurata garantendo che la risposta all'emergenza sia assicurata H24 da medici del DEA di I livello di Civitavecchia, con presenza H24 di un mezzo di soccorso medicalizzato, una elisuperficie, il laboratorio di analisi per l'emergenza, un servizio radiologico attivo H24 per la diagnostica radiologica semplice e complessa con possibilità di Teleconsulenza, nonché la presenza H24 dello specialista Anestesista. Nella rimodulazione del modello organizzativo per la gestione dell'emergenza andrà ridefinito, in accordo con ARES 118, il numero minimo di ambulanze e auto mediche, rese disponibili dalla C.O., in base a criteri di densità di popolazione, viabilità e tempi di percorrenza.

L'attività di ricovero viene garantita con 20 posti letto di Medicina generale, 10 di chirurgia e 10 di Day Surgery, organizzati in un'unica "Area medica – chirurgica", secondo le modalità previste dal DCA n. 368 del 31.10.2014.

Pertanto, in considerazione delle attività svolte in regime di ricovero, ad oggi già garantite presso la struttura, dei bisogni rilevati e delle indicazioni riorganizzative del livello regionale, si prevede la riorganizzazione delle attività di degenza, in ricovero ordinario e in day hospital, prevedendo la presenza presso il presidio sanitario di Bracciano di 20 p.l. di Medicina generale, 10 p.l. di Day Surgery (DS) multispecialistica, 10 p.l. di Chirurgia generale per le attività di Week Surgery (WS).

Le attività chirurgiche, sostanzialmente volte alla gestione di problematiche di salute minori, potranno essere integrate con l'eventuale contributo degli Specialisti dell'ospedale S. Andrea, attraverso protocolli operativi concordati (sono già in corso incontri di confronto tra le 2 strutture).

Attraverso le azioni finalizzate alla riconversione del Presidio di Bracciano sarà possibile incrementare anche l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali sull'intero territorio del Distretto F3, attraverso il potenziamento degli ambulatori ad oggi gestiti.

Inoltre, per dare idonee risposte ai bisogni del territorio, e in particolare per le problematiche sanitarie e sociali legate alle fragilità, in accordo con la più recente normativa regionale di settore, sarà attivato un Centro per l'Alzheimer, con Centro diurno fino a n. 8 utenti, Nucleo Alzheimer con 15 pp.II. ( con n. 4 letti di sollievo per degenze temporanee di aiuto ai caregivers )+ RSA con 23 pp.II. per residenzialità, suddivisi nelle tipologie MA e MB, per accogliere e dare risposte alle necessità assistenziali degli ospiti nelle diverse fasi della malattia.

## II) Presidio Ospedaliero S. Paolo di Civitavecchia

Si prevede il potenziamento dell'Area Chirurgica del presidio del S. Paolo di Civitavecchia attraverso l'incremento di n. 18 p.I. tra chirurgia generale e ortopedia, l'incremento di 2 p.I. di Terapia intensiva post operatoria (TIPO), l'incremento della capacità assistenziale dell' S.P.D.C., attualmente sottodimensionato, fino a 16 posti letto.

In merito alla Chirurgia vascolare, al fine di garantire le giuste risposte ai bisogni dell'utenza e il soddisfacimento dei requisiti regionali in ordine alla quantità e qualità delle prestazioni erogate, si prevede una riorganizzazione del servizio, con il permanere presso l'Ospedale S. Paolo di una unità operativa di Chirurgia vascolare dotata di 6 p.I. per le attività di chirurgia elettiva. Sarà, inoltre, possibile contribuire a garantire con il personale del servizio una diagnostica qualificata anche in ambito territoriale.

La U.O.C. di Cardiologia e UTIC viene potenziata con 4 p.I. per un totale di 12; al fine di migliorare la qualità dell'assistenza cardiologica e di ridurre la mobilità passiva, sarà attivato un servizio di cardiologia interventistica, in collegamento con l'Hub di riferimento, per l'esecuzione di coronarografie in elezione ed elettrostimolazione, che potrebbe diventare punto di riferimento per il territorio, stante anche la posizione baricentrica dell'Ospedale S. Paolo rispetto al territorio e all'utenza di Tarquinia e Montalto, oltre che dei Comuni vicini.

Il rapporto costo – beneficio sarebbe positivo non solo sotto il profilo economico, ma anche sotto il profilo della qualità assistenziale e consentirebbe di poter utilizzare i locali già predisposti strutturalmente e tecnologicamente nel 2007, senza sovrapporsi alla rete dei servizi di Emodinamica di cui al DCA 412/2014.

## Il potenziamento dell'attività oncologica nell'Ospedale di Civitavecchia

L'attività oncologica presso il Presidio Ospedaliero di Civitavecchia è stata avviata alcuni decenni fa, grazie ad un atto di convenzionamento con la Asl RMA che ha reso disponibile, in consulenza, il

contributo tecnico e organizzativo di un medico specialista oncologo di notevole qualità ed esperienza. Nel tempo, si è proceduto ad integrare le attività attraverso l'acquisizione di due Specialisti oncologi a convenzione.

Attualmente le attività oncologiche vengono condotte nell'ambito di un Day Hospital, aggregato funzionalmente alla UOC di Medicina generale, ben inserito e collaborante con gli altri servizi ospedalieri, che nell'arco soprattutto degli ultimi anni ha assistito ad un incremento significativo delle richieste di accesso e di prestazioni da parte dell'utenza interna ed esterna all'Azienda.

Nella tabella sottostante sono riportati i dati di attività nel triennio 2011-2013

Anno	Pazienti presi in carico	Dimessi	Giornate di degenza	Valorizzazione
2011	157	184	1.480	585.072
2012	164	197	988	357.020
2013	193	223	1.439	506.142

Ai pazienti presi in carico sono state garantite non solo tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche che la buona pratica e i più moderni protocolli diagnostico terapeutici prevedono ma, in molti casi, anche possibilità terapeutiche ancora non disponibili in strutture ben più dotate e conosciute.

Di conseguenza, l'utilità di mantenere e potenziare una struttura oncologica presso l'Ospedale S. Paolo si evince chiaramente dall'analisi dei dati forniti dal flusso SO e dai flussi farmaceutici che, sostanzialmente, indicano:

- a. La forte diminuzione dell' "emigrazione" dei pazienti verso le strutture romane con riduzione della mobilità passiva per le prestazioni oncologiche;
- b. L'incremento della mobilità attiva conseguente all'accesso presso la struttura del S. Paolo di pazienti di altre Asl, sia afferenti alla regione Lazio che alle regioni limitrofe;
- c. L'incremento dell'utilizzo di Farmaci antitumorali innovativi per il trattamento delle patologie oncologiche di particolare complessità e gravità.

E' incontestabile, pertanto, che un potenziamento delle attuali attività oncologiche, attraverso un incremento del personale specialistico, il riconoscimento e la formalizzazione di un certo grado di autonomia funzionale della struttura attuale, attraverso l'istituzione di una specifica UOSD, nonché la possibilità di prevedere la presenza di 2 posti letto specialistici nell'ambito della dotazione della UOC di Medicina generale, consentirebbe un ampliamento dell'offerta e la possibilità di soddisfare in loco le esigenze di diagnostica e terapia oncologica di porzioni sempre più ampie di popolazione.





Nell'ottica del miglioramento dell'assistenza alla donna, la UOC di Ginecologia e Ostetricia, vedrà un potenziamento della dotazione di posti letto (dagli attuali 10 a 16), ma sarà anche oggetto di lavori di ristrutturazione che consentiranno di migliorare il confort alberghiero, prevedendo, inoltre, il miglioramento della qualità assistenziale con l'introduzione di tecniche anestesologiche per la parto analgesia e la gestione dell'assistenza ai neonati secondo la modalità del "rooming in".

La riorganizzazione delle attività di Nefrologia e Dialisi prevede, nel triennio, un nuovo assetto organizzativo che permetterà di deospedalizzare parte dei pazienti in emodialisi cronica; potenziare la dialisi peritoneale domiciliare ed estenderla alla sede di Bracciano; incrementare l'attività ambulatoriale specialistica col potenziamento degli ambulatori territoriali; attivare i PAC dedicati alla Nefrologia presso i Distretti F2, F3 e F4 (possibilità prevista nell'ambito delle recenti indicazioni regionali in materia); offrire ai pazienti acuti nei reparti di Terapia Intensiva trattamenti continui bedside. Le dotazioni tecnologiche, ad oggi già avanzate, richiederanno solo un minimo potenziamento con l'acquisizione di un monitor per CRRT. La riduzione dei pazienti in emodialisi cronica presso la sede dell'Ospedale San Paolo permetterà di liberare il personale necessario per effettuare la riorganizzazione ad isorisorse. L'ampliamento dell'offerta della dialisi peritoneale permetterà anche un risparmio sui costi unitari per paziente trattato, in quanto i costi medi diretti per beni sanitari, e indiretti per rimborso spese di trasporto, ammontano ad € 8.554/anno per paziente nel caso di dialisi effettuata nel centro ospedaliero, e ad € 2.817/anno in caso di dialisi peritoneale domiciliare.

Si prevede la riorganizzazione delle attività diabetologiche che, ad oggi, prevedono un servizio aggregato alla UOC Medicina generale dell'ospedale e ambulatori territoriali presso i 4 distretti dell'Azienda, gestiti sia da personale aziendale che da Specialisti convenzionati, in assenza di un collegamento in rete e di una univoca modalità di gestione delle problematiche. Ciò in presenza di un aumento della prevalenza del Diabete Mellito (Tipo 1, Tipo 2, Diabete gestazionale) e di un tasso di ospedalizzazione nella ASL Roma F per complicanze a breve e lungo termine che, seppure in riduzione e inferiore alla media regionale, presenta ancora ampi margini di miglioramento. In particolare, sarà dato impulso alla informatizzazione completa delle attività della documentazione clinica, all'utilizzo di uno specifico PDTA da parte di tutte le strutture aziendali, all'implementazione dell'assistenza a domicilio anche attraverso sistemi di telemedicina e teleconsulto (Doctor plus) ad oggi già implementati in alcuni settori territoriali dell'azienda. Nel triennio, dunque, si prevede una riorganizzazione delle attività in un'ottica di rete aziendale, con un particolare impulso all'informatizzazione di tutte le attività mediante l'utilizzazione di una cartella clinica diabetologica informatizzata. In particolare, si prevede l'inserimento del software della cartella informatizzata nel server aziendale in modo che tutti gli operatori delle strutture ospedaliere e territoriali che si occupano di diabete utilizzino lo stesso database. Attraverso l'utilizzazione della rete internet, i dati relativi a ciascun paziente inserito nel database diabetologico potranno essere messi a disposizione del proprio MMG e, al contrario, attraverso lo stesso sistema, ciascun MMG può segnalare al Servizio di Diabetologia dati e/o eventi relativi ad un proprio paziente, creando così un reale percorso assistenziale condiviso. La

condivisione dei dati consentirà l'implementazione in tutte le strutture di un PDTA, inteso come strumento condiviso, basato sulle raccomandazioni delle linee guida, sulle evidenze della letteratura scientifica e sull'esperienza professionale, che garantisca criteri di accessibilità, di equità, di sicurezza, di appropriatezza e di economicità della cura del soggetto diabetico in tutto il comprensorio della Asl Roma F.

A sostegno delle attività ospedaliere, si prevede a breve l'attivazione presso la U.O.C. di Radiologia dell'ospedale S. Paolo del servizio di RMN, che consentirà di garantire l'affinamento delle tecniche diagnostiche disponibili in loco per i pazienti ricoverati, ma anche di ridurre notevolmente la mobilità passiva per tale prestazione.

### Le reti regionali

L'Ospedale S. Paolo, individuato quale DEA di 1° livello nell'ambito del Sistema dell'Emergenza-Urgenza regionale, partecipa alle reti regionali definite da specifica normativa.

### La rete trauma grave e neurotrauma

Con il Decreto 76/2010, la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale al Trauma Grave e Neuro-trauma progettata secondo il modello Hub&Spoke, con un'articolazione territoriale su tre macroaree e una distinzione dei centri in tre livelli: Pronto Soccorso Traumatologico (PST), Centro Trauma di Zona (CTZ), Centro Trauma Specialistico (CTS-Hub).

Come previsto nello stesso Decreto 76/2010 l'Ospedale San Paolo partecipa alle reti con il proprio Pronto Soccorso Traumatologico (PST) prevedendo il trattamento del paziente secondo i criteri che garantiscono il livello di assistenza più appropriato per gravità e complessità clinica.

Infatti, ad oggi, le emergenze traumatologiche addominali sono prese in carico e risolte all'interno della UOC di Chirurgia generale, mentre i neurotraumi di tale gravità da richiedere il trattamento chirurgico sono trasferiti al Centro Hub di riferimento (Ospedale Gemelli), secondo protocolli concordati (trasferimento secondario), non essendo dotato l'ospedale di neurochirurgia.

A fine di mantenere e potenziare l'attuale livello assistenziale si renderà necessario rafforzare sia il P.S. che la UOC di Chirurgia generale che già risultano in forte sofferenza per carenze di organico che, nel tempo e in assenza di politiche di potenziamento, non potranno che aggravarsi.

### La rete ictus

Il Decreto n. 75/2010 prevede tre tipologie di punti di offerta:

- Unità di Trattamento Neurovascolare di secondo livello (UTN II);
- Unità di Trattamento
- Neurovascolare di primo livello (UTN I);
- Team NeuroVascolare/Pronto soccorso esperto (TNV/Pse).

L'Ospedale San Paolo partecipa alle reti con un Pronto Soccorso esperto (PSe), prevedendo il trattamento del paziente secondo i criteri che garantiscono il livello di assistenza più appropriato per

gravità e complessità clinica presso la UOC di Medicina generale, nonché il trasferimento secondario, se necessario, al Centro Hub di riferimento, secondo specifici protocolli e accordi.

A tal fine si renderà necessario potenziare sia il P.S. che la dotazione organica e di p.l. della UOC di Medicina, attraverso l'acquisizione di personale medico specialistico e l'incremento dei posti letto a 50.

#### La rete perinatale

Presso l'ospedale, precedentemente incardinata nel Dipartimento materno infantile, opera l'UOC di Pediatria che, come più volte segnalato in ambito regionale, soffre di una esigua dotazione di risorse umane (4 medici specialisti e 1 primario), e svolge le sua attività su vari fronti:

- all'interno del Sistema dell'Emergenza – Urgenza: in PS la Pediatria ospedaliera garantisce una presenza significativa rispetto al complessivo delle prestazioni erogate in PS;

#### Consulenze pediatriche in PS anni 2010-2013 (dati flusso GIPSE)

Anno di riferimento	n. visite pediatriche in PS	% visite pediatriche su tot. visite in PS	n. pazienti pediatrici visitati in PS	% pazienti pediatrici su totale pazienti in PS
2010	2088	21,20%	2008	21,80%
2011	2151	21,80%	2107	22,70%
2012	2265	21,30%	2265	22,10%
2013	2304	21,30%	2304	22,80%

- assistenza al Punto nascita: attualmente la programmazione regionale riconduce a due livelli (I e II) i precedenti tre livelli assistenziali previsti dal DCA 56/2010. La UOC di Pediatria è riconosciuta come Centro di I livello e garantisce la necessaria assistenza al Punto nascita. Si riportano di seguito i dati di attività presso la Asl Roma F;

#### N. parti ASL Roma F anni 2011- 2013 (dati SO)

ANNO	Parti vaginali	Tagli cesarei	% Tagli cesarei	Totale parti
2011	237	144	37,80%	381



2012	224	165	42,40%	389
2013	177	127	41,80%	304

Si rileva nell'ultimo triennio, il ricorso eccessivo ai parti cesarei che necessiterà di azioni idonee, soprattutto in ambito formativo, al fine di garantire una maggiore appropriatezza degli interventi.

- attività in regime di ricovero: dall'analisi dei flussi SDO si rileva una tenuta sostanziale del numero dei ricoveri, come di seguito riportato.

Ospedale San Paolo - Trend		2011	2012	2013
Ordinario	Dimessi	325	344	336
	Valore	529.120	517.304	492.326
	Degenza totale	1.008	1.023	1.100
	Degenza media	3,1	3,0	3,3
	Peso medio	0,4946	0,4570	0,4751
Day hospital	Dimessi	57	68	19
	Valore	24.200	24.629	1.489
	Degenza totale	88	90	7
	Degenza media	1,5	1,3	0,4
	Peso medio	0,2580	0,3339	0,4513
Dimessi totali		382	412	355
Valore totale		553.320	541.933	493.815

L'analisi dei DRG conferma che per lo più si tratta di "acuti di bassa complessità" ma le cui patologie, pur trattandosi di forme sostanzialmente "benigne" (ad es. le convulsioni febbrili o le gastroenteriti o le infezioni delle vie urinarie nei pazienti molto piccoli), necessitano di una presa in carico in ambito protetto.



Produzione Pediatria San Paolo 2013			Dati	
Regime	Drg	AA_Descrizione	Dimessi	Valore
Ordinario	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	51	43.988
	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	50	79.252
	098	Bronchite e asma, età < 18 anni	43	58.356
	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	35	43.537
	091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	19	33.492
	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	15	23.516
	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	15	15.443
	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	14	50.871
	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	11	7.450
	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	9	17.256
	429	Disturbi organici e ritardo mentale	7	16.948
	142	Sincope e collasso senza CC	5	6.659
	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	4	5.179
	284	Malattie minori della pelle senza CC	4	3.880
	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	4	1.698

Da quanto sopra, si evince la necessità di una riorganizzazione delle attività, resa possibile anche dai lavori di ristrutturazione della UOC di Ginecologia e Ostetricia per la quale si prevede un potenziamento della dotazione di posti letto (dagli attuali 10 a 16) e dalla ottimizzazione dell'uso delle risorse umane, nonché dall'adozione di tecniche anestesiologiche per la parto analgesia:

- potenziamento delle attività legate alla presenza del Pediatra nel PS del presidio ospedaliero di Civitavecchia: si prevede la possibilità di dedicare 2 p.l. dell'OBI ai pazienti in età pediatrica;
- potenziamento del Punto nascita: si prevede l'attivazione di 2 p.l. di Neonatologia, che afferiscono alla UOC di Pediatria andando ad integrare gli attuali 3 p.l. di Pediatria e realizzando una riqualificazione del punto nascita, in piena aderenza con quanto previsto dalla normativa regionale;
- riorganizzazione della gestione del neonato sano: si prevede la possibilità di avviare la gestione dell'assistenza ai neonati secondo la modalità del "rooming in" (presenza e gestione del neonato sano nella stanza di degenza della madre presso la UOC di Ginecologia e Ostetricia), che andrà a sostituire la tradizionale neonatologia; come già oggi, inoltre, la riorganizzazione comporta il trasferimento del neonato patologico presso il centro hub di riferimento.

#### La rete dei laboratori

Con il DCA 219/2014 la Regione Lazio ha definito la riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici, attraverso l'adozione di un nuovo modello, di tipo Hub e Spoke, basato sulla centralizzazione delle attività in un numero ridotto di strutture di elevata capacità produttiva,

collegate in rete informatizzata con strutture ad esse afferenti, superando il vecchio sistema caratterizzato da presenza di laboratori, anche prossimali, eroganti le medesime attività.

Il nuovo modello consente la centralizzazione delle attività complesse in Centri di riferimento specializzati (Hub) e la concentrazione dei servizi caratterizzati da bassi volumi di attività e/o da una elevata specificità.

Negli Spoke, ovvero nelle strutture a minore complessità, presenti negli ospedali che erogano cure per acuti, viene garantita una attività diagnostica di urgenza e/o di base. Tale modello consente di mantenere la funzione della Medicina di laboratorio in prossimità del luogo delle cure e garantisce il maggior controllo dell'appropriatezza della richiesta nonché la migliore utilizzazione clinica del dato di laboratorio.

I laboratori dell'Ospedale San Paolo e del presidio Padre Pio di Bracciano si costituiscono, rispettivamente, come Laboratorio di Base e Laboratorio di urgenza, ed entrambi afferiscono al Laboratorio a elevata complessità con settori specialistici (LEC-S) dell'Ospedale S. Filippo Neri.

Le due strutture laboratoristiche centrali e i Punti prelievo già ad oggi distribuiti sul territorio, attraverso un collegamento informatico confluiranno in un'unica rete aziendale, con trasmissione in rete dei referti.

#### Il riordino delle attività trasfusionali

La riorganizzazione della Rete Trasfusionale nella Regione Lazio mira ad adeguare il sistema trasfusionale a standard europei, riorganizzando le strutture trasfusionali secondo modelli di efficienza e tendenti a promuovere la sicurezza della donazione e della trasfusione.

La Rete si articola nelle seguenti tipologie di struttura:

- Centro regionale Sangue (CRS)
- Servizi di immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SMT)
- Centri di produzione
- Centro Unico di Qualificazione biologica
- Articolazioni Funzionali dei SMT
- Articolazioni Organizzative dei SMT
- Unità di raccolta associative.

Il SMT è la struttura responsabile della raccolta e del controllo del sangue umano e dei suoi componenti, della conservazione, distribuzione e assegnazione, e deve operare sulle 24 ore.

Le Articolazioni Organizzative del SMT sono strutture collocate presso altri presidi ospedalieri, incaricate della raccolta del sangue e degli emocomponenti, e costituiscono un settore funzionale operativo all'interno di un unico contesto organizzativo coordinato dal SMT di riferimento, operante sulle 6 ore. Le Unità di Raccolta sono strutture incaricate della raccolta del sangue, direttamente gestite dalle Associazioni dei donatori volontari.

Nello specifico, l'Ospedale S. Paolo è configurato come Articolazione Organizzativa del SMT dell'Ospedale San Filippo Neri.

Si deve tener conto, però, della particolarità delle condizioni operative che derivano dalla distanza di circa 80 chilometri che separa i due ospedali, dalla viabilità e dalla consistenza del traffico, condizioni che comportano tempi medi di percorrenza per i mezzi di trasporto del sangue di almeno due ore. Pertanto si prevede di avviare un sistema di validazione a distanza per l'assegnazione delle unità di sangue presso l'ospedale San Paolo, già dotato di strumentazione Diamed, che offre la possibilità di utilizzare tecnologie di valutazione a distanza, con oneri economici contenuti e tempi di attuazione immediati.

L'implementazione di questo sistema consente di abbattere notevolmente i tempi operativi, in quanto l'assegnazione delle sacche avviene senza bisogno di far viaggiare mezzi di trasporto tra i due ospedali. Inoltre l'organizzazione operativa sopra descritta offre maggiori garanzie di sicurezza, specie nei casi di emergenza, sia in termini di tempestività (un'ora di tempo a fronte delle almeno 3 ore necessarie per andata e ritorno all'Ospedale S. Filippo Neri e attesa dell'esecuzione delle prove di compatibilità) che sotto il profilo di una ridotto ricorso all'uso di unità di gruppo O-Rh negativo.

Inoltre il sistema comporta un abbattimento dei costi per il trasporto di sangue tra i due ospedali.

Il progetto è stato condiviso con il Responsabile del SMT S. Filippo ed è in via di definizione.

### Risultati attesi

In piena coerenza con i programmi regionali, la riorganizzazione delle attività ospedaliere in un unico Polo e l'attivazione delle collaborazioni con le altre Asl e A.O. regionali consentirà una migliore programmazione delle attività e un adeguato utilizzo delle risorse umane e strumentali, il soddisfacimento dei bisogni di salute dell'utenza sia in loco che presso strutture di eccellenza esterne all'Azienda, la riduzione della mobilità passiva.

## L'impatto economico del processo di riorganizzazione ospedaliera

Si riporta di seguito la scheda riassuntiva delle variazioni di costo e ricavo derivanti dal processo di riorganizzazione sopra descritto.

I calcoli sono stati effettuati prevedendo un avvio nel corso del 2015 ed un assestamento a regime nel 2016.

Si precisa che i costi del personale non subiscono sostanziali variazioni in quanto è possibile riallocare il personale dell'Ospedale di Bracciano, presidio che subisce un parziale ridimensionamento per effetto dei provvedimenti regionali.

Gli unici costi del personale emergenti sono relativi a 2 medici specialisti oncologi necessari per il previsto potenziamento dell'attività oncologica, costi che rientrano comunque nella quota consentita per la copertura del turn over.

Anche una parte consistente dei maggiori costi per beni sanitari è dovuta al potenziamento dell'oncologia, che come è noto comporta l'uso di farmaci ad alto costo.

I calcoli dei costi emergenti e cessanti sono stati effettuati assumendo come driver le variazioni previste nelle giornate di degenza, calcolando i costi variabili specifici di ogni reparto, e aggiungendo le variazioni di costo stimabili per i servizi di laboratorio e radiologia.

Le variazioni del ricavo sono state calcolate sulla base delle variazioni dei posti letto, assumendo come costanti le tipologie di DRG ed i tassi attuali di occupazione dei posti letto.





## SCHEDA ECONOMICA

## RIORGANIZZAZIONE POLO OSPEDALIERO S. PAOLO

COSTI VARIABILI EMERGENTI E CESSANTI		2015	2016	
<b>OSPEDALE PADRE PIO</b>				
VARIAZIONE GG.DD.		-4411	-5882	
MENSA	-	64.563	-	86.084
LAVANDERIA	-	52.267	-	69.689
PRODOTTI FARMACEUTICI	-	55.186	-	73.581
ALTRI BENI SANITARI	-	352.403	-	425.832
TOTALE	-	524.419	-	655.186
<b>OSPEDALE S. PAOLO</b>				
VARIAZIONE GG.DD.		15.410	20.546	
MENSA		216.408	288.544	
LAVANDERIA		119.127	158.836	
PRODOTTI FARMACEUTICI		715.790	954.386	
ALTRI BENI SANITARI		982.711	1.136.912	
COSTI DEL PERSONALE		149.625	199.500	
TOTALE		2.183.660	2.738.178	
<b>SALDO CONTI ECONOMICI</b>				
ALTRI BENI E SERVIZI (MENSA)		151.845	202.460	
ALTRI BENI E SERVIZI (LAVANDERIA)		66.860	89.147	
PRODOTTI FARMACEUTICI		660.604	880.805	
ALTRI BENI SANITARI		630.308	711.080	
COSTI DEL PERSONALE		149.625	199.500	
TOTALE GENERALE VARIAZIONE COSTI		1.659.242	2.082.992	
<b>VARIAZIONE RICAVI</b>				
		2015	2016	
OSPEDALE PADRE PIO	-	1.524.213	-	2.032.284
OSPEDALE S. PAOLO		5.724.747		7.632.996
SALDO		4.200.534		5.600.711



- Realizzazione di reti e percorsi, in collaborazione con altre strutture pubbliche e private accreditate di eccellenza

Protocolli di Collaborazione con le strutture pubbliche esterne per il mantenimento e l'ottimizzazione dell'attuale offerta assistenziale

A seguito della riorganizzazione delle reti assistenziali in ambito regionale e della contrazione della dotazione di personale, al fine di garantire le funzioni proprie dei LEA, si rende necessario per il triennio attivare un processo di confronto e coordinamento con le Aziende sanitarie e ospedaliere regionali al fine di definire e realizzare strategie assistenziali volte al miglioramento dell'organizzazione e della qualità dell'assistenza, in particolare con:

- A.O. S Andrea: sono in corso incontri finalizzati a:

- definire la possibilità di protocolli di intesa per la presenza di medici specialisti del S. Andrea presso l'attuale presidio di Bracciano, nell'ottica di un ampliamento dell'offerta assistenziale e di una circolarità delle competenze professionali;

- individuare una linea di collaborazione e coordinamento funzionale nell'ambito della Assistenza psichiatrica, soprattutto per migliorare l'integrazione tra il Servizio psichiatrico del S. Andrea che, ad oggi, già garantisce la diagnostica e il trattamento ospedaliero dei pazienti psichiatrici del territorio del Distretto F4 e le strutture psichiatriche territoriali di tale area per la realizzazione di un'adeguata integrazione "ospedale – territorio" e la condivisione dei protocolli assistenziali e l'appropriatezza degli interventi farmacologici;

- acquisire la disponibilità a partecipare per la parte di diagnostica laboratoristica citologica alle attività di screening del tumore della cervice uterina, di prossima implementazione;

- Ospedale Bambino Gesù: sono in fase di studio protocolli operativi per la gestione di particolari problematiche di salute del bambino che al momento non trovano risposte esaustive sul nostro territorio a causa di un sottodimensionamento delle risorse e delle discipline quali: diabete infantile, malattie tiroidee, deficit dell'accrescimento.

- Asl Roma E: sono in corso incontri tra le Aziende finalizzati a:

- creazione di un Dipartimento interaziendale per la Medicina Legale tra le Asl Roma E, D e F che consentirà una gestione coordinata delle attività e il contenimento delle tempistiche di soddisfacimento della domanda; il Dipartimento assicurerà la gestione integrata delle risorse e potrà garantire tra le sue funzioni, in particolare, il Coordinamento e lo sviluppo all'interno ed all'esterno del Dipartimento dell'attività di formazione, aggiornamento, didattica, educazione ed informazione sanitaria; diminuzione delle liste di attesa; omogeneizzazione delle procedure medico-legali allo scopo di rendere uniforme sul territorio l'erogazione di tali prestazioni; uniformità di giudizio delle Commissioni di invalidità e Legge 104.



- Asl Roma B, Roma A, Viterbo e Rieti: si è previsto un coordinamento funzionale per l'Assistenza ai Detenuti nei rispettivi Penitenziari, per definire delle prospettive di riorganizzazione attraverso un progetto di sviluppo finalizzato alla condivisione di un unico modello organizzativo a rete delle strutture di assistenza nelle diverse aziende; il coordinamento individuerà protocolli operativi uniformi e percorsi diagnostico terapeutici attivabili per le principali problematiche di salute della popolazione carceraria.

#### Risultati attesi

Ampliamento dell'offerta assistenziale, miglioramento della qualità delle prestazioni, confronto e acquisizione di esperienza degli operatori aziendali.

- Riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali

#### Piano attuativo aziendale per il governo delle liste d'attesa (PAGLA) 2013-2015

Connesse al tema dell'equità di accesso sono le azioni di razionalizzazione delle liste di attesa, che rappresentano un obiettivo prioritario per un sistema sanitario orientato a rimuovere gli ostacoli all'universalismo delle cure e a scongiurare il rischio che l'inquadramento diagnostico e le terapie non siano ingiustificatamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita e generando ulteriori disuguaglianze nella salute dei diversi gruppi di popolazione.

Pur consapevoli che le liste di attesa rappresentino un problema di difficile soluzione, con effetti finali contraddistinti da un cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte di limitate risorse disponibili, con pazienti e cittadini che percepiscono tale condizione come un importante disservizio, l'Azienda sarà impegnata nella definizione, adozione e miglioramento degli strumenti finalizzati all'affermazione del diritto dell'utente all'accesso ai servizi entro gli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale e nella definizione dei percorsi e delle regole di accesso.

Con la delibera del DG della Asl Roma F n. 576 del 30.06.14 è stato adottato il Piano attuativo aziendale ASL Roma F del Piano Regionale di Governo delle liste di Attesa (PRGLA) di cui al D.C.A. n. 437/2013.

Il Piano adottato si inserisce nel contesto di azioni, interventi e progettualità già avviate in ambito aziendale per la gestione e la razionalizzazione delle agende di prenotazione e per il governo delle liste d'attesa.

In particolare, è stato istituito il Tavolo aziendale (Delibera del Direttore Generale n° 635 del 10.9.2013) di confronto e condivisione con gli specialisti convenzionati e aziendali che ha individuato, sulla base di linee guida EBM, delle patologie croniche da gestire attraverso i "percorsi interni" al fine del

completamento diagnostico precoce, del monitoraggio del trattamento terapeutico e della prevenzione delle complicanze precoci e tardive nonché di “pacchetti di prestazioni” su singolo paziente con rimodulazione della tempistica di erogazione; è stata rivista l'organizzazione delle agende di prenotazione e dei “percorsi interni” (con rimodulazione del tempario delle prestazioni, prevedendo la possibilità di definire pacchetti prestazionali per uno stesso paziente, anche per patologie critiche e ad ampia diffusione; sono stati avviati e realizzati i Progetti ambulatoriali per l'abbattimento delle liste d'attesa, grazie ai fondi progettuali della medicina specialistica convenzionata.

Nel nuovo Piano aziendale sono stati recepiti gli elenchi di prestazioni, n. 33 ambulatoriali e n. 10 di ricovero elettivo, per le quali garantire i tempi massimi di attesa secondo le classi di priorità definite dal Piano regionale (PRGLA) adottato a dicembre 2013.

In attesa che il livello regionale definisca le azioni necessarie al fine dell'avvio del sistema di prenotazione sec. priorità clinica e provveda agli atti necessari al fine di ricondurre all'interno di un unico sistema di prenotazione sia gli erogatori pubblici che privati accreditati, l'Azienda darà particolare impulso alle seguenti azioni:

- Analisi della produzione specialistica ambulatoriale al fine di ridurre le prestazioni ambulatoriali che risultano erogate senza preventiva prenotazione (accessi diretti);
- Interventi finalizzati all'appropriatezza prescrittiva e alla prioritarizzazione delle prestazioni ritenute più critiche (eventi formativi rivolti a tutti i medici prescrittori (MMG/PLS, Specialisti interni e convenzionati);
- Gestione prestazioni mammografiche erogate a donne in fascia screening: sarà attuata una procedura organizzativa, coinvolgendo i MMG del territorio, per indirizzare verso il Coordinamento Screening aziendale le donne in fascia screening che richiedono la prenotazione per effettuare esami mammografici in regime ambulatoriale; il CUP, al momento della prenotazione, fornirà informazioni alle donne in fascia screening che richiederanno l'esecuzione di esame mammografico e provvederà a trasferire la prenotazione nell'ambito dello Screening, recuperando disponibilità di prestazioni mammografiche ambulatoriali da destinare alle donne fuori fascia ma anche di altre tipologie di prestazioni riducendo, conseguentemente, le liste di attesa;
- Monitoraggio dei tempi di attesa: si procederà regolarmente al monitoraggio dei tempi di attesa con cadenza mensile, pubblicando, come già ora, i dati della rilevazione ex ante sul sito aziendale; per le prestazioni che nel monitoraggio presentano tempi di attesa superiori a 180 giorni, verrà effettuata richiesta alla Regione per acquisire le prestazioni da privato tramite apposite convenzioni e sempre all'interno dei tetti di spesa (sono i corso incontri con gli erogatori a cui farà seguito una specifica richiesta di parere alla regione Lazio);
- Promozione dell'utilizzo del sistema di prescrizione elettronica: in data 7/4/2014, presso il Centro Polifunzionale Aziendale sito in Bracciano, la Società Lait ha presentato il software SISMED - cartella ambulatoriale e questa Azienda ha formalizzato alla Regione la richiesta di utilizzo, a titolo gratuito, del predetto sistema, ottenendo parere favorevole dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria. Considerati i tempi lunghi previsti per effettuare le sessioni formative rivolte ai prescrittori a cura della Società Lait e tenuto conto

dell'imminente attivazione della Casa della Salute presso il Distretto F2 (Ladispoli-Cerveteri), si è concordato con i referenti regionali di eseguire le sessioni formative con risorse interne all'Azienda, al fine di consentire la messa in esercizio nel più breve tempo possibile: le sessioni rivolte ai prescrittori in servizio presso il predetto Distretto sono state già completate, l'avvio in produzione è stato attivato in data 13.10.2014;

- Riorganizzazione dell'Attività libero professionale: le prestazioni erogate in spazi aziendali sono già tutte prenotate tramite ReCUP; si sta provvedendo, attraverso una ricognizione in ambito aziendale, a riportare anche l'intramoenia allargata all'interno degli spazi aziendali; nelle more, si procederà ad organizzare la possibilità per l'utente di corrispondere la tariffa delle singole prestazioni tramite POS;
- Possibilità di inserimento delle prestazioni rese disponibili dalle strutture private accreditate del territorio all'interno dell'offerta CUP, con possibilità di acquisire prestazioni critiche all'interno dei tetti di spesa assegnati.
- D'altra parte, dall'analisi delle informazioni rilevabili dai flussi informativi correnti (v. paragrafo "L'analisi bisogni/offerta"), appare chiaro che il territorio della Asl Roma F, soprattutto negli ambiti territoriali afferenti ai Distretti F3 ed F4 vedono garantiti solo in parte i bisogni di salute da gestire in sede ambulatoriale, in particolare a riguardo delle prestazioni critiche (cliniche e diagnostiche) individuate dal Piano regionale e aziendale, ed in modo particolare per le branche radiodiagnostica, oculistica e cardiologia.
- Pertanto, al fine di riequilibrare l'offerta territoriale e favorire l'accessibilità nei 4 Distretti aziendali si renderà necessario prevedere un incremento delle ore di Specialistica convenzionata esterna per le discipline afferenti alle prestazioni critiche (quali ad esempio oculistica, ecocardiografia, ecocolordoppler, ecografia, pneumologia, endocrinologia), per un totale di 400 ore settimanali.

#### Impatto economico del potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale

E' stato calcolato il costo emergente per l'incremento di 400 ore settimanali di attività specialistica nelle branche sopra indicate, ad un costo medio orario di € 45,24 + IRAP € 6,07.

I ricavi sono stati stimati calcolando la tariffa media delle prestazioni oggetto di incremento, ipotizzando 3 prestazioni/ora.



SCHEDA ECONOMICA			
POTENZIAMENTO ATTIVITA' SPECIALISTICA TERRITORIALE			
		2015	2016
Incremento settimanale ore attività specialistica ambulatoriale		400	400
costo medio orario specialista a convenzione	48,07		
IRAP	3,66		
COSTO EMERGENTE PERSONALE		999.864,40	999.864,40
IRAP		76.130,08	76.130,08
COSTO TOTALE PERSONALE A CONVENZIONE		1.075.994,48	1.075.994,48
COSTO EMERGENTE PRODOTTI FARMACEUTICI		7.150,42	7.150,42
COSTO EMERGENTE ALTRI BENI		64.353,74	64.353,74
TOTALE COSTI EMERGENTI		1.147.498,64	1.147.498,64
tariffa media branche incrementate	38,2		
RICAVI		2.383.472,00	2.383.472,00

#### Attivazione della Risonanza Magnetica Nucleare presso l'Ospedale S. Paolo

Nessuna delle strutture della ASL RM F è attualmente dotata di un apparecchio di risonanza magnetica, e in tutto il territorio è presente una sola Risonanza magnetica in una struttura accreditata del Distretto F1.

E' ormai imminente l'avvio presso l'Ospedale S. Paolo dell'attività di risonanza magnetica, che consentirà di trattare direttamente i pazienti ricoverati nell'ospedale di Civitavecchia e in quello di Bracciano, e potrà anche soddisfare la domanda proveniente dal territorio, attualmente coperta con mobilità passiva (circa 1.200 prestazioni/anno).

#### Impatto economico dell'implementazione della RMN

La scheda economica che segue è costruita sui seguenti elementi:

##### Costi cessanti

costi di trasporto e di tariffa derivanti dall'effettuazione delle prestazioni di RMN per i ricoverati del S. Paolo presso altre strutture (37 prestazioni/anno);

##### Costi emergenti



costi variabili connessi ad un volume di attività stimato in circa 2.000 prestazioni/anno, incidenti sulla domanda territoriale del Distretto F1, attualmente soddisfatta in mobilità passiva.

SCHEDA ECONOMICA				
Avvio Risonanza Magnetica				
Tipo Costo	Descrizione	Imp/ Unit	Qtà	Importo
Cessante	Trasporti sanitari	95,00	37	-3.515,00
Cessante	Prestazioni sanitarie	208,00	37	-7.696,00
				-11.211,00
Emergente	Prodotti Farmaceutici (RM con contrasto)	100,00	1000	100.000,00
Emergente	Altri Beni (RM senza contrasto)	2,00	1000	2.000,00
				102.000,00
Ricavo	Risonanza Magnetica		2000	416.666,67
				416.666,67

A  
N  
N  
O  
2  
0  
1  
5

Tipo Costo	Descrizione	Imp/ Unit	Qtà	Importo
Cessante	Trasporti sanitari	95,00	37	-3.515,00
Cessante	Prestazioni sanitarie	208,00	37	-7.696,00
				-11.211,00
Emergente	Prodotti Farmaceutici (RM con contrasto)	100,00	1000	100.000,00
Emergente	Altri Beni (RM senza contrasto)	2,00	1000	2.000,00
				102.000,00
Ricavo	Risonanza Magnetica		2000	416.666,67
				416.666,67

A  
N  
N  
O  
2  
0  
1  
6

## La rete ospedale-territorio senza dolore

Il diritto del cittadino ad accedere sia alle cure palliative che alla terapia del dolore oncologico e cronico non oncologico è stato tutelato dalla Legge n.38/2010 mediante la quale si riconosce e tutela un diritto che rappresenta a tutti i livelli un "LEA".

Nelle Linee Guida del Ministero della Salute - Dipartimento della qualità per la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento degli interventi regionali in materia di terapia del dolore e di cure

palliative vengono identificati gradi differenti di complessità delle rete, articolata essenzialmente su tre livelli di cura e di intervento:

1. HUB;
2. SPOKE;
3. AFT.

In regione Lazio, con il DCA n. 83/2010, è stata prevista una rete integrata ospedale-territorio per il trattamento dolore cronico, ponendo al centro della rete il MMG che garantisce una diagnosi precoce consentendo l'indirizzo tempestivo del paziente al Centro di Riferimento Ospedaliero o eventualmente attivando un'assistenza domiciliare nella quale lui stesso vedrà supportata la sua assistenza da specialisti dello SPOKE o HUB di riferimento Regionale.

Nel territorio della Asl Roma F, l'implementazione del DCA 83 non ha potuto fino ad oggi che essere parziale, sia per mancanza di strutture dedicate e carenza di personale dedicato che di bisogno formativo specifico del personale disponibile, con una distribuzione non omogenea degli interventi, in particolare per un'ampia area territoriale, come quella del Distretto F4 di 460 kmq e comprendente 17 Comuni, privo di un presidio ospedaliero aziendale di riferimento e ricomprendente una popolazione totale al 31/12/2013 di 111.194 abitanti.

Si rende necessario, pertanto, un'adeguata organizzazione dell'offerta assistenziale territoriale che garantisca l'equità di accesso alla terapia del dolore, in ambito geografico, per tipo di patologia (specificità) e, se necessario, per complessità. Si prevede di individuare tutte le possibili soluzioni al fine di dare la più ampia applicazione possibile al DCA 38, superando gli ostacoli rilevati.

Pertanto, sarà dato avvio ad uno schema organizzativo di base, suscettibile di implementazione nel triennio, attraverso:

- 1) Presa in carico del paziente da parte dei Medici di base con iniziale trattamento o indirizzo verso il centro Spoke di riferimento;
- 2) Gestione del paziente da parte di uno dei due centri Spoke (si prevede di avviare una struttura ambulatoriale di riferimento presso le sedi di Bracciano e Civitavecchia) con valutazione del caso e trattamento o invio, per i casi più complessi, verso il centro Hub di competenza;
- 3) Gestione domiciliare del paziente fragile/non autosufficiente attraverso rete Ospedale-territorio.

L'Azienda alla luce di quanto sopra entro la fine del 2014 procederà in prima istanza nel distretto F/4, ad effettuare le attività di formazione per i MMG in collaborazione con il centro HUB del Policlinico Tor Vergata, in modo da permettere una sperimentazione pilota aziendale di AFT in grado di fornire la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore; di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo SPOKE o, per casi particolarmente complessi, all' HUB di riferimento; garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.



Contestualmente alla programmazione attuativa sperimentale della rete territoriale, l'Azienda provvederà a dare nuovo impulso alla Commissione Aziendale del Dolore, individuando, laddove necessario, nuovi attori e provvedendo a ridefinirne compiti e funzioni.

### L'assistenza territoriale residenziale ai malati terminali: l'Hospice

Nell'ambito delle nuove modalità assistenziali che portano l'assistenza il più vicino possibile a chi ha bisogno, devono necessariamente trovare ampia diffusione nuovi modelli organizzativi che possano garantire ai pazienti portatori di malattie in fase non più controllabile un'assistenza volta non solo al mantenimento delle funzioni vitali e al controllo del dolore, ma anche alla gestione degli aspetti psicologici e relazionali.

La Asl Roma F, presso tutti i propri ambiti distrettuali, ha visto nell'arco degli ultimi anni un incremento dei decessi per tumore maligno (ICD-9 140-208), che già al 2012 facevano prevedere, rispetto ai parametri del DCA 17/2010, un bisogno di posti letto in Hospice pari a 18,47.

Decessi per tumore maligno (ICD-9 140-208) e fabbisogno P.L. Hospice (DCA 17/2010)

	2010		2011		2012	
	n. decessi	n. P. L. Hospice	n. decessi	n. P. L. Hospice	n. decessi	n. P. L. Hospice
Asl Roma F	821	18	843	18	862	18,47
D F1	253	5	250	5	259	5,6
DF2	163	3	179	4	185	4
DF3	150	3	147	3	134	2,9
DF4	255	5	267	6	284	6,1

Vista la totale assenza nella nostra Asl di questo specifico settore assistenziale appare necessario prevedere la presenza sul territorio aziendale di 18 posti letto dedicati, secondo gli standard di cui sopra, fruibili da parte dell'utenza di tutti e quattro i distretti.

Una tale forma di assistenza sul territorio contribuirà a promuovere e implementare un approccio olistico al paziente terminale, fondato sulla valutazione multidisciplinare, la pianificazione



personalizzata dell'assistenza, la promozione e lo sviluppo di una cultura che sappia affrontare le fasi terminali della vita, garantendo la dignità della persona.

## Riorganizzazione della Medicina penitenziaria

Sul territorio della Asl Roma F insistono due sedi carcerarie, il Nuovo Complesso Penitenziario di Via Aurelia e la Casa di reclusione di Civitavecchia, entrambe dotate di un presidio sanitario, con organizzazione e modalità operative diverse in considerazione del diverso numero e della diversa "tipologia" di ospiti delle 2 sedi.

Nell'ambito dei singoli presidi prestano servizio figure sanitarie dell'Asl, appartenenti ad aree e unità operative diverse (Medicina Generale, DSM, SERT, Specialisti convenzionati), che al momento interagiscono parzialmente nella gestione delle diverse problematiche di salute della popolazione ristretta.

Manca, al momento, un coordinamento con le altre ASL sedi di strutture detentive per la definizione e implementazione di protocolli operativi uniformi, di percorsi diagnostico terapeutici per le principali e più frequenti condizioni/patologie, nella prospettiva di una riorganizzazione delle attività sanitarie penitenziarie secondo un modello "a rete".

Sono ancora in itinere le attività per la realizzazione all'interno del Nuovo Complesso di una Sezione psichiatrica femminile destinata alla osservazione.

## Azioni previste nel triennio

Avvio di un'Area di Coordinamento interaziendale per la Medicina penitenziaria attraverso un Protocollo d'Intesa tra le Direzioni Generali delle Aziende ASL ROMA A, ROMA B, ROMA F, Viterbo e Rieti in materia di assistenza alle popolazioni detenute nel territorio regionale del Lazio.

Completamento delle azioni messe in atto per la realizzazione all'interno del Nuovo Complesso di una Sezione femminile di osservazione e diagnosi.

Potenziamento delle procedure e dei protocolli operativi e, soprattutto, una maggiore interazione e condivisione di questi tra tutti gli operatori sono necessari al fine di un corretto approccio al paziente detenuto e della riduzione degli eventi critici, in particolare gli eventi suicidari e degli atti autolesionistici. A tale scopo è di fondamentale importanza il coinvolgimento di tutte le figure che operano in ambito penitenziario, sia afferenti all'Azienda sanitaria che al Ministero di grazia e giustizia.

Informatizzazione delle attività cliniche e della documentazione sanitaria con possibilità di condivisione e messa in rete con le altre sedi penitenziarie delle informazioni sanitarie necessarie alla corretta gestione dei detenuti con problematiche sanitarie

Collegamento telematico con le unità ospedaliere e gli archivi aziendali per ottenere in urgenza consulenze specialistiche, acquisire i referti relativi agli accertamenti clinici in tempo reale.



## □ La riorganizzazione delle cure primarie

### Regolazione delle forme di medicina associativa (UCCP)

I punti cardine su cui opererà il settore delle “cure primarie” fanno riferimento all'accoglienza e alla presa in carico in ambito territoriale, attraverso la medicina generale, dei problemi di salute della popolazione afferente alle singole unità delle cure primarie.

Perché possa essere svolta al meglio tale azione, è necessario che giunga a compimento la riorganizzazione delle Unità di cure primarie attraverso la ridefinizione e pianificazione delle forme associative, delle risorse e delle funzioni dell'assistenza primaria secondo quanto previsto dall'ACN. In altri termini sarà necessario integrare le diverse componenti professionali nell'ambito della rispettiva sede, oltre ai medici di medicina generale, quindi, anche i pediatri di libera scelta, gli infermieri professionali, ecc.

L'impegno dei professionisti delle Unità di Cure Primarie dovrà essere prevalentemente orientato a quei settori di patologia caratterizzati dalla larga diffusione, dalla cronicità nell'evoluzione, dalla necessità di interventi multispecialistici, tipicamente patologie quali la BPCO, il diabete, lo scompenso cardiaco, privilegiando la presa in carico della continuità assistenziale da parte del medico di medicina generale e la gestione integrata multiprofessionale e multidisciplinare della cronicità.

La prevista riorganizzazione delle cure primarie attraverso le forme delle Associazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali unità organizzative di coordinamento dell'attività di MMG e PLS e delle Unità di Cure Complesse Primarie (UCPC), come riportato anche nel recente atto di indirizzo per il contratto nazionale della medicina convenzionata, potrà avvenire a seguito delle indicazioni e con le modalità che sono in corso di definizione nei tavoli tecnici che la Regione Lazio ha attivato.

Attualmente nel territorio della ASL RMF sono presenti 38 UCP/UCPP cui aderiscono 198 medici (MMG e PLS) e pertanto. Nelle tabelle sottostanti sono riportati i dati relativi alle forme associative e UCP/UCPP presenti ad oggi nel territorio della ASL RMF.

### Forme associative nella ASL RMF – anno 2014

Medici convenzionati	Distretto F1		Distretto F2		Distretto F3		Distretto F4	
	N° forme associative	Medici aderenti	N° forme associative	Medici aderenti	N° forme associative	Medici aderenti	N° forme associative	Medici aderenti
Medicina di gruppo	9	45	8	33	1	4	7	23 (+1 PLS)
Medicina di rete	1	4			4	27	5	24
Medicina in associazioni			1	4			2	5 (+1 PLS **)
Medici Singoli		12		17		7		26
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>54</b>	<b>5</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>78 (+2 PLS)</b>
Totale forme associative MMG = 38; totale medici MMG aderenti 169; totale medici MMG singoli 62								
<b>PLS</b>								
Medicina di gruppo					1	2		(1 PLS*)
Medicina di rete								
Medicina in associazioni	2	7	2	8			3	10 (+1 PLS**)
Medici Singoli		3		2		3		3
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Totale forme associative PLS= 8; totale medici pediatri aderenti 29; totale PLS singoli 11								

**UCP nella ASL RMF – anno 2014**

Tipologia	Numero UCP	n° Medici aderenti
UCP Complesse	21	105
UCP Semplici	13	69 + 1PLS
UCP 8 h	NESSUNA	
Medici singoli		56
<b>TOTALI</b>	<b>34</b>	<b>230</b>

**UCPP nella ASL RMF – anno 2014**

Tipologia	Numero	n° Medici aderenti
UCPP fascia 1	4	23
Pediatrî singoli		16
Pediatra operante in forma associativa pediatrica e in UCP di MG		1
<b>TOTALI</b>	<b>4</b>	<b>40</b>

In particolare, per il trattamento del dolore cronico, sarà attivata sul territorio del Distretto F4, una AFT che, a seguito della idonea formazione dei Medici del territorio, potrà gestire in un'ottica di rete la diagnosi e il trattamento dei pazienti afferenti al distretto.

**Risultati attesi**

A seguito della definizione delle indicazioni operative per le Aziende sanitarie da parte della regione Lazio, sono 72 i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta "singoli" che dovranno

ricondurre le proprie attività lavorative all'interno di forme "associative" e riconfigurarsi in Unità di Cure Primarie con sede unica. Inoltre, a seguito di indicazioni regionali, si procederà alla definizione delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) nei termini previsti dall'ACN.

L'impegno dei professionisti dovrà essere prevalentemente orientato a quei settori di patologia caratterizzati dalla larga diffusione, dalla cronicità nell'evoluzione, dalla necessità di interventi multispecialistici: patologie quali la BPCO, il diabete, lo scompenso cardiaco, ma anche il trattamento del dolore, troveranno adeguate risposte sul territorio, con la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, riservato solo ai casi non gestibili in altri ambiti.

## Le Case della salute

Nella progettazione strategica della sanità il territorio assume un ruolo assolutamente centrale. La valutazione dei bisogni espressi, sociali e sanitari, il conseguente adeguamento dei servizi, la riprogettazione ed il rafforzamento dei percorsi clinici integrati tra ospedale e territorio che garantiscano continuità della presa in carico, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la realizzazione della Casa della Salute, l'integrazione dei percorsi sanitari con quelli sociali, rappresentano lo snodo della progettazione dell'Azienda sanitaria.

1. La Casa della salute (CdS), articolazione del Distretto sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, l'assistenza intermedia, che si colloca e si connette con il Polo Ospedaliero ASL RMF e con gli altri servizi territoriali.

2. Obiettivo della CdS è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al P.S. ed i ricoveri ripetuti in ospedale.

3. Nella CdS operano medici del distretto, medici di medicina generale, medici specialisti territoriali e ospedalieri (che garantiscono anche le attività di diagnostica strumentale), eventualmente pediatri di libera scelta, psicologi, infermieri oltre ad operatori dedicati alle attività di accoglienza (PUA, CUP, etc.) e ad altre figure professionali in relazione alle specificità dei singoli territori.

4. Per ciascuna delle CdS è previsto un Regolamento di funzionamento della struttura sulla base degli indirizzi dati dal DCA U00414 del 26.11.2014, che viene concordato all'interno del Comitato aziendale permanente per la medicina generale e della pediatria di libera scelta.

5. La CdS garantisce la funzione di accoglienza che assolve alle necessità di informazione del pubblico e di orientamento relativamente ai servizi presenti nella CdS. Svolge anche una funzione di filtro per quanto riguarda gli utenti che accedono direttamente alla CdS.

6. Presso la CdS è attivata la funzione di Case management. Tale funzione è riferibile al “processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell’individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia” (CMSA, 2010).

7. All’interno dei percorsi assistenziali per la gestione delle patologie croniche, si colloca inoltre il Centro anti violenza, cui contribuiscono professioni quali lo psicologo, l’assistente sociale, l’infermiere. Il centro anti violenza della CdS è in rete con analoghe funzioni presenti presso altri enti o gestite dal volontariato.

L’obiettivo complessivo dell’Azienda Roma F è la realizzazione, nei 4 distretti aziendali, di Case della salute che siano un punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si possa rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute.

In prima battuta è stata prevista e programmata l’istituzione della Casa della salute presso il PIT di Ladispoli - Distretto F2, in un’area che non dispone di un presidio ospedaliero aziendale di riferimento. In quanto struttura polivalente orientata, soprattutto, alla gestione delle patologie croniche quali BPCO, Diabete, Scompenso cardiaco, attraverso specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) la CdS sarà in grado di erogare l’insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale.

L’attuale struttura del PIT andrà incontro a diversi cambiamenti che determineranno la sua trasformazione in Casa della Salute. Tale trasformazione comporterà un ammodernamento strutturale e funzionale del presidio stesso con investimenti volti a completare e migliorare i servizi connessi con le cure primarie.

Successivamente, si prevede la possibilità di dotare di Case della salute il territorio del Distretto F4, il più popoloso dell’azienda, che non dispone di un presidio ospedaliero aziendale di riferimento e presenta una situazione di estrema parcellizzazione e dispersione della popolazione in 17 comuni.

Per questo distretto la soluzione più idonea per garantire equamente la presenza di strutture a servizio di tutte le aree territoriali è quella della istituzione di una Casa della Salute nel territorio di Rignano Flaminio, già dotato di una struttura adatta attualmente in via di ristrutturazione, nonché successivamente di tre Case della Salute afferenti alle tre principali direttrici viarie.

Il territorio del Distretto F3 sarà dotato di una Casa della Salute e si prevede inoltre la possibilità di dotarne anche il Distretto F1 attraverso modalità innovative (ad es. messa in rete dei MMG e PLS, tra



loro e con le strutture ospedaliere e distrettuale di riferimento, ambulatori specialistici e ambulatorio infermieristico).

Questo percorso, ad oggi già avviato, si potrà sviluppare nel corso del triennio e arrivare a compimento nei tempi resi possibili dalle risorse disponibili.

Piano operativo per l'attivazione della CdS Ladispoli – Cerveteri nel Distretto F2

Le caratteristiche della Casa della Salute del Distretto F2, così come definito nello Schema d'intesa "Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione", oggetto di intesa tra la regione Lazio e la ASL Roma F, che saranno specificate nel Programma attuativo, previsto entro 60 giorni dalla firma dell'intesa, sono le seguenti:

a) Funzioni di base

Area dell'Assistenza primaria:

- Assistenza primaria garantita da MMG e da PLS;
- Attività specialistiche, in particolare finalizzate all'avvio della gestione delle cronicità attraverso percorsi diagnostico terapeutici (PDTA);
- Ambulatorio infermieristico;
- Attività di diagnostica strumentale di primo livello;

Area pubblica:

- Area dell'accoglienza;
- Sportello CUP;
- Punto unico di accesso (PUA)
- Area della sorveglianza temporanea;
- Area del Volontariato e della mutualità;

Eventualmente,

Moduli funzionali aggiuntivi:

- Area delle cure intermedie a gestione infermieristica (cosiddetta "Degenza infermieristica");
- Centri territoriali per le demenze;
- Centri anti violenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Attività Fisica Adattata;



- Punto di primo intervento;

Inoltre, laddove gli spazi resi disponibili dalla riorganizzazione delle attività lo rendessero possibile:

Area gestionale e funzionale:

uffici amministrativi, spogliatoi, sala riunioni, sedi di volontariato.

L'integrazione socio sanitaria nella Casa della Salute – Il PUA

I momenti di integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni sono facilitati dalla condivisione della stessa sede, almeno per alcune attività (nella CdS, ad esempio, potrebbero svolgersi anche UVMD per l'attivazione dei percorsi residenziali/semiresidenziali/domiciliari per le persone non autosufficienti/anche anziane di cui ai DCA 39/2012 e DCA 431/2013) e dalla presenza del PUA, nel quale è già ora obiettivo dei Comuni spostare almeno una parte dell'attività del segretariato sociale (questo aspetto rende necessario implementare soprattutto con personale dedicato il servizio del PUA).

Criticità

- 1) Difficoltà a reperire le risorse umane per tutte le attività da implementare nella CdS vista anche la carenza di personale infermieristico del Distretto e di dirigenti medici (nella Cds è prevista l'assegnazione di un dirigente medico delegato per tutte le attività dal Direttore del Distretto, responsabile della struttura);
- 2) Costi elevati determinati soprattutto dai costi del personale;
- 3) Mancanza dell'accordo integrativo regionale sulla CdS e delle indicazioni sulla remunerazione dei Medici di MG, PLS e di CA per le attività svolte nella CdS ed in particolare nei PDTA.

Opportunità

Il clima positivo che si è instaurato negli ultimi mesi nell'ambito dell'assistenza primaria e la sempre maggiore sensibilizzazione dei medici di MG e Pediatri verso argomenti come l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa volte a ottimizzare l'uso delle risorse ha determinato, soprattutto in alcuni medici molto motivati, una grande volontà di cambiamento ed una disponibilità a sperimentare nuove modalità di assistenza in particolare per le patologie croniche, quali ad esempio il CCM, i PDTA e la medicina d'iniziativa, collaborando attivamente con il Distretto.

### Cronoprogramma e monitoraggio delle attività della CdS di Ladispoli - Cerveteri

SCHEDA DI MONITORAGGIO CON CRONOPROGRAMMA - ottobre 2014									
ATTIVITA'	magg	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic-14	gen-15
primo progetto preliminare e computo estimativo - approvazione Nucleo Valutazione regionale (NV)	X								
approvazione regionale del finanziamento (euro 500.000,00) - DGR 298/2014	X								
redazione progetto preliminare e computo estimativo da sottoporre all'approvazione del NV		X							
approvazione del NV regionale					X				
affidamento prog. esecutivo lavori (se con procedura di affidamento diretto tramite contratto di manutenzione)						O			
Sottoscrizione dell'intesa tra Regione Lazio e ASL RM F per l'attivazione della Casa della Salute di Ladispoli				X					
Approvazione del Programma attuativo CdS e del relativo cronoprogramma						O			
ultimazione lavori di ristrutturazione - Produzione € 100.000,00 mese								O	O
Accordo con ARES 118 per ampliamento PIT		X							
Presentazione al Comitato Istituzionale nell'ambito dell'Accordo di Programma per il Piano di Zona			X						
Avvio delle procedure di acquisizione delle attrezzature							O		
Acquisizione delle attrezzature e Arredi								O	
Domanda di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento per le attività sanitarie e socio-sanitarie								O	
Accordi locali con MMG, CA, M.Servizi, PLS, specialisti convenzionati (Comitati Aziendali)							O		
Approvazione regolamento interno di funzionamento della struttura (Comitato Aziendale Permanente per la MG e Pediatria) e presentazione all'Ufficio di Coordinamento delle									O
Raccolta adesioni MMG PLS CA per la partecipazione volontaria al progetto							O		
Installazione delle postazioni informatiche e integrazione dei software previsti (piattaforma informatica)							O		
inizio formazione medici specialisti per cartella ambulatoriale informatizzata SISMED e completamento				X					
Assegnazione del personale e Formazione a cura del Distretto e della Regione Lazio							O		
Attivazione Casa della Salute							O	O	
Attuazione del Piano di Comunicazione							O	O	

legenda : X = effettuato    O = da fare

Di seguito si riporta il calcolo dei costi complessivi riferibili alla Casa della Salute, con l'avvertenza che non sempre si tratta di costi emergenti, poiché ad esempio la possibilità di riallocare, dopo idonea formazione, parte del Personale resosi disponibile a seguito della riorganizzazione del presidio di Bracciano, consentirà di abbattere in buona parte i costi relativi al personale dipendente.

Il calcolo dei costi emergenti è invece contenuto nella scheda economica in calce al paragrafo.



COSTO SPECIALISTI			
branca specialistica	ore / sett		costo annuale
diabetologia	30		
cardiologia	12		
pneumologia	15		
oculistica	10		
psichiatria	8		
neuropsichiatria inf	8		
geriatria	10		
odontoiatria	7		
totale	100		268.998,62
costo medio orario inclusa IRAP			51,73
MEDICINA DEI SERVIZI		24	47.523,84
costo medio orario inclusa IRAP			38,08
TOTALE MEDICI CONVENZIONATI			316.522,46
COSTO PERSONALE DIPENDENTE			
Personale dipendente	n° unità	tipologia	costo annuale
Dirigente medico	1	<5 anni	
CPS	5 (degenza inferm)	H24 cat. D	
CPS	3 (ambulatorio)	H12 cat. D	
CPS coordinatore	1	DS	
CPS	1 (attività PUA)	D	
ass. sociale	1	D	
OSS	2	BS	
Amministrativo coll	1	D	
TOTALE			546.860,21



ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI		85.000,00	
LAVORI DI ADEGUAMENTO		500.000,00	
BENI DI CONSUMO			
	unità		
Degenza infermieristica	5 p.l.	14.188,43	
SERVIZI			
	unità	costo unitario	costo annuale
Pulizie	costo già sostenuto		
Lavanoło degenza 5 p.l.	1825	4,05	7.391,25
lavanolo ambulatori	14 dipendenti per 5 giorni/sett.	1,13	4.113,20
lavanolo ambulatori	16 gg. spec. conv./sett.	1,13	940,16
lavanolo ambulatori	4 MMG/PLS/CA per 6 gg./sett.	1,13	1.410,24
rifiuti speciali		1,04/kg (1,02/kg per toner)	39,36
vigilanza	costo già sostenuto		
reception	costo già sostenuto		
ausiliari	72 ore/sett.	16,25/ora	60.840,00
TOTALE SERVIZI		74.734,21	
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA			
	42 ore/sett.	da definire	
TOTALE COSTI		1.537.305,31	

### Risultati attesi

Potenziamento del territorio, risposte adeguate alla popolazione più fragile, riduzione degli accessi impropri alla struttura ospedaliera.

### Impatto economico dell'attivazione della Casa della Salute

Di seguito si riporta la scheda economica in cui vengono quantificati i soli costi emergenti che hanno impatto sul Conto Economico aziendale relativi all'attivazione della Casa della Salute di Ladispoli.

Non sono contemplati costi emergenti riferiti al personale dipendente, in quanto è possibile riallocare il personale già presente nel presidio ospedaliero di Bracciano e nei servizi territoriali.

La scheda, essendo limitata ai soli costi emergenti che incidono sul Conto Economico, può essere applicata anche alle altre Case della Salute da attivare in tempi successivi, con eventuale aggiunta dei costi per pulizie e per vigilanza nel caso in cui si tratti di edifici di nuova costruzione.



SCHEDA ECONOMICA  
COSTI EMERGENTI CASA DELLA SALUTE

COSTO SPECIALISTI		ore da attivare/ sett	costo annuale
branca specialistica			
diabetologia		30	
cardiologia		12	
pneumologia		15	
oculistica		10	
psichiatria		8	
neuropsichiatria inf		8	
geriatria		10	
odontoiatria		7	
<b>totale</b>		<b>100</b>	<b>268.998,62</b>
costo medio orario inclusa IRAP			51,73

MEDICINA DEI SERVIZI	24	47.523,84
costo medio orario inclusa IRAP		38,08

<b>TOTALE MEDICI CONVENZIONATI</b>	<b>316.522,46</b>
------------------------------------	-------------------

BENI DI CONSUMO	
	unità da attivare
Degenza infermieristica	5 p.l.

PRODOTTI FARMACEUTICI	8.513,06
ALTRI BENI	5.675,37

SERVIZI			
	unità da attivare	costo unitario	costo annuale
Pulizie	costo già sostenuto		
Lavanoletto degenza 5 p.l.	1825	4,05	7.391,25
lavanolo ambulatori	16 gg. spec. conv./sett.	1,13	940,16
lavanolo ambulatori	4 MMG/PLS/CA per 6 gg./sett.	1,13	1.410,24
rifiuti speciali		1,04/kg (1,02/kg per toner)	39,36
vigilanza	costo già sostenuto		
reception	costo già sostenuto		
ausiliari	72 ore/sett.	16,25/ora	60.840,00
<b>TOTALE SERVIZI</b>			<b>70.621,01</b>

MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA		
	42 ore/sett.	da definire

<b>TOTALE COSTI</b>	<b>401.331,90</b>
---------------------	-------------------



## II PUA

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

Il Punto Unico di Accesso, oltre che di informazione ed orientamento, ha lo scopo di rendere adeguati e puntuali i percorsi di presa in carico delle persone con problemi sociali, sanitari e socio-sanitari complessi e diversificati, sviluppando azioni di sistema che facilitino ed incoraggino l'accesso ai servizi disponibili, come elemento di garanzia sostanziale del "principio di equità di accesso", evitando, nel contempo, una sovrapposizione di interventi che determinano sprechi di risorse economiche e professionali.

Il P.U.A. è una funzione del Distretto sociosanitario, in grado di fornire informazioni e orientamento alle persone, risolvere problemi semplici nell'immediato e affrontare i casi più complessi con tempestività, inviandoli alle sedi adeguate (servizi sociali o sanitari) oppure, in caso di una pluralità di bisogni, attivando le unità valutative multidisciplinari per una valutazione multidimensionale, sviluppando un progetto assistenziale individuale (P.A.I.) e definendo le responsabilità delle attività integrate.

Il P.U.A. deve garantire la massima apertura e disponibilità a tutte le persone che vi si rivolgono, la continuità e la tempestività degli interventi alle persone con problemi sociosanitari complessi ovvero persone in età avanzata, disabili, minori, migranti, le cui condizioni sanitarie possono essere aggravate da problematiche di tipo socio-economico.

Allo stato attuale nella ASL RM F sono operativi 4 PUA, uno per ogni distretto socio sanitario, che però a causa della carenza di risorse garantiscono le attività in un arco temporale limitato.

Vista la rilevanza strategica, anche attraverso l'inserimento del PUA nelle Case della Salute, di cui si prevede l'attivazione nel triennio, sarà possibile garantire un'offerta su 6 giorni per almeno 6 ore.

## La salute mentale

Il modello organizzativo del DSM, situazione attuale e possibili prospettive.

Il DSM della ASL RMF ha maturato nel corso degli anni importanti professionalità ed esperienze non solo in ambito diagnostico e terapeutico dei disturbi mentali gravi, ma anche nel campo della integrazione sociosanitaria e della riabilitazione precoce, radicandosi profondamente nel tessuto sociale e valorizzando le potenzialità del territorio. Da qualche anno la progressiva presa in carico della sanità in ambito penitenziario ha condotto anche alla attuazione di modelli organizzativi pilota che ci vengono ampiamente riconosciuti.

Contemporaneamente tuttavia il progressivo depauperamento di risorse umane fa sì che tali importanti conquiste si appoggino sempre di più sulla disponibilità personale degli operatori, talvolta in condizioni di lavoro non ottimali.

Dal punto di vista organizzativo, la particolare connotazione geografica della nostra ASL, se da un lato rappresenta una risorsa per le numerose e differenti potenzialità del tessuto socio ambientale, per altri versi pone notevoli problemi di coordinamento, tanto da far ritenere necessaria una diversa organizzazione che coinvolga i singoli distretti aziendali, al cui interno trovino posto le funzioni globali di presa in carico del disagio mentale, nelle componenti diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Questa organizzazione deve necessariamente prevedere anche una condivisione delle conoscenze e delle esperienze con strutture di possibile riferimento in ambito regionale.

In tale ottica si prevede la possibilità di definire un coordinamento funzionale con l'A.O. Sant'Andrea, che già ora rappresenta un punto di riferimento per i pazienti afferenti al territorio del Distretto F4, nel corso delle fasi del percorso che prevedono la necessità di un periodo di ricovero ospedaliero ai fini della terapia nell'acuzie e della stabilizzazione del paziente.

## L'area delle dipendenze

Analisi ambientale esterna con l'individuazione delle minacce e delle opportunità

Le patologie delle dipendenze coinvolgono una percentuale di popolazione pari a circa il 4% nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 59 anni ed è pertanto possibile prevedere che nel territorio della ASL Roma F, la domanda di trattamento debba soddisfare circa 8.000 residenti.

Sono presenti sul territorio 4 strutture residenziali attive, Mondo Nuovo e Il Ponte a Civitavecchia, Fratello Sole a S. Severa, Giacomo Cusmano ad Anguillara, e una in via di attivazione, PARSEC-ex Nord est a Castelnuovo di Porto, per oltre 600 pazienti annui presi in carico.

Inoltre sul territorio sono attivi 3 progetti finanziati con il Fondo Regionale Lotta alla Droga, di cui la ASL Roma F è partner attiva. Sono: 2 Centri specialistici semiresidenziali per trattamento psicopatologia, 1 a Civitavecchia e 1 a Bracciano e il Centro Specialistico Regionale per il trattamento della dipendenza da Cocaina, in partenariato con ASL RMC e ASL Frosinone, denominato CARE, con sede residenziale nel Distretto F4. L'Utenza tossicodipendente raggiunta con i 3 progetti FRLD è pari a 250 soggetti

Minacce	Opportunità
Frammentazione ed estensione territorio	Storia di forte collegamento interistituzionale (rete)
Molteplicità dei soggetti del privato	Diversificazione delle risposte da dare ad una domanda di trattamento, in continua trasformazione, della popolazione residente
Incremento della popolazione carceraria	Estensione dell'accessibilità a programmi di trattamento
Incremento del numero di minori con uso di sostanze	Costruzione di percorsi terapeutici interservizi per una specifica fascia di utenti difficile da raggiungere

Analisi ambientale interna con l'individuazione dei punti di forza e di debolezza



Gli utenti attualmente in carico ai 3 SERT territoriali e al "sert" presente all'interno delle 2 sedi carcerarie carcere, risultano così suddivisi:

• ASSUNTORE/DIPENDENTE	1501
sostanze stupefacenti	1238
alcol	247
Gioco d'azzardo	16
• PERSONE A RISCHIO	19
• ALTRO	78
• Minori raggiunti da interventi di prevenzione:	948 così suddivisi
4 sportelli CIC nelle scuole	172
Progetto "Unplugged"	646
Progetto scuola/adolescenza	130

#### Definizione degli obiettivi e predisposizione del piano attuativo

##### Obiettivi Istituzionali (Dai Piani Operativi Regionali)

- Accreditamento strutture
- Adeguamento rette
- Accordo minori
- Migliorare salute carcere

##### Obiettivi strategici

- Sistema informativo e valutazione di outcome
- Protocollo doppia diagnosi

##### Obiettivi di struttura e sviluppo nel triennio

- Governo della rete

La rete dei Servizi, SERT, Privato Sociale, Servizi Sociali, Cooperative e Volontariato, necessita di un'azione di Governo che, in un territorio così vasto è l'unica che può garantire l'applicazione delle procedure previste (ad es. valutazione di outcome) e il rispetto delle linee guida e dei protocolli di intesa stipulati e/o da stipulare. La gestione della rete assicura che ci sia una diversificazione della





risposta, alle richieste di trattamento in continua evoluzione. Soprattutto garantisce l'utilizzo ottimale dei fondi messi a disposizione dalle progettualità su scala territoriale, regionale e nazionale

- Controllo strutture accreditate

Strettamente connesso al precedente: il governo della rete è indispensabile per l'analisi del fabbisogno da parte ASL, il rispetto dei requisiti di accreditamento da parte delle strutture e per i relativi controlli da parte dei SERT, per quanto di competenza, sia in termini procedurali (modalità di ingresso, permanenza, fatturazione ecc) sia in termini strettamente clinici, (appropriatezza dei programmi terapeutici, numerosità e competenza del personale in funzione dei programmi proposti).

- Governo rete servizi per assistenza minori con uso di sostanze

Il protocollo regionale di imminente emanazione sull'assistenza di minori con tossicodipendenza, con o senza problemi psicopatologici in atto, impone la definizione e l'attuazione nelle ASL, di percorsi di assistenza, attraverso protocolli di intesa con i Servizi territoriali (SERT- SERV. MATERNO INFANTILE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE) e con quelli Ospedalieri (PRONTO SOCCORSO, SPDC, REPARTI DI RICOVERO E DEGENZA). E' indispensabile un governo forte della rete che si costituirà, al fine di garantire il coinvolgimento e il rispetto dei compiti assegnati per quanto di propria competenza. In questo modo sarà assicurato il raggiungimento di fasce di popolazione con problemi di uso di sostanze che difficilmente si reca ai servizi.

- Governo della struttura penitenziaria

Sono due gli Istituti Penitenziari presenti nel territorio di Civitavecchia: NCP e Casa di Reclusione. Sono stati presi in carico in totale 100 detenuti tossicodipendenti, così divisi: 80 nell'NCP e 20 nella Casa di Reclusione. Il governo delle funzioni SERT nelle due strutture assicura non solo l'applicazione delle linee guida regionali e aziendali, rispetto ai percorsi tracciati per i detenuti tossicodipendenti, ma soprattutto la possibilità di stipulare protocolli di intesa (vedasi la Doppia Diagnosi) finalizzati a garantire l'assistenza agli utenti detenuti. Suddetta azione di Governo assicurerebbe anche l'appropriatezza dei trattamenti e conseguentemente della spesa sostenuta (ad esempio per gli invii in Comunità.

## L'area consultoriale

### a. Tutela della salute della donna, della coppia e del bambino

L'attività si svolge attraverso l'interazione dei vari attori del sistema, interni ed esterni, per le specifiche linee di attività:

- Consultori Familiari: Salute sessuale e riproduttiva; percorso nascita; promozione allattamento al seno; percorso assistenziale donna/minore richiedente IVG; screening cervico carcinoma;



contrasto violenza di genere; percorso giovani; salute psico-fisica bambino 0-1 anno; Gil adozione.

- Pediatri di Libera Scelta: gestione ambulatoriale e domiciliare dell'assistenza alle patologie acute e croniche; partecipazione alle forme organizzate territoriali per specifici obiettivi aziendali e distrettuali; certificazioni obbligatorie per legge; educazione sanitaria.
- TSMREE: visite Neuropsichiatria infantile (NPI) e Psicologiche; attuazione di programmi terapeutici/riabilitativi; valutazione e verifica delle prestazioni riabilitative ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali; integrazione scolastica alunni disabili (legge 104/92), partecipazione in qualità di supervisori alla definizione dei piani terapeutici.

Tali attività si collocano all'interno della rete Sociosanitaria territoriale, in interfaccia con Dipartimento di prevenzione (attività di screening), SERT con particolare riferimento alla prevenzione delle ludopatie e alcolismo giovanile, UOC Ospedaliera di Ostetricia e Ginecologia e Punto Nascita, MMG, Servizi Sociali e Uffici di piano dei Comuni, Forme associative del privato sociale, Istituzioni scolastiche, Autorità Giudiziaria.

#### b. La Salute della popolazione Immigrata

La Asl Roma F si è sempre caratterizzata per la presa in carico a 360 ° delle problematiche di salute emergenti connesse all'immigrazione, sia a salvaguardia delle persone immigrate che della popolazione residente sul territorio aziendale.

- I CARA e i Centri Accoglienza Richiedenti Asilo

Ad oggi insistono nel territorio della ASL RMF 4 strutture per l'accoglienza presso:

- Distretto F4:
  - Castelnuovo di Porto (ospiti 600)
  - Fiano (ospiti 100)
  - Nazzano (ospiti 13)
- Distretto F3:
  - Anguillara (ospiti 43-45)
- Distretto F1:
  - eventuale avvio a Civitavecchia di un CARA per l'accoglienza temporanea c/o ex Caserma de Carolis

Sono operative le procedure finalizzate ad assicurare l'assistenza sanitaria agli ospiti dei Centri di accoglienza presenti nel territorio: rilascio immediato tessera STP, visita e scheda anamnestica ai nuovi arrivati, presa in carico da parte dei Consultori Familiari di donne e bambini, presa in carico della UOC Vaccinazioni, presa in carico da parte del Centro di Salute mentale (CSM) di casi di competenza psichiatrica, tutto nel rispetto delle norme vigenti e, in particolare, Nota n. 461128 del 8.8.14 "Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in transito sul territorio regionale a seguito di sbarchi



sulle coste italiane”; Nota n. 415521 del 17.7.14 “Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti in Regione a seguito sbarchi”.

#### - Persone immigrate in condizione di irregolarità giuridica

La presa in carico avviene attraverso le seguenti strutture: Ambulatori STP, Centro orientamento nel Distretto F4, PUA, Consultorio familiare, dove opera personale che in buona parte ha ricevuto formazione di base sulla salute dei migranti, attraverso Percorsi facilitati per donne in gravidanza e bambini privi di assistenza sanitaria, Gruppo di lavoro aziendale all'interno del GRIS.

Le suddette attività si collocano all'interno della rete sociosanitaria territoriale in interfaccia con il Dipartimento di prevenzione (attività di screening, vaccinazioni), i Punti Nascita, le UO Ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, i Consultori familiari, i TSMREE e MPEE distrettuali, i MMG, i Servizi Sociali Comunali, le Forme associative del privato sociale, le Istituzioni scolastiche, l'Autorità Giudiziaria.

#### Proposta di possibili sviluppi nel triennio

Al fine di ridurre le aree di debolezza della rete interne e le minacce di alcuni determinanti esterni, incrementando al tempo stesso le forze (interne) e le opportunità (esterne), si intende creare una cabina di regia a valenza interdistrettuale, al fine di effettuare una analisi bisogni/contesto, elaborare ed attivare un Piano Organizzativo Aziendale sulla salute dei Migranti, progettare e realizzare una formazione continua del personale, creare un albo dei mediatori remunerati a prestazione con i fondi del Progetto Regionale “Salute senza esclusioni”, aumentare le capacità di accoglienza transculturale dei luoghi strategici di presa in carico.

#### Possibili sviluppi nel triennio

Al fine di ridurre gli elementi di debolezza, in particolare la difficoltà di coordinamento ed interazione, si prevede di ricondurre le attività all'interno di una unica Unità operativa in grado di coordinare i Servizi coinvolti nella Salute della donna, della coppia e del bambino a completamento della Rete Socio assistenziale Territoriale prevista dal PSR DCA U00480/2013, al fine di rispondere adeguatamente alla forte richiesta che, date le particolari caratteristiche sociodemografiche (giovani coppie, stranieri e bambini), giungono dal territorio della ASL RMF.

#### La rete territoriale per la Neuropsichiatria infantile - TSMREE

I Servizi per la Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva necessitano di un profondo miglioramento e cambiamento dal punto di vista metodologico ed operativo. Ciò in ragione delle mutate conoscenze scientifiche, diagnostiche e cliniche sulle diverse patologie in età evolutiva, delle recenti metodiche di cura efficaci e dalla rilevante, consapevole e responsabile domanda che proviene



dalle famiglie, dai ragazzi e dalle Associazioni dei familiari. Due altri fattori incidono in modo importante. Il primo è la consapevolezza che molte malattie insorgono nelle prime fasi di vita del bambino e dell'adolescente, la seconda che il lavoro con i disturbi complessi necessita di un'integrazione tra le attività sanitarie e quelle attivabili nella vita reale della persona che deve affrontare al meglio le problematiche connesse con la patologia e i cambiamenti che essa impone.

Ne segue che occorre adottare una metodica che è in grado di creare e sviluppare NETWORKS stabili tra le diverse Agenzie in gioco: momento clinico-sanitario, Utenti, Famiglie, Associazioni di familiari, Scuola, Comuni, Cooperative sociali e Aziende, Privato sociale e sanitario, Mondo del lavoro, Associazioni di professionisti, Università e SSR per cercare di rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni di cura e di salute dei bambini e dello loro famiglie secondo le indicazioni delle Linee Guida Internazionali.

### Criticità principali

Aumento esponenziale della domanda di cura in età evolutiva, ridotta dotazione organica del personale dedicato sia in termini di numero che di professionalità, scarsa differenziazione formativa ed operativa sui disturbi emergenti, ridotte capacità organizzative innovative su un territorio molto vasto e non ben collegato in termini di mobilità.

### Risposte innovative

- Integrazione operativa sui singoli casi e sulle politiche di cura in età evolutiva tra i TSMREE, i Consulteri Familiari, i Ser.D., la Salute mentale, la Scuola, gli Ospedali e il Sistema detentivo.
- Integrazione Informativa per rendere effettivi i propositi dell'Agenda Digitale almeno nella nostra azienda in collaborazione con la UOC Sistemi Informativi: informatizzazione mediante Sistemi informativi dedicati dei TSMREE, Consulteri familiari, Ser.D., Salute mentale con Anagrafiche comuni e consultabili dai diversi operati. Per consentire nuove forme di collaborazione clinica, azioni di Governo clinico e Report fondati su Registri di Sanità Pubblica digitali certificati.
- Attivazione di un Ambulatorio per la diagnosi e la terapia dello dei disturbi dello Spettro Autistico e dell'ADHD, nel TSMREE del Distretto F1 – Civitavecchia.
- Avvio di programmi diffusi di Terapie occupazionali, fattorie sociali, inclusione sociale e lavorativa per i giovani adulti.
- Introduzione del Case Manager nei trattamenti per dare certezza di coordinamento e di azione sui casi, particolarmente quelli più complessi, in cui l'intervento deve essere articolato ma integrato.
- Attivazione di procedure ed attività di verifica della qualità e quantità delle prestazioni erogate dai Presidi e Servizi privati ed accreditati con il SSR.

## L'Osservatorio sull'autismo della ASL RM F

Nell'ambito delle attività, trova una sua collocazione l'Osservatorio, istituito ed attivato con delibera del D.G. n. 391 del 20.04.2010; è una struttura con compiti di indirizzo, coordinamento, proposta, realizzazione, studio, ascolto, rappresentanza oltreché di indagine epidemiologica sull'Autismo e gli altri Disturbi Evolutivi Globali (DEG). L'Osservatorio è organizzato in una Cabina di Regia composta dal Direttore, Dott. Maurizio Munelli e dal Responsabile Scientifico Prof. Carlo Hanau. Fanno parte del gruppo di lavoro i Direttori e i rappresentanti degli Operatori del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento Materno Infantile, dell'URP, delle Associazioni di Familiari più rappresentative sull'Autismo e DEG, i rappresentanti dei Comuni, delle Scuole di ogni ordine e grado degli Accordi di Programma, dell'associazione di Volontariato CARITAS di Civitavecchia. L'Osservatorio, inoltre, si avvale della collaborazione dell'Università di Roma "Tor Vergata" e l'Università di Modena e Reggio Emilia.

### ATTIVITA' SVOLTE NEL CAMPO DELL'AUTISMO E ADHD

Progetti presentati 18	Progetti realizzati 9, di cui 3 sull'inclusione sociale e lavorativa	Corsi di formazione ECM per operatori sanitari, familiari e docenti 8	Organizzazione congressi 4	Pubblicazioni 3
---------------------------	---	--	-------------------------------	-----------------

### Azioni:

- Avvio applicazione Accordo Stato – Regioni "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento..", Atti n.132/CU del 22 novembre 2012, applicazione delle Linee guida sull'Autismo (n. 21) emanate dall' Istituto Superiore di Sanità nel territorio della AUSLRMF. Condivisione degli obiettivi e loro realizzazione con la rete dell'Osservatorio sull'Autismo: Associazioni di familiari, Comuni, Operatori DMI e DSM, Privato sociale, Istituti universitari, ecc.. Monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dei costi delle azioni intraprese, anche attraverso indagini epidemiologiche.
- Miglioramento della qualità (trattamenti ABA e Teaching) e quantità delle cure a favore degli utenti AUTISTICI nel territorio della AUSL RM F in età evolutiva ed adulta.
- Attivazione di un Ambulatorio per la diagnosi e la terapia dello dei disturbi dello Spettro Autistico e dell'ADHD, Nel TSMREE del Distretto F1 – Civitavecchia secondo modalità organizzative innovative, fondate sulle linee guida internazionali e gli studi scientifici caso-controllo.
- Realizzazione di un Sistema Informativo Integrato territoriale che si occupi anche degli utenti Autistici e ADHD.

### Minacce:

secondo le indagini dell'ICD di Atlanta (USA) si stima una prevalenza nella popolazione generale dell'1% di soggetti con disturbo autistico con una speranza di vita equivalente ai normotipi. In Italia e



nella nostra AUSL RMF attraverso le indagini dell'Osservatorio sull'Autismo abbiamo una prevalenza ridottissima in contatto con i Servizi (150 soggetti su circa 300.000 abitanti).

Opportunità: dal 2010 l'Osservatorio sull'Autismo della AUSL RM F ha sviluppato in coordinamento con la Direzione Strategica politiche ed azioni di rete per migliorare le competenze degli operatori, familiari, insegnanti, ecc. Inoltre sono state fatte azioni concrete per la diagnosi, il trattamento

Punti di debolezza: Scarso personale dei Servizi dedicati (DMI e DSM, assenza del servizio sulla disabilità adulta). Poche esperienze operative di diagnosi e trattamento.

Punti di forza: Presenza e funzionalità dell'Osservatorio sull'Autismo nella AUSL RMF. Competenze avanzate di programmazione, sviluppo umano e professionale nel campo dell'Autismo nei Servizi. Conoscenza epidemiologica della popolazione afferente ai Servizi della AUSL RM F. Progetti operativi sviluppati nel campo della prevenzione, diagnosi, trattamento, inclusione sociale e lavorativa di utenti autistici in età evolutiva ed adulta.

## La sanità pubblica

In tema di prevenzione, è ormai inderogabile pensare al Dipartimento di Prevenzione come ad una struttura funzionale che superi la dimensione tradizionale individuata nella normativa di settore, per raggiungere il ruolo di governance trasversale in merito alla promozione della salute (alcolismo giovanile, incidenti domestici e stradali, ecc), prevenzione della malattia (vaccinazioni e screening non solo oncologici!) e monitoraggio, sia ambientale ma anche epidemiologico, per essere in linea to modo saremmo già in linea con il nuovo piano nazionale di prevenzione che proprio questi concetti enfatizza.

### Servizi alla persona

- Attività di prevenzione dirette alla persona

Dal DPCM 2001 sui livelli essenziali di assistenza ai piani di Prevenzione ai vari provvedimenti inerenti gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL ai documenti relativi ai piani strategici regionali si è fatto strada il principio che una serie di attività di prevenzione esca dai canoni tradizionali coinvolgendo una serie di operatori in rete sotto il governo del Dipartimento di Prevenzione. Rientrano a pieno titolo in questo ambito di competenze le vaccinazioni di qualunque tipo, gli screening oncologici, ma anche altre attività rivolte alla promozione della salute. Ciascuna di queste attività coinvolge già una pluralità di soggetti istituzionali:

- per le vaccinazioni servizio vaccinale, consultori, PLS (vaccinazioni prioritarie dell'infanzia), Direzioni Sanitarie ospedaliere e distrettuali, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, MMG, Dirigenti scolastici, Centri di prima accoglienza e centri CARA (vaccinazioni prioritarie nei soggetti a rischio)



- per gli screening oncologici: specialisti e reparti delle diverse discipline (radiologi, endoscopisti, chirurghi, ginecologi, medici delle dipendenze), Comuni, Penitenziari, Enti ed Associazioni di volontariato

Da alcuni anni è stata costituita nella ASL RMF una UOC denominata Servizi diretti alla Persona (mutandone denominazioni e funzioni dal DPCA 2001) attraverso l'implementazione della quale si può valutare l'ampliamento dell'offerta di promozione attiva della salute al fine di ottenere una riduzione dell'ospedalizzazione per le complicanze del diabete e le riacutizzazioni di BPCO, la prevenzione delle malattie cardiovascolari, la promozione dell'allattamento al seno, quella dell'adozione di corretti stili di vita compresi la prevenzione degli incidenti stradali e domestici.

Il minimo comune denominatore di queste attività, diverse tra loro per tipologia delle prestazioni erogate, è rappresentato dall'offerta attiva di prestazioni a persone "sane".

Gli obiettivi specifici di una estensione delle attività di prevenzione attraverso la creazione di una rete di servizi che operino in maniera coordinata senza sovrapposizioni si realizzeranno attraverso le seguenti azioni da attivare progressivamente:

- consolidamento delle attività di screening del cancro della mammella con definizione di percorsi che indirizzano le donne che eseguono esami di screening ai diversi erogatori (screening/radiologia clinica) a seconda delle fasce d'età al fine di evitare sovrapposizioni, aumentare l'adesione al programma di screening, ridurre le liste di attesa
- attivazione di un percorso extra-screening che prenda in carico le donne già operate o con sintomatologia (quindi non assistibili in screening a prescindere dall'età) eventualmente attraverso una linea preferenziale con strutture di day surgery aziendali
- estensione a tutta l'azienda delle attività di screening del cancro del colon-retto con definizione di percorsi che indirizzano gli utenti che eseguono esami di screening ai diversi erogatori (screening/laboratorio analisi) a seconda delle fasce d'età al fine di evitare sovrapposizioni, aumentare l'adesione al programma di screening, ridurre le liste di attesa
- Avvio screening cervice uterina su tutto il territorio aziendale
- utilizzazione della tecnica delle "occasioni opportune" per la promozione di comportamenti positivi in occasione dell'accesso al servizio vaccinale dei nuovi nati per promuovere:
  - allattamento al seno secondo protocolli concordati con il servizio consultoriale
  - prevenzione degli incidenti domestici
  - prevenzione degli incidenti stradali
  - attivazione di un progetto pilota circa la prevenzione precoce delle malattie cardiovascolari.



## Impatto economico delle attività di screening

Di seguito si riporta la valorizzazione economica dei costi emergenti derivanti dall'estensione delle attività di screening del cancro del colon retto, attualmente attivato solo per la città di Civitavecchia, e dall'avvio dello screening del cervicocarcinoma.

SCHEDA ECONOMICA				
ESTENSIONE SCREENING DEL COLON RETTO				
COSTO EMERGENTE	Conto economico	Unità	COSTO ANNUALE	
			2015	2016
Stampa e spedizione	Altri servizi non san. da privato	40.000 soggetti	107.576,00	107.576,00
Beni di consumo	Altri Beni e Servizi	19.000 test	83.172,50	83.172,50
TOTALE			190.748,50	190.748,50

SCHEDA ECONOMICA				
SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA				
COSTO EMERGENTE	Conto economico	Unità	COSTO ANNUALE	
			2015	2016
Stampa e spedizione	Altri servizi non san. da privato	21.000 soggetti	53.788,00	53.788,00
Esecuzione test	Prest. da privato amb.	2.000 pap test e 6.000 HPV test	203.908,69	203.908,69
TOTALE			257.696,69	257.696,69

## Il Registro tumori

L'analisi dei dati di mortalità ha sempre messo in evidenza, nella ASL Roma F, un eccesso di decessi per cause tumorali in entrambi i sessi. Nei maschi in particolare c'è un eccesso di mortalità per stomaco, pancreas, trachea, bronchi e polmone. Nelle femmine l'eccesso riguarda trachea, bronchi e polmoni, oltre a pleura e mammella.

Nel distretto F1 l'andamento della mortalità per tumori riflette l'andamento dell'intera ASL anche se si aggiunge un eccesso di mortalità per i tumori del rene nelle femmine e della pleura nei maschi.

I dati di morbilità, stimabili attraverso il flusso informativo delle dimissioni ospedaliere, riflettono in buona misura i dati di mortalità e sono con questi coerenti.

Dal punto di vista ambientale occorre tener conto di una serie di fattori di rischio molti dei quali con un impatto particolarmente pesante sul distretto F1 ed in particolare:





- produzione di energia elettrica da fonti non rinnovabili (2 centrali termoelettriche)
- porti turistici e/o commerciali
- impianto per il trattamento di RSU.

Quanto sopra, insieme ad altre caratteristiche orografiche del territorio dell'Azienda, contribuisce a determinare criticità variamente distribuire in merito alla qualità delle acque destinate ad uso umano, qualità dell'aria, l'esposizione all'amianto ed al gas radon.

D'altro canto la ASL Roma F è impegnata in un processo di consolidamento e sviluppo delle attività di prevenzione oncologica che, seppure riguardanti tumori non direttamente legati alle situazioni ambientali, richiedono un attento monitoraggio ai fini della qualità degli stessi programmi di screening.

Quanto sopra merita un approfondimento che superi le semplici registrazioni derivanti dai flussi informativi correnti e richiede una ricerca attiva ed una valutazione dei casi di tumore incidenti nel territorio aziendale che vada al di là della semplice valutazione statistico-epidemiologica.

Con tale scopo è stata programmata l'istituzione di un Registro Tumori che, inizialmente destinato al Distretto F1, si estenda progressivamente a tutta la ASL e consegua l'accreditamento AIRTUM.

Gli obiettivi specifici della costruzione di un Registro Tumori da accreditare AIRTUM si realizzeranno attraverso le seguenti azioni da attivare progressivamente:

- implementazione di un software specifico di archiviazione ed analisi dei dati
- formazione specifica del personale ad opera di esperti AIRTUM
- selezione della casistica incidente attraverso:
  - analisi dati SDO
  - analisi dati esenzioni ticket
  - analisi dati RENCAM
  - farmaceutica territoriale
  - file f
  - invalidità
- ricerca attiva dei dati di interesse attraverso:
  - raccolta dati di anatomia patologica
  - raccolta dati da cartella clinica

## Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione nell'Azienda USL RMF

Sono stati avviati i progetti previsti nel PRP ad eccezione della linea 14, progetto 2,9,4 "Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo" in quanto non avviato fin dal 2010.

Oltre l'80% dei progetti è stato concluso con risultati in linea con le aspettative regionali.



### Criticità rilevate

#### Interne:

difficoltà nella realizzazione delle iniziative formative previste dai singoli progetti per mancanza di fondi dedicati.

#### Esterne:

scarsa partecipazione dei MMG e delle famiglie alle iniziative che li vedevano coinvolti, in parte, peraltro, riconducibili anche alla difficoltà di cui al punto precedente.

### Punti di forza

Coordinamento e collaborazione interni ormai consolidati.

Intervento mirato ed efficace su alcune aree a forte impatto sulla salute pubblica come quello realizzato nei progetti di linea 2 (promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce dell'intolleranza alimentare al glutine), linea 9 (miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio), linea 12 (Promozione della salute nelle scuole, nelle mense aziendali e verso i neo-genitori) , linea 19 (Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze d'organo nei pazienti diabetici di tipo 2 non complicati).

### Opportunità future

Utilizzo mirato dei fondi destinati ai progetti dalla DCA di riferimento.

## Analisi sull'andamento della Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare nell'Azienda USL RM F

Allo stato attuale la Sanità Veterinaria e la Sicurezza Alimentare nella nostra Azienda viene assicurata dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione attraverso il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e le tre Aree veterinarie A, B, e C.

Le attività dei quattro servizi scaturiscono da norme nazionali e comunitarie (Pacchetto Igiene, Reg. CE 1069/2012, Reg. CE 1/2005, Legge 317/90 e successive modifiche Reg. CE 1760/2009) si collocano nelle reti regionale, nazionale ed internazionale per ciò che riguarda i Sistemi Rapidi di Allerta (RASf), Piani di campionamenti specifici (PRIC, PRR, PNAA, SEV), La Banca dati Nazionale relativi agli animali da reddito, Movimentazione di animali e loro prodotti (SINTES e TRACES), Sistema di registrazione malattie infettive animali.

Gli stessi obiettivi assegnati all'Azienda per l'anno 2014 sul tema riguardano: Attivazione del Sistema Rapido di Allerta sulla Sicurezza Alimentare, Controllo Ufficiale dei residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale, Controllo Ufficiale per la riduzione del rischio microbiologico e

chimico-fisico nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale, Valutazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti, Completamento dei piani di risanamento delle malattie infettive e diffuse comprese le antropozoonosi e le epizoozie; Anagrafi animali.

#### Punti di Forza:

- Buone capacità professionali del personale e ottima disponibilità dello stesso;
- Svolgimento delle attività di controllo su derrate alimentari ed animali destinati alla commercializzazione in altri ambiti territoriali (Italia centro-meridionale) ed in ambito internazionale relativamente alle navi da crociera;
- Rispetto della tempistica relativamente ai Sistemi Rapidi di Allerta;
- Rispetto dei tempi relativi alla liquidazione dell'indennità di abbattimento degli animali infetti, esecuzione piani di risanamento, debiti informativi nei confronti di regione e Ministero.
- Presenza di ambulatori per la prevenzione del sovrappeso ed obesità in età evolutiva ed adulta;
- Controllo del randagismo e delle colonie feline.

#### Punti di Debolezza:

- Frequenza non ottimale sui controlli derivanti dalla cronica carenza del personale,
- Estensione del territorio
- Non uniforme distribuzione delle attività sul territorio in parte difficilmente raggiungibili;
- Assenza del Turn-over e di ricambio generazionale
- Scarsità di procedure codificate

#### Opportunità:

- Possibilità di informatizzazione e digitalizzazione delle attività e dei controlli
- Uniformità dei controlli della Sanità Animale a livello europeo

#### Minacce:

- Impossibilità a garantire i servizi a causa del blocco del turn-over
- Scarsità di risorse finanziarie adeguate

## SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

### Piano delle cessazioni e delle assunzioni

L'Azienda intende sviluppare una efficace programmazione del fabbisogno di risorse umane, adottando tecniche di pianificazione dello sviluppo delle risorse. A tal fine verranno utilizzati gli strumenti metodologici disponibili in materia, quali il Piano delle cessazioni e delle assunzioni, l'applicazione di standard per la determinazione del fabbisogno di risorse e conseguente redistribuzione del personale, un piano di gestione della mobilità conseguente alla riorganizzazione aziendale e conseguenti piani di formazione.

Il Piano delle cessazioni e delle assunzioni viene presentato e analizzato nel paragrafo dedicato alle dinamiche degli aggregati di costo.

### Piano della formazione

#### Il Piano Formativo nel triennio

Nell'Azienda è sempre stato riconosciuto il valore delle attività formative ai fini della circolazione delle competenze, della diffusione delle conoscenze e dell'aggiornamento su temi fortemente strategici, soprattutto ai fini delle azioni di ridisegno delle attività ospedaliere e dell'implementazione di nuovi modelli assistenziali.

La definizione delle linee strategiche che costituiscono l'elemento portante delle attività formative aziendali per il triennio, riprende quanto già delineato nel piano Formativo regionale; in particolare è stato dato rilievo alla sicurezza sui luoghi di lavoro (Dlgs 81/2008) e al tema della corruzione-legge 190/2012, argomento che prevede nel prossimo triennio una piena implementazione. Parte delle attività formative, inoltre, avrà l'obiettivo di formare il personale che si renderà disponibile a seguito della riorganizzazione delle attività assistenziali ospedaliere, al fine dell'inserimento nelle nuove attività.

Forte implementazione si prevede anche per potenziare le conoscenze degli operatori sull'appropriatezza dei ricoveri (APPRO), sulla corretta compilazione delle SDO e sulla corretta codifica degli interventi sanitari, al fine di minimizzare e azzerare il numero di cartelle per le quali viene praticato l'abbattimento tariffario da parte della regione Lazio.



## SVILUPPO DELLE RISORSE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

- Ricognizione degli spazi aziendali e stesura del Piano di Riorganizzazione

### A) Consistenza attuale del patrimonio immobiliare

Il patrimonio immobiliare ad oggi in dotazione all'Azienda U.S.L. Roma F è composto da:

1. n. 1 struttura ospedaliera di proprietà, ubicata nel Comune di Bracciano,
2. n. 1 struttura ospedaliera in locazione finanziaria, sita nel Comune di Civitavecchia,
3. n. 52 strutture destinate a servizi territoriali e dipartimentali dislocate sul territorio dei diversi

Comuni della Provincia, delle quali:

- n. 8 in proprietà, di cui n. 1 nel Distretto F1, n. 1 nel Distretto F2, n. 4 nel Distretto F3 e n. 2 nel Distretto F4
  - n. 27 di proprietà di terzi detenute in forza di rapporti di locazione, di cui: n. 7 nel Distretto F1, n. 5 nel Distretto F2, n. 10 nel Distretto F3 e n. 5 nel Distretto F4 per un costo complessivo, sostenuto nell'anno 2013 pari ad € 2.670.000,00 ca.
  - n. 10 immobili acquisiti in comodato d'uso gratuito da diversi comuni della Provincia
  - n. 8 immobili detenuti ai sensi della Legge 833/78, di cui: n. 3 nel Distretto F1, n. 1 nel Distretto F2, n. 4 nel Distretto F4
4. n. 2 immobili ceduti in comodato d'uso gratuito al Comune di Bracciano e di Capena,
  5. n. 4 locali commerciali concessi in locazione a terzi: 1 locale bar presso l'Ospedale di Civitavecchia, 1 locale bar, 1 chiosco fiori e 1 giornalaio presso l'Ospedale di Bracciano L'Azienda, inoltre, risulta proprietaria di due terreni, adibiti a strade comunali nel Comune di Bracciano.

### B) Locazioni passive

L'Azienda sta mettendo in atto un programma di riduzione delle locazioni passive, al fine di un progressivo contenimento della spesa.

Le azioni poste in essere e da implementare nel medio e lungo termine, si sviluppano lungo tre direttrici:

#### 1) AZIONI GIA' POSTE IN ESSERE

Nel corso dell'anno 2014, l'Azienda ha dismesso due immobili: un magazzino/archivio e un ufficio adibito a servizi sanitari, con un congegnato risparmio, per l'anno 2014 di ca. € 14.500,00, destinato a salire nell'anno 2015 a ca. € 37.500,00.



A decorrere dal 01/01/2015 è altresì stata pianificata la dismissione di un altro immobile concesso in comodato d'uso gratuito dal Comune di Civitavecchia, che determinerà un risparmio, riferito ad utenze e tributi locali, pari ad € 3.500,00 ca annui.

A decorrere dal 01/07/2014, ai sensi della normativa vigente, tutti i canoni di locazione devono essere ridotti del 15% con un conseguente risparmio per il 2014 di un importo di ca.€ 196.000,00 e per l'anno 2015 di € 392.000,00.

## 2) AZIONI PREVISTE PER IL TRIENNIO 2014 -2016

Sono al vaglio della Direzione alcune soluzioni di accorpamento e trasferimento di attività sanitarie ed amministrative, finalizzate ad una maggiore razionalizzazione ed ottimizzazione degli immobili detenuti in locazione, o anche la richiesta ai Comuni della messa a disposizione di locali in comodato d'uso gratuito.

## 3) PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE

Dall'analisi di cui al punto A) della presente relazione, emerge un quadro del patrimonio immobiliare aziendale fortemente frammentato e diversificato in base all'assetto territoriale che sta determinando crescenti criticità in termini di diseconomie ed inefficienze.

Pertanto sarebbe auspicabile, tanto in termini economici, quanto in termini di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, l'unificazione per quanto possibile, e senz'altro nell'ineludibile rispetto delle specificità e peculiarità dei territori afferenti ai 4 distretti sanitari, dei propri uffici e servizi, concentrandoli in uniche sedi che risultino idonee ad accogliere le attività amministrative e sanitarie.

In tale ottica, ben si inserisce un'operazione di project financing, ossia la realizzazione di opere pubbliche senza oneri finanziari per la pubblica amministrazione, mediante il ricorso ad investimenti specifici da parte di sponsors privati o pubblici.

Nello specifico, nel Distretto F/1, sarebbe vantaggiosa la costruzione di una nuova e moderna struttura in grado di ospitare tutti gli uffici e i servizi attualmente dislocati sul territorio di Civitavecchia (costo cessante pari ad € 1.327159,47 ca.).

Analoga soluzione potrebbe individuarsi per la struttura di Via Aurelia, Km. 41.500 di Ladispoli, da ampliare e modificare in modo da renderla idonea ad ospitare tutti gli ambulatori e gli uffici attualmente dislocati sull'intero territorio comunale. (costo cessante pari ad € 177.123,45 ca.).

Anche nel Distretto F/4, con la costruzione della nuova struttura da destinare a casa della Salute, nel Comune di Rignano Flaminio, si potrebbe pensare al trasferimento di alcuni servizi, attualmente dislocati in vari comuni del Distretto, realizzando così una ulteriore contrazione dei costi (costo presunto cessante derivante dal trasferimento di due consultori familiari € 160.650,08).



## IL SUPERAMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

La Azienda USL RM F si pone quale obiettivo primario l'abbattimento delle barriere sia culturali che fisiche le quali impediscono qualità di vita e pari opportunità per le persone con disabilità, o comunque persone con mobilità ridotta (PMR), ovvero agire e promuovere la cultura della Total Quality anche nell'ambito delle strutture aziendali ospedaliere ed extra ospedaliere.

Intende per questo:

- proseguire nelle attività di ristrutturazione e messa a norma già intraprese;
- organizzare un attento monitoraggio della criticità delle strutture al fine del successivo studio/progettazione degli interventi necessari alla eliminazione delle barriere per le persone con ridotte o impedito capacità motorie e/o sensoriali;
- organizzare iniziative di informazione e formazione rivolte al personale tecnico della ASL, preposto al monitoraggio ed alla progettazione degli interventi necessari.
- promuovere ulteriori azioni finalizzate al concreto adeguamento delle proprie strutture sanitarie, ospedaliere ed extraospedaliere, attraverso una puntuale rilevazione di quelle carenze strutturali ed impiantistiche che ostacolano l'accessibilità ai cittadini/utenti portatori di disabilità motorie o sensoriali, di carattere temporaneo o permanente.
- all'esito di tali rilievi tecnici, ricercare ed ottenere finanziamenti specifici finalizzati alla realizzazione delle opere di adeguamento necessarie.
- operare per la diffusione di una cultura orientata ad eliminare le barriere architettoniche e ad evitare che ne vengano erette di nuove, anche attraverso la vigilanza degli organi preposti e l'osservanza della normativa esistente;
- attuare ulteriori azioni concrete volte a diffondere la cultura della diversità, come ricchezza della società con il coinvolgimento attivo e fattivo di persone, enti, istituzioni e associazioni e a rappresentare esempi di "buone pratiche" che potranno essere diffuse e trasferite.

La Azienda USL RM F è pertanto impegnata, con le risorse professionali presenti in azienda, a realizzare tutte le sopraindicate attività, ritenute necessarie per la concreta attuazione del programma di miglioramento del livello di qualità percepita delle strutture aziendali.



## □ Piano di informatizzazione

Le aree di intervento in termini di evoluzione ed implementazione delle tecnologie dei sistemi ICT (Information and Communication Technology) vanno viste ed integrate in parallelo ai processi aziendali orientati alla crescita dei servizi rivolti ai cittadini e alla gestione interna, garantendo qualità, coerenza e affidabilità del patrimonio informativo aziendale.

Le soluzioni applicative presenti in azienda risentono delle caratteristiche architettoniche e degli strumenti informatici tipici dei diversi periodi che hanno caratterizzato lo sviluppo e l'evoluzione delle tecnologie. È stata programmata, quindi, l'evoluzione del sistema informativo aziendale, avendo cura di proteggere gli investimenti salvaguardando, per quanto possibile, ciò che è stato fatto negli anni trascorsi, sia in termini di applicazioni che di risorse strumentali.

Gli scenari evolutivi previsti nel programma aziendale, oltre a garantire un adeguato profilo funzionale ed organizzativo, consentiranno il recupero delle applicazioni presenti, l'integrazione delle stesse nella futura architettura ICT, la riduzione dei costi operativi e di gestione integrandosi, inoltre, con tutti i progetti regionali di LAit .Sp.A.

Le aree di intervento sono state individuate in relazione alle seguenti priorità:

- favorire l'accesso dei cittadini ai servizi offerti;
- supportare i processi decisionali della direzione strategica, con particolare riferimento al controllo della spesa;
- completare il sistema informativo ospedaliero;
- completare il sistema informativo territoriale

### Favorire l'accesso dei cittadini ai servizi offerti

La realizzazione di un nuovo portale aziendale consentirà di informare i cittadini e promuovere attraverso un'interfaccia web semplice e personalizzabile l'accesso ai servizi offerti attivando funzionalità innovative e razionalizzando, al contempo, processi e risorse interne.

Il sito web rappresenta per l'Azienda la possibilità di veicolare la propria immagine comunicando al cittadino le informazioni inerenti la salute e l'educazione alla salute, necessarie per favorire l'uso appropriato dei servizi sanitari offerti e, al contempo, acquisire informazioni per rimodulare le modalità di erogazione dei servizi.

Nell'ottica di razionalizzare i contenuti e l'informazione online, in coerenza con le Linee guida regionali, di recente stesura, è previsto il progressivo allineamento, oltre che grafico, anche nei contenuti del sito web con l'offerta dei servizi on line per il cittadino.

Il patrimonio informativo dell'azienda sarà reso disponibile alla collettività utilizzando formati aperti che ne consentano il riutilizzo, per avviare il processo di apertura dei dati pubblici – open data.



Supportare i processi decisionali della direzione strategica , con particolare riferimento al controllo della spesa .

La progettazione di strumenti di governance per la direzione e per tutti coloro che hanno la responsabilità di struttura complessa è stata elaborata per rendere facilmente fruibili le informazioni aziendali, integrando i dati economici con i dati produttivi. Nel Data Warehouse aziendale verranno consolidati i dati resi disponibili dai sistemi di esercizio e trasformati in informazioni di valore per i livelli decisionali dell'azienda. L'integrazione dei dati sanitari e di quelli economico-finanziari consentirà un monitoraggio continuo degli obiettivi prefissati attraverso un'attenta analisi degli scostamenti intervenuti rispetto alla programmazione. La reportistica prodotta consentirà di analizzare il processo di erogazione delle attività sanitarie, identificando i costi di produzione per servizio/prestazione e valutare i risultati economici delle diverse unità organizzative. Il processo decisionale sarà supportato nella definizione dei piani e degli obiettivi strategici, monitorando periodicamente i fattori produttivi, l'allocazione delle risorse, il piano degli investimenti. E' previsto, inoltre, al fine di disporre di tutte le informazioni utili per le decisioni aziendali l'attivazione del modulo di contabilità analitica nonché l'aggiornamento tecnologico dell'attuale sistema informativo OLIAMM alla piattaforma Web AREASAMC.

#### Completare il sistema informativo ospedaliero

L'attuale informatizzazione dei presidi ospedalieri aziendali, sarà completata tenendo conto delle indicazioni regionali in materia di riordino della rete ospedaliera. E' prevista l'acquisizione dei software per la gestione della cartella clinica, del blocco operatorio, nonché l'aggiornamento evolutivo della procedura di gestione del pronto soccorso per il monitoraggio e il rispetto degli indicatori di gestione previsti dalle direttive regionali. L'ottimizzazione della gestione dei laboratori analisi prevede l'unificazione delle basi dati dei due laboratori per una migliore gestione delle urgenze.

#### Completare il sistema informativo territoriale

Per garantire la completa informatizzazione dei servizi territoriali aziendali, tenuto conto delle procedure esistenti e di quelle che verranno fornite da Regione Lazio con l'avvio del Sistema Informativo Territoriale è prevista l'acquisizione del sw di gestione dei servizi consultoriali e della gestione della medicina dello sport. La Casa della Salute, di prossima realizzazione, renderà necessario supportare le cure primarie con una piattaforma di integrazione che consenta l'acquisizione e la messa in rete delle informazioni necessarie alla continuità assistenziale definite dai modelli dei modelli di Chronic Care dei cittadini con patologie croniche e/o disabilità.



## GLI STRUMENTI DEL CONTROLLO DIREZIONALE SUI PROGETTI/ OBIETTIVI AZIENDALI

Al fine di realizzare il controllo direzionale sull'andamento dei progetti e degli obiettivi di programmazione aziendale, viene implementato un sistema di monitoraggio che segue lo svolgimento dei programmi e consente, attraverso un sistema di indicatori, valori attesi e scadenze definite, di verificare il corretto svolgersi delle azioni programmate e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il sistema di monitoraggio è alimentato dalle informazioni provenienti dal sistema di monitoraggio della performance dei Centri di responsabilità, poiché, come si dirà nel paragrafo dedicato, tutti gli obiettivi di programma sono declinati, nel ciclo della performance, come obiettivi annuali affidati a uno o più Centri di responsabilità aziendali.

## IL QUADRO ECONOMICO-PATRIMONIALE COMPLESSIVO (BUDGET)

### IL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

L'Azienda ASL RM F presenta un quadro economico di sostanziale equilibrio di bilancio. Di seguito si riporta il quadro sintetico delle risultanze economiche del Bilancio d'esercizio 2013.

COD.PDC	DESCRIZIONE	Consuntivo 2013 (SIGES 29.05.2013)
400000000	VALORE DELLA PRODUZIONE	496.233.903
401000000	Contributi in c/esercizio	465.081.053
402000000	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-769.042
403000000	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0,00
404000000	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	24.933.013
405000000	Concorsi, recuperi e rimborsi	1.055.611
406000000	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.689.536
407000000	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	1.964.931
408000000	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00
409000000	Altri ricavi e proventi	278.802
500000000	COSTI DELLA PRODUZIONE	488.817.020
501000000	ACQUISTO DI BENI	32.097.314
501010000	Acquisti di beni sanitari	31.630.803
501020000	Acquisti di beni non sanitari	466.512
502000000	ACQUISTO DI SERVIZI	356.612.345
502010000	Acquisti servizi sanitari	334.802.887
502020000	Acquisti di servizi non sanitari	21.809.458
503000000	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	3.756.177
504000000	GODIMENTO BENI DI TERZI	3.964.205
	PERSONALE	84.441.357
505000000	Personale del ruolo sanitario	69.420.095
506000000	Personale del ruolo professionale	94.644
507000000	Personale del ruolo tecnico	4.642.224
508000000	Personale del ruolo amministrativo	10.284.394
509000000	Oneri diversi di gestione	1.321.749
	AMMORTAMENTI	4.051.917
510000000	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	128.294
511000000	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	941.890
512000000	Ammortamento dei fabbricati	2.723.239
513000000	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	258.494
514000000	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00
515000000	Variazione delle rimanenze	-11.749
516000000	Accantonamenti dell'esercizio	2.583.705
	DIFFERENZA TRA VALORE E COSTO DELLA PRODUZIONE	7.416.883,12
600000000	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-3.074.553
700000000	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE	0,00
800000000	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	648.815
	RISULTATO DELL'ESERCIZIO PRIMA DELLE IMPOSTE	4.991.144,96
900000000	IMPOSTE E TASSE	6.217.361
	RISULTATO DELL'ESERCIZIO	- 1.226.216



Il saldo della gestione caratteristica (differenza tra valore e costo della produzione) presenta un risultato positivo per € 7.416.883; il risultato complessivo dell'esercizio, comprensivo anche dei proventi e oneri finanziari e straordinari e delle imposte e tasse, presenta una perdita di entità trascurabile, corrispondente allo 0,2% del valore della produzione.

Ai fini della redazione del Piano Strategico, la Regione Lazio ha fornito il Conto economico tendenziale dell'Azienda, relativo agli anni 2015 e 2016, che è stato costruito tenendo conto della proiezione ponderata della situazione economica risultante al 1° trimestre 2014, e dell'andamento dei consuntivi 2012 e 2013.

TENDENZIALE 2015-2016		ASL RM/F	
COD	CONTO ECONOMICO	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
A1	Contributi FSR	462.743.096	462.743.096
A2	Saldo mobilità	- 172.925.201	- 172.925.201
A3	Entrate proprie	8.321.616	8.326.869
A4	Saldo intramoenia	67.000	67.000
A5	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.857.553	- 3.788.160
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 113.000	- 113.000
<b>A</b>	<b>Totale ricavi netti</b>	<b>295.235.958</b>	<b>294.310.604</b>
B1	Personale	83.932.000	83.932.000
B2	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	13.535.760	13.739.203
B3	Altri beni e servizi	44.223.477	44.665.712
B4	Ammortamenti e costi capitalizzati	2.084.431	2.084.431
B5	Accantonamenti	2.841.623	2.841.623
B6	Variazione rimanenze		
<b>B</b>	<b>Totale costi interni</b>	<b>146.617.291</b>	<b>147.262.969</b>
C1	Medicina di base	32.733.289	32.830.868
C2	Farmaceutica convenzionata	47.570.445	47.425.335
C3.1	Prestazioni da privato - ospedaliera	2.585.415	2.585.415
C3.2	Prestazioni da privato - ambulatoriale	12.684.772	12.684.772
C3.3	Prestazioni da privato - Riabilitazione extra ospedaliera	13.825.000	13.825.000
C3.4	Altre prestazioni da privato	25.822.626	26.300.246
<b>C3</b>	<b>Prestazioni da privato</b>	<b>54.917.813</b>	<b>55.395.433</b>
<b>C</b>	<b>Totale costi esterni</b>	<b>135.221.547</b>	<b>135.651.636</b>
<b>D</b>	<b>Totale costi operativi (B+C)</b>	<b>281.838.838</b>	<b>282.914.605</b>
<b>E</b>	<b>Margine operativo (A-D)</b>	<b>13.397.120</b>	<b>11.395.999</b>
F1	Svalutazione immobilizzazioni, crediti, rivalutazioni e svalutazioni finanziarie	-	-
F2	Saldo gestione finanziaria	2.494.000	2.494.000
F3	Oneri fiscali	7.069.211	7.069.211
F4	Saldo gestione straordinaria	680.000	680.000
<b>F</b>	<b>Totale componenti finanziarie e straordinarie</b>	<b>10.243.211</b>	<b>10.243.211</b>
<b>G</b>	<b>Risultato economico (E-F)</b>	<b>3.153.909</b>	<b>1.152.788</b>

Il tendenziale presenta un andamento economico positivo, con un mantenimento dell'equilibrio di bilancio, ed è al netto delle manovre di razionalizzazione e contenimento dei costi che l'Azienda prefigura nel presente Piano Strategico.

## COSTO DEL PERSONALE – TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Il tendenziale trasmesso dalla Regione contempla per gli anni 2015 e 2016 una diminuzione del costo del personale rispetto all'anno 2013, dovuta al parziale blocco del turn over.

Si passa da un costo di 84.441.357 euro ad un costo previsto di 83.932.000 euro, con un decremento pari all'1%

Rispettando il tendenziale previsto dalla Regione, che come abbiamo visto assicura il mantenimento nel triennio dell'equilibrio economico di bilancio, l'Azienda ha sviluppato un Piano delle cessazioni e delle assunzioni, coerente con le azioni di riorganizzazione previste dal Piano Strategico, che consente di far fronte alle gravissime disfunzioni derivanti dalla cronica carenza di risorse e dagli effetti delle dinamiche di pensionamento, garantendo il mantenimento dei servizi essenziali.

Il programmatico ricomprende i costi legati al progetto di potenziamento dell'oncologia del S. Paolo, che prevede l'assunzione di 2 specialisti oncologi.

Piano delle assunzioni e cessazioni 2014-2016

Calcolo costo personale - Manovra risparmio Blocco del Turnover																
Cod Qualifica	Costo medio	2014					2015					2016				
		Presenti		31/12/2014			Presenti		31/12/2015			Presenti		31/12/2016		
		31/12/2013	Cessati	Assunti	Presenti	Totale costo	31/12/2014	Cessati	Assunti	Presenti	Totale costo	31/12/2015	Cessati	Assunti	Presenti	Totale costo
K	A	B	C	D=A+B+C	E=K*D	F=D	G	H	I=F+G+H	L=K*I	M=I	N	O	P=M+N+O	Q=R*P	
<b>Personale Sanitario</b>	<b>56.732</b>	<b>1.211</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>1.200</b>	<b>68.696.029</b>	<b>1.200</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>1.209</b>	<b>69.272.876</b>	<b>1.209</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>1.210</b>	<b>69.339.126</b>
S1 Medici	99.750	314	10	6	310	30.922.568	310	6	8	312	31.122.069	312	7	9	314	31.321.569
S2 Infermieri	39.195	702	13	9	698	27.358.192	698	3	9	704	27.594.946	704	1	2	705	27.632.557
S3 Riabilitatori	39.195	32	1	-	31	1.215.049	31	-	-	31	1.215.049	31	1	1	31	1.223.974
S4 Tecnici	39.195	105	2	1	104	4.076.292	104	1	-	103	4.037.097	103	-	-	103	4.037.097
S5 Dirigenti Sanitari non medici	89.893	47	1	-	46	4.135.100	46	-	1	47	4.224.994	47	1	-	46	4.135.100
S6 Farmacisti	89.893	11	-	-	11	968.828	11	-	1	12	1.078.722	12	1	-	11	968.828
S7 Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Personale Tecnico</b>	<b>54.416</b>	<b>135</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>132</b>	<b>4.542.848</b>	<b>132</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>129</b>	<b>4.400.890</b>	<b>129</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>127</b>	<b>4.334.639</b>
T1 Dirigenti	75.708	4	-	-	4	302.831	4	1	-	3	227.123	3	-	-	3	227.123
T2 Comparto	33.125	131	3	-	128	4.240.017	128	2	-	126	4.173.766	126	2	-	124	4.107.516
<b>Personale Amministrativo</b>	<b>72.585</b>	<b>291</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>284</b>	<b>10.050.179</b>	<b>284</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>284</b>	<b>10.050.179</b>	<b>284</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>284</b>	<b>10.050.179</b>
A1 Dirigenti	111.711	7	-	-	7	781.977	7	-	-	7	781.977	7	-	-	7	781.977
A2 Comparto	33.459	284	9	2	277	9.268.202	277	1	1	277	9.268.202	277	-	-	277	9.268.202
<b>Personale Professionale</b>	<b>47.322</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>94.644</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>94.644</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>94.644</b>
P1 Dirigenti	94.644	1	-	-	1	94.644	1	-	-	1	94.644	1	-	-	1	94.644
P2 Comparto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Altro Personale</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>516.301</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>113.412</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>113.412</b>
X1 Contrattisti	-	12	-	13	25	516.301	25	24	7	8	113.412	8	-	-	8	113.412
X2 Organi Direttivi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALI</b>	<b>1.550</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>1.642</b>	<b>83.960.000</b>	<b>1.642</b>	<b>38</b>	<b>27</b>	<b>1.631</b>	<b>83.932.000</b>	<b>1.631</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1.550</b>	<b>83.932.000</b>	
TENDENZIALE					83.960.000					83.932.000					83.932.000	
MARGINE																

## COSTO PER BENI DI CONSUMO – TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

### Prodotti farmaceutici ed emoderivati

Impatto sul tendenziale delle attività da rafforzare/ depotenziare (v. schede economiche di progetto)

	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
B2 Prodotti farmaceutici ed emoderivati	13.535.760	13.739.203
Riorganizzazione Polo Ospedaliero S. Paolo	660.603,67	954.386,01
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	7.150,42	7.150,42
Implementazione della RMN	100.000,00	100.000,00
Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	4.256,53	8.513,06
Screening		
SALDO PARZIALE	772.010,61	1.070.049,49

Impatto sul tendenziale delle dinamiche contrattuali che incidono sulla variazione dei costi

### Fornitura ossigeno domiciliare

Per effetto del rinnovo del contratto di fornitura di ossigeno domiciliare, che prevede uno sconto del 5% sul prezzo attualmente applicato, si può calcolare un risparmio di € 42.473 nel 2015.

### Conto programmatico finale

	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
B2 Prodotti farmaceutici ed emoderivati	13.535.760	13.739.203
Riorganizzazione Polo Ospedaliero S. Paolo	660.603,67	954.386,01
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	7.150,42	7.150,42
Implementazione della RMN	100.000,00	100.000,00
Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	4.256,53	8.513,06
Screening	-	-
Sconto fornitura ossigeno domiciliare	- 42.473,00	- 42.473,00
CONTO PROGRAMMATICO FINALE	14.265.298	14.766.779

### Altri beni

Impatto sul tendenziale delle attività da rafforzare/ depotenziare (v. schede economiche di progetto)

	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
B3 Altri beni e servizi	44.223.477	44.665.712
ALTRI BENI SANITARI E NON SANITARI		
Riorganizzazione Polo Ospedaliero S. Paolo	630.307,59	711.079,99
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	64.353,74	64.353,74
Implementazione della RMN	2.000,00	2.000,00
Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	2.837,69	5.675,37
Screening	83.172,50	83.172,50
SALDO PARZIALE	782.671,52	866.281,61

Dinamiche di diminuzione dei costi per beni non esattamente quantificabili

Va annotato che si prevede con ragionevole certezza una diminuzione dei costi legata a nuovi contratti, di cui però non è possibile al momento quantificare il valore e/o il periodo di applicazione.

Prodotti farmaceutici

È prevista una diminuzione legata all'aggiudicazione dell'appalto indetto dalla Regione Lazio per prodotti farmaceutici (Determinazione Centrale Acquisti 15443 del 3 novembre 2014, gara farmaci 2014), di cui non è al momento possibile quantificare il valore

Protesi ortopediche

Si sta predisponendo una procedura di gara per fornitura di protesi ortopediche nella forma dell'accordo quadro, nella quale sono stati fissati gli importi massimi per ogni singolo dispositivo che consentiranno di ottenere un abbattimento dei costi complessivi pari almeno al 10% rispetto alla spesa attuale a parità di tipologie di prodotti e quantitativi.

Si prevede di aggiudicare la gara entro il 2015, con un risparmio di circa 80.000 euro a partire presumibilmente dal 2016.

## COSTO PER SERVIZI NON SANITARI – TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Impatto sul tendenziale delle attività da rafforzare/ depotenziare (v. schede economiche di progetto)

	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
B3 Altri beni e servizi	44.223.477	44.665.712
<b>SERVIZI NON SANITARI</b>		
Riorganizzazione Polo Ospedaliero S Paolo	218.705,35	291.607,13
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale		
Implementazione della RMN		
Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	35.310,51	70.621,01
Screening	161.364,00	161.364,00
<b>SALDO PARZIALE</b>	<b>415.380</b>	<b>523.592</b>

Impatto sul tendenziale delle dinamiche contrattuali che incidono sulla variazione dei costi

Pulizia e ausiliario

Per effetto del nuovo contratto per il servizio di pulizia e ausiliario in vigore dal 1° agosto 2014, considerato che nel corso del 2015 si dovranno eseguire pulizie straordinarie a seguito dei processi di ristrutturazione sopra descritti, si può prudenzialmente ipotizzare un risparmio di almeno 400.000 euro nel 2015 e 600.000 euro nel 2016, rispetto al costo sostenuto nell'anno 2014.

**Manutenzione apparecchiature elettromedicali**

Per effetto del nuovo contratto in vigore dal 1° luglio 2014, si prevede un risparmio di circa 75.000 euro rispetto al costo sostenuto nell'anno 2014.

**Manutenzione immobili**

Per effetto del nuovo contratto in vigore dal 1° settembre 2014, si prevede un risparmio di circa 40.000 euro rispetto al costo sostenuto nell'anno 2014.

**Fitti passivi**

In relazione alle azioni già poste in essere e alla riduzione obbligatoria del 15% dei canoni di locazione, come descritto nel relativo paragrafo, si prevede a partire dal 2015 un minor costo rispetto al tendenziale di € 433.000. Per effetto del Piano di riorganizzazione, che prevede una razionalizzazione dei costi con dismissioni, accorpamenti e ricerca di edifici in sostituzione di locali, attualmente utilizzati, aventi canoni di locazione superiori rispetto al prezzo medio definito dall'Agenzia delle Entrate, il risparmio 2016 rispetto al tendenziale si può stimare in € 675.000.

	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
B3 Altri beni e servizi	44.223.477	44.665.712
<b>SERVIZI NON SANITARI</b>		
Riorganizzazione Polo Ospedaliero S Paolo	218.705,35	291.607,13
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	-	-
Implementazione della RMN	-	-
Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	35.310,51	70.621,01
Screening	161.364,00	161.364,00
Appalto pulizia e ausiliario	- 400.000,00	- 600.000,00
Manutenzione apparecchiature elettromedicali	- 75.000,00	- 75.000,00
Manutenzione immobili	- 40.000,00	- 40.000,00
Fitti passivi	- 433.000,00	- 675.000,00
<b>SALDO PARZIALE</b>	- 532.620	- 866.408

**Altri beni e servizi - Conto programmatico finale**

	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
B3 Altri beni e servizi	44.223.477	44.665.712
<b>SALDO PARZIALE ALTRI BENI SANITARI E NON SANITARI</b>	782.671,52	866.281,61
<b>SALDO PARZIALE SERVIZI NON SANITARI</b>	- 532.620,15	- 866.407,86
<b>CONTO PROGRAMMATICO FINALE</b>	44.473.528	44.665.586



## COSTI PER PRESTAZIONI DA PRIVATO – TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Impatto sul tendenziale delle attività da rafforzare/ depotenziare (v. schede economiche di progetto)

### Costi emergenti

		TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
C3.2	Prestazioni da privato - ambulatoriale	12.684.772	12.684.772
	Riorganizzazione Polo Ospedaliero S Paolo		
	Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	1.075.994,48	1.075.994,48
	Implementazione della RMN	-11.211,00	-11.211,00
	Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	158.261,23	316.522,46
	Screening	203.908,69	203.908,69
	<b>SALDO PARZIALE</b>	<b>1.426.953</b>	<b>1.585.215</b>

### Ricavi – Costi cessanti

Si riporta un prospetto riassuntivo dei ricavi derivanti dal potenziamento delle attività

#### ATTIVITA' POTENZIATE - VARIAZIONE RICAVI

	2015	2016
Riorganizzazione Polo Ospedaliero S Paolo	4.200.533,53	5.600.711,37
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	2.383.472,00	2.383.472,00
Implementazione della RMN	416.666,67	416.666,67
<b>TOTALE</b>	<b>7.002.687,20</b>	<b>8.402.866,04</b>

Con l'attivazione della RMN presso l'Ospedale S. Paolo ci si propone di ridurre notevolmente la mobilità verso privati, in misura pari al 95% del ricavo previsto.

Per quanto concerne il potenziamento dell'attività specialistica su tutti i distretti, si può stimare che questo porti ad una riduzione della mobilità verso privati in una proporzione pari almeno al 45% del ricavo tariffario calcolato.



## Costi per prestazioni da privato - Conto programmatico finale

		TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
C3.2	Prestazioni da privato - ambulatoriale	12.684.772	12.684.772
	Riorganizzazione Polo Ospedaliero S. Paolo		
	Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	1.075.994,48	1.075.994,48
	Implementazione della RMN	-11.211,00	-11.211,00
	Attivazione della Casa della Salute di Ladispoli	158.261,23	316.522,46
	Screening	203.908,69	203.908,69
	RIDUZIONE MOBILITA' PASSIVA VERSO PRIVATI		
	Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	- 1.072.562,40	- 1.072.562,40
	Implementazione della RMN	-395.833,33	-395.833,33
	CONTO PROGRAMMATICO FINALE	12.643.330	12.801.591

## Effetto delle attività potenziate su conti economici non compresi nel tendenziale

Va infine considerato che i maggiori ricavi previsti per l'assistenza ospedaliera, e parte dei ricavi derivanti dal potenziamento dell'attività territoriale, andranno a diminuire i costi sostenuti per mobilità passiva verso altre ASL e strutture pubbliche, costi che non sono compresi nei conti economici rappresentati nel tendenziale.



## CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO 2015 - 2016

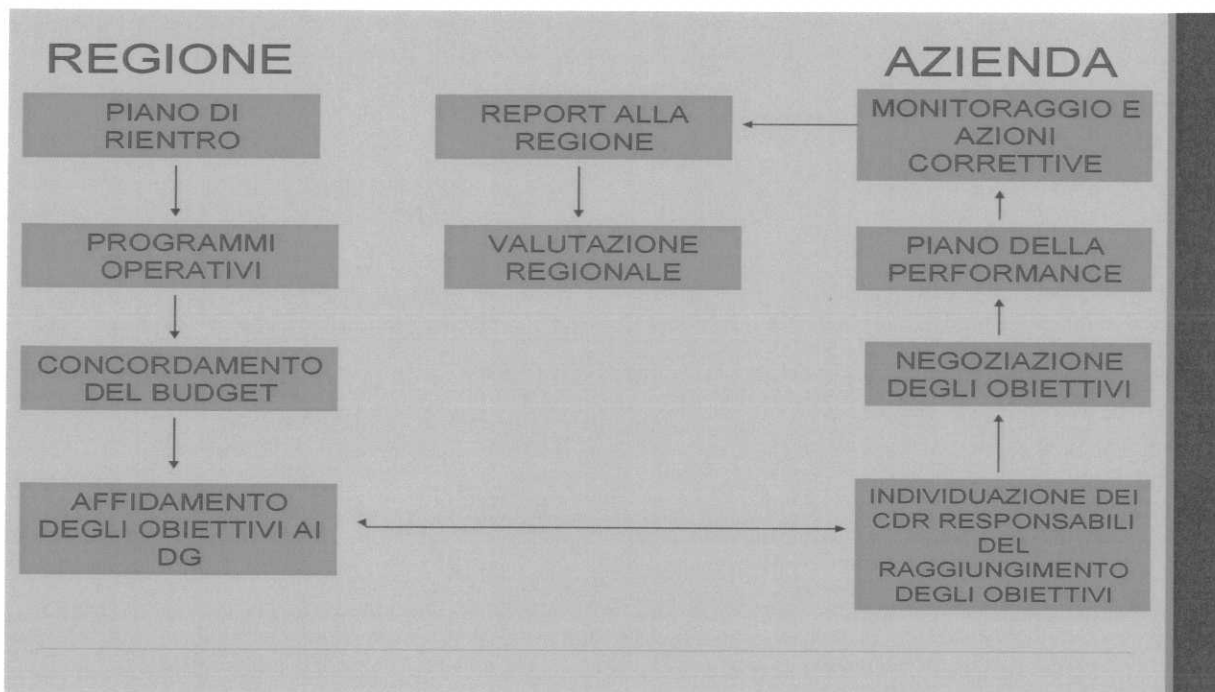
PROGRAMMATICO 2015-2016		ASL RM/F	
COD	CONTO ECONOMICO	PROGRAMMATICO 2015	PROGRAMMATICO 2016
A1	Contributi FSR	462.743.096	462.743.096
A2	Saldo mobilità	- 172.925.201	- 172.925.201
A3	Entrate proprie	8.321.616	8.326.869
A4	Saldo intramoenia	67.000	67.000
A5	Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.857.553	- 3.788.160
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 113.000	- 113.000
A	Totale ricavi netti	295.235.958	294.310.604
B1	Personale	83.932.000	83.932.000
B2	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	14.265.298	14.766.779
B3	Altri beni e servizi	44.473.528	44.665.586
B4	Ammortamenti e costi capitalizzati	2.084.431	2.084.431
B5	Accantonamenti	2.841.623	2.841.623
B6	Variazione rimanenze		
B	Totale costi interni	147.596.880	148.290.419
C1	Medicina di base	32.733.289	32.830.868
C2	Farmaceutica convenzionata	47.570.445	47.425.335
C3.1	Prestazioni da privato - ospedaliera	2.585.415	2.585.415
C3.2	Prestazioni da privato - ambulatoriale	12.643.330	12.801.591
C3.3	Prestazioni da privato - Riabilitazione extra ospedaliera	13.825.000	13.825.000
C3.4	Altre prestazioni da privato	25.822.626	26.300.246
C3	Prestazioni da privato	54.876.371	55.512.252
C	Totale costi esterni	135.180.105	135.768.455
D	Totale costi operativi (B+C)	282.776.985	284.058.874
E	Margine operativo (A-D)	12.458.973	10.251.730
F1	Svalutazione immobilizzazioni, crediti, rivalutazioni e svalutazioni finanziarie	-	-
F2	Saldo gestione finanziaria	2.494.000	2.494.000
F3	Oneri fiscali	7.069.211	7.069.211
F4	Saldo gestione straordinaria	680.000	680.000
F	Totale componenti finanziarie e straordinarie	10.243.211	10.243.211
G	Risultato economico (E-F)	2.215.762	8.519



## LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE

### IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Dal complesso dei progetti/obiettivi contenuti nel Documento di Programmazione aziendale deriva, in maniera logica e consequenziale, il processo di attribuzione degli obiettivi annuali ai Centri di Responsabilità aziendali, a conclusione di un percorso circolare che muove dai documenti di pianificazione regionale e ritorna, attraverso il ciclo della programmazione e controllo, alla fase di valutazione della Regione.



Gli obiettivi dei CDR costituiscono una declinazione al livello gestionale degli obiettivi di performance dell'Azienda, con le opportune contestualizzazioni di indicatori e risultati attesi.

Gli obiettivi di performance dell'azienda non vengono cioè trasferiti sic et simpliciter in capo ai Dirigenti, ma vengono analizzati nelle loro interdipendenze, rappresentati sotto forma di processi trasversali, individuati i CDR che intervengono nei processi con diverso livello di partecipazione e ambito di responsabilità, e definiti per ciascuno obiettivi specifici, indicatori e risultati attesi, in funzione del grado adeguato di responsabilizzazione rispetto all'obiettivo complessivo aziendale e del livello delle risorse assegnate.



## CICLO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO



Obiettivi e risorse vengono negoziati con i Centri di Responsabilità, costituiti dai Dipartimenti e dalle Unità Operative Complesse. Ai Responsabili dei Dipartimenti vengono attribuiti obiettivi di coordinamento e governo trasversale delle performance richieste alle singole UOC facenti parte del Dipartimento. Le UOC negoziano gli obiettivi specifici assegnati alla struttura, che sono costituiti dalla declinazione degli obiettivi regionali a livello gestionale, e da obiettivi specifici propri, al di fuori di quelli regionali, individuati in ambiti in cui l'azienda intende migliorare la propria performance.

Questa fase del processo di programmazione e controllo si chiude con la definizione della scheda obiettivi e l'assegnazione dei budget economici a ciascun centro di responsabilità.

E poi compito dei Dirigenti dei Centri di Responsabilità la definizione delle performance attese dai Centri di costo (UOS) e dal personale dipendente, dirigente e di comparto.

Il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi, del livello dei consumi e del rispetto dei budget assegnati viene effettuato trimestralmente, con la prospettiva di renderlo mensile nel 2015.

Il monitoraggio deve comprendere l'analisi, da parte dei Dirigenti di CDR, delle eventuali criticità incontrate nel perseguimento degli obiettivi e nel rispetto del budget assegnato, e l'indicazione delle azioni correttive possibili.

Il processo di programmazione e controllo si chiude con la misurazione e valutazione della performance, aziendale, di CDR e individuale, e con la connessa applicazione dei sistemi premianti.

## I BUDGET ECONOMICI

L'azienda ha avviato un sistema multidimensionale di affidamento dei budget economici di risorse ai CDR, che tiene conto delle diverse competenze e responsabilità che intervengono nel processo di generazione dei costi, e consente di responsabilizzare sullo stesso budget le varie articolazioni aziendali, ciascuna con specifico riferimento al proprio ambito e livello di governo dei costi, in ordine alla gestione efficace ed efficiente delle risorse attribuite e al rispetto dei limiti di spesa definiti nel Bilancio di Previsione aziendale.

Pertanto vengono affidati i budget economici, per ciascun sottoconto di bilancio, ad uno o più Centri di Responsabilità, con individuazione per ciascuno del proprio profilo di controllo e di responsabilizzazione.

Sono stati definiti i seguenti profili di gestione e controllo e di connessa responsabilità:

### Acquisizione delle risorse e gestione dei contratti

I Centri di Responsabilità individuati con tale profilo devono garantire, rispetto ai budget affidati:

l'acquisizione delle risorse alle migliori condizioni esistenti sul mercato;

la rinegoziazione dei contratti non coerenti con i prezzi di riferimento o con i prezzi correnti di mercato, e l'applicazione della normativa nazionale e regionale vigente in materia;

il rispetto delle norme e delle procedure vigenti in materia di gare e contratti;

la tenuta di uno scadenziario ai fini della tempestiva predisposizione delle procedure di gara, evitando il ricorso a proroghe o prese d'atto;

la corretta gestione dei contratti, il monitoraggio delle modalità di esecuzione e l'applicazione delle penali e delle forme di rescissione del contratto ove ne ricorrano le condizioni;

### Monitoraggio e controllo amministrativo, contabile e/o sanitario

I Centri di Responsabilità individuati con tale profilo devono garantire, rispetto ai budget affidati:

il monitoraggio mensile dell'andamento dei costi osservati a fronte del budget attribuito;

il monitoraggio dell'andamento delle richieste d'ordine ricevute dai Centri di gestione delle risorse (Centri di consumo) e la tempestiva segnalazione agli stessi degli scostamenti tendenziali rispetto ai budget di consumo attribuiti;

i controlli di legittimità amministrativa e contabile, di congruenza e di appropriatezza sanitaria, ove rientranti tra i compiti specifici della struttura o a questa attribuiti da atti organizzativi e regolamentari dell'Azienda.



## Gestione delle risorse e controllo sulle modalità di utilizzo

I Centri di Responsabilità individuati con tale profilo devono garantire, rispetto ai budget affidati:

la gestione efficace, efficiente ed appropriata delle risorse attribuite, il controllo costante del livello dei propri consumi e la messa in atto di tutte le strategie gestionali necessarie a garantire il rispetto dei limiti di spesa stabiliti;

la vigilanza sulle modalità di utilizzo delle risorse e sul rispetto delle norme e delle regole di buona amministrazione;

la formulazione di proposte organizzative alla Direzione aziendale, nonché l'efficace svolgimento di tutte le attività di produzione o di controllo che rientrano nelle proprie competenze, nei casi in cui siano attribuiti budget che non comportano il controllo diretto dei relativi costi, ma presuppongono la possibilità di incidere indirettamente, anche in misura parziale, sul livello dei costi preventivati (es. budget per l'assistenza farmaceutica convenzionata, budget per l'assistenza specialistica e ospedaliera da strutture pubbliche e privati accreditati, ecc.).

## IL BILANCIO SOCIALE

L'Azienda si ripropone di integrare il ciclo della programmazione e controllo con forme di rendicontazione sociale (ai cittadini, alle autorità locali, alle associazioni e agli soggetti interessati) delle scelte di programmazione e dei risultati, in termini di risposta ai bisogni e di valutazione dell'efficienza e degli esiti complessivi della propria attività, in rapporto alle risorse disponibili.

Al riguardo lo strumento più idoneo sembra essere il Bilancio Sociale, col quale l'azienda comunica la logica delle scelte effettuate per la tutela della salute della propria popolazione di riferimento, in rapporto alla propria mission e in funzione delle risorse disponibili, e sintetizza in un quadro chiaro e misurabile la propria performance, gli esiti della propria attività assistenziale e l'impatto sulla salute della collettività.

In prospettiva, il Bilancio Sociale, da puro strumento di comunicazione, dovrà trasformarsi in strumento di partecipazione democratica alla programmazione (Bilancio Sociale Partecipato), potenziando le funzioni di ascolto e consultazione, per giungere a scelte strategiche condivise dalla collettività di riferimento.

---

Copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Civitavecchia, li

Il Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali  
Dott. Rocco Doganiero

---

---

Copia della presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale in data 27 FEB, 2015

IL FUNZIONARIO DELEGATO  
Assistente Amministrativo

*Marco Mariani*

---

Il Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali  
Dott. Rocco Doganiero

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

\*\*\*\*\*

La presente deliberazione è stata inviata all'U.O.C. Sistemi Informatici ICT per la pubblicazione sul sito web aziendale in data 27 FEB, 2015

IL FUNZIONARIO DELEGATO  
Assistente Amministrativo

*Marco Mariani*

---

Il Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali  
Dott. Rocco Doganiero

---