

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 3 novembre 2016, n. U00327

**Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL ROMA 2.**

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

DECRETO n.            del

**OGGETTO:** Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL ROMA 2.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTI:**

- il D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e successive modifiche 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 dalle disposizioni regionali;
- la legge regionale 6 giugno 1994, n. 18 "*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 e delle aziende ospedaliere*" e successive modifiche;
- la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*" e successive modifiche;
- il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'Organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modifiche;

**VISTE:**

- la deliberazione 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*";
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "*Presenza 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"*";
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, l'articolo 2, 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*;

**VISTE:**

- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 con la quale è stato conferito al Presidente *pro-tempore* della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con la quale è stato nominato l'Arch. Giovanni Bissoni, a decorrere dal 2 dicembre 2014, Sub-Commissario nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella

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

predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della citata 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;

**VISTI:**

- il DCA 25 luglio 2014, n. U00247 concernente "*Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione*", come successivamente integrato dal DCA 30 luglio 2015, n. U00373 che ha inserito, tra le azioni da porre in essere, un ulteriore punto 3.2.2.5 riguardante l'integrazione della ASL Roma B con la ASL Roma C; ;
- il DCA 6 agosto 2014, n. U00259 concernente "*Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*";

**DATO ATTO:**

- che con il DCA 31 dicembre 2015, n. U00606 recante "*Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6"*", è stata istituita, tra l'altro, dal 1° gennaio 2016 la ASL Roma 2 ed è stato disposto che il Commissario Straordinario dovesse procedere all'adozione della proposta di Atto Aziendale entro 60 giorni dall'istituzione della nuova Azienda ed alla conseguente trasmissione alla Regione per l'esame e l'approvazione;
- che la legge di stabilità regionale 31 dicembre 2015, n. 17, all'articolo 6, ha, tra l'altro, previsto l'istituzione della ASL Roma 2;

**CONSIDERATO:**

- che con il DCA 16 dicembre 2014 n. U00426 è stata costituita la Commissione di esperti, prevista dal DCA n.U00259/16, composta da tre membri interni e da tre membri esterni, con il compito di coadiuvare l'Amministrazione regionale nel procedimento di verifica delle proposte di Atto Aziendale;
- che detta Commissione ha concluso i propri lavori nel mese di marzo 2015 e che, all'esito del procedimento di verifica, il Commissario *ad acta*, con propri decreti, ha approvato tutti gli Atti Aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, fatta eccezione per gli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e delle istituende AA.SS.LL. Roma 1 e Roma 2;
- che, all'esito della citata prima fase di verifica e approvazione delle proposte di Atto Aziendale, il Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, con l'Atto di Organizzazione 9 settembre 2015 n. G10710, ha modificato i componenti della predetta Commissione, individuando, tra gli stessi, solo componenti interni all'Amministrazione regionale nelle persone del Direttore della Direzione Regionale

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

- Salute e Integrazione socio sanitaria e dei Dirigenti di detta Direzione competenti in materia di Programmazione della Rete ospedaliera, Risorse finanziarie, Risorse umane, Pianificazione strategica, nonché del Dirigente dell'Area Giuridico Normativa;
- che, con la Deliberazione di Giunta regionale 14 dicembre 2015 n. 721, al fine di garantire l'ottimale attuazione delle politiche di *welfare*, nonché l'implementazione di un sistema avanzato e integrato di servizi territoriali e di prossimità, si è disposto, tra l'altro, di istituire la Direzione regionale Salute e Politiche sociali, con contestuale soppressione della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
  - che, con la Determinazione 19 febbraio 2016, n. G01298, si è rettificato l'Atto di Organizzazione n. G10710/2015, individuando quale componente della Commissione il nuovo Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche sociali;

**RITENUTO OPPORTUNO** ratificare con il presente atto, con effetto *ex tunc*, il citato Atto di Organizzazione 9 settembre 2015 n. G10710 a firma del Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria e successive rettifiche;

**TENUTO CONTO:**

- che il Commissario Straordinario della ASL Roma 2, con la nota prot. n. 2BU0016667 del 29.02.2016, ha chiesto di prorogare l'iter di approvazione della proposta di Atto Aziendale e che la Regione, con la nota prot. n. 124822 dell'08 marzo 2016, ha concesso tale proroga al 31 marzo 2016;
- che il Commissario Straordinario della ASL Roma 2 ha adottato la proposta di Atto Aziendale con la deliberazione n. 338/CS del 29.03.2016 e che la stessa è stata trasmessa alla Regione con la nota prot. n. 0006460 del 30.03.16;

**PRESO ATTO:**

- che la proposta di Atto Aziendale della ASL Roma 2 è stata esaminata dalla Commissione di verifica interna alla Direzione regionale Salute e Politiche sociali nelle date del 12 e 26 aprile 2016;
- che, sulla base delle rilievi formulati dalla Commissione, il Commissario Straordinario della ASL Roma 2, con la nota prot. n. 2BU0064824 del 01.07.16, ha trasmesso copia dell'Atto nella versione contenente le modifiche rappresentate dalla Regione;
- che il Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche sociali, con la nota prot. n. 0461382 del 14.09.2016, ha preso atto delle modifiche apportate alla proposta di Atto aziendale e formulato ulteriori rilievi;
- che il Commissario Straordinario della ASL Roma 2, con la nota prot. n. 2BU0104708 del 15.09.2016, nel prendere atto dei rilievi formulati, ha chiesto il mantenimento della UOC Progetti Abilità Acque Potabili (P.A.A.P.) e l'istituzione di una UOSD Salute Mentale Penitenziaria Psichiatrica forense con contestuale soppressione della UOSD Pneumologia S. Eugenio;
- il Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche sociali, con la nota prot. n. 0465560 del 16.09.2016, facendo seguito ai chiarimenti espressi dal Commissario Straordinario della ASL Roma 2, ha espresso parere favorevole all'istituzione della UOC P.A.A.P. e della UOSD Salute Mentale Penitenziaria Psichiatrica forense con contestuale soppressione della UOSD Pneumologia e. Eugenio;

**CONSIDERATO** che il DCA n. U00259/19 ha disposto, al punto 11, che *“La proposta di atto aziendale e/o modifica dello stesso è adottata dal direttore generale con atto*

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

*deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari”;*

**TENUTO CONTO**

- che il Commissario Straordinario della ASL Roma 2 con la deliberazione n. 1350/CS del 27.09.2016 ha adottato la definitiva proposta di Atto Aziendale e che in pari data ne ha trasmesso copia alla Regione con la nota prot. n. 2BU0111844;
- che in detta deliberazione si dà atto che la Direzione Strategica aziendale, al fine di acquisire i necessari pareri e di fornire le dovute informazioni, ha organizzato i seguenti incontri:
  - a) in data 20/09/2016 e 23/09/2016 ha riunito il Collegio di Direzione illustrando l’Atto Aziendale ed acquisendo, in entrambe le occasioni, il parere favorevole;
  - b) in data 21/09/2016 ha riunito il Consiglio dei Sanitari illustrando l’Atto Aziendale ed acquisendo parere favorevole;
  - c) in data 20/09/2016 ha riunito le OO.SS. del Comparto e in data 21/09/2016 le OO.SS. della Dirigenza per un’illustrazione dell’Atto Aziendale;
  - d) in data 29/09/2016 ha convocato la Conferenza Locale ed illustrato l’Atto Aziendale ai Presidenti di Municipio presenti;
  - e) ha acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario e Amministrativo aziendali, sottoscrittori dell’Atto Aziendale unitamente al Commissario Straordinario;

**RITENUTO OPPORTUNO**, pertanto, approvare l’Atto Aziendale della ASL ROMA 2 adottato dal Commissario Straordinario con la deliberazione n. 1350/CS del 27.09.2016 concernente “*Approvazione Atto Aziendale della ASL Roma 2*”, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, sarà pubblicata sul BUR unitamente al presente atto;

**DECRETA**

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

1. di ratificare l’Atto di Organizzazione 9 settembre 2015 n. G10710 a firma del Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e successive rettifiche, con il quale sono stati modificati i componenti della Commissione di verifica istituita con il DCA n. U00426/14;
2. di approvare l’Atto Aziendale della ASL ROMA 2 adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1350/CS del 27.09.2016 concernente “*Approvazione Atto Aziendale della ASL Roma 2*”, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, sarà pubblicata sul BUR 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 all’Azienda e agli Enti interessati.

**NICOLA ZINGARETTI**



Segue deliberazione n. 1350/CS del 27/09/2016

### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**PREMESSO** che il DCA 606 DEL 30/12/2015, ha previsto, a far data dal 01.01.2016, l'istituzione della "Asl Roma 2", con contestuale soppressione dell'"ex Asl Roma B" e della "ex Asl Roma C";

#### VISTE

- la Deliberazione n. 1/CS del 1° gennaio 2016 di insediamento e assunzione in carica del Commissario Straordinario dell'Asl Roma 2, dott.ssa Flori Degrassi, a decorrere dal 1° gennaio 2016;  
- la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 2/CS del 01.01.2016 con la quale si è proceduto al conferimento dell'incarico di Direttore Sanitario della Asl Roma 2 alla dott.ssa Marina Cerimele;  
- la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 3/CS del 01.01.2016 con la quale si è disposto il conferimento dell'incarico di Direttore Amministrativo della Asl Roma 2 alla dott.ssa Silvia Cavalli;

**TENUTO CONTO** che con il suddetto DCA n. 606 del 30/12/2015 è stato decretato che: *"I Commissari Straordinari delle neoistituite AA.SS.LL. Roma 1 e Roma 2 dovranno procedere all'adozione delle proposte di Atto Aziendale entro 60 giorni dall'istituzione delle nuove Aziende e alla conseguente trasmissione in Regione per la relativa approvazione, che dovrà avvenire entro 60 giorni dal suo ricevimento"*;

**DATO ATTO** che la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali con nota prot. n. 124822 GR/11/26 del 08/03/2016 ha differito al 31/03/2016 il termine per l'adozione del nuovo Atto Aziendale e successiva trasmissione agli organi regionali;

**VISTA** 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;

**VISTI** il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, avente ad oggetto l'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013/2015 ed il successivo DCA n. U00368 del 31/10/2014, con il quale:

- a) si è ridefinita la rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e posti acuti per consentire il raggiungimento dello standard di 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post acuzie) stabilito dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95;
- b) si è rimodulato l'assetto della rete dell'emergenza, delle patologie "tempo dipendenti" e materno-infantile-pediatria, e si è stabilito che detti interventi dovranno essere realizzati contemporaneamente al potenziamento dell'attività territoriale;

**VISTO** il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

**VISTO** il DCA n. U00259 06/08/2014 con il quale è stato approvato l'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

**CONSIDERATO** che le nuove Linee Guida hanno tenuto conto, altresì, degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN elaborati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012, e trasmessi alle Regioni con la nota del Ministero della Salute n. 17867 del 16 luglio 2012, secondo i seguenti criteri:

- a) per le strutture complesse ospedaliere: una ogni 17,5 posti letto pubblici;
- b) per le strutture complesse non ospedaliere: una ogni 13.515 residenti per Regioni con popolazione superiore a 2,5 milioni di abitanti;
- c) per le strutture semplici, sia ospedaliere che non ospedaliere: 1, 31 struttura semplice ogni unità complessa;

Segue deliberazione n. 1350/CS del 27/09/2016

**DATO ATTO** che con deliberazione n. 338 del 29/03/2016 è stato adottato l'Atto Aziendale della Asl Roma 2, successivamente trasmesso in Regione con nota prot. n. 6460 del 30/03/2016;

**DATO ATTO** che, a seguito di interlocuzione con la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, con PEC del 01/07/2016 sono state trasmesse delle integrazioni alla precedente nota;

**RILEVATO** che:

- la predetta Direzione Regionale, con nota prot. n. GR/11/00, U0461382, del 14/09/2016, ha trasmesso i rilievi alla proposta di Atto Aziendale;
- la Asl Roma 2 con nota prot. n. 2BU010708 del 15/09/2016 ha preso atto dei rilievi formulati, chiedendo però il mantenimento della UOC PAAP, tenuto conto che trattasi di attività sovraziendali e che detto servizio è stato istituito con Legge Regionale n. 65 del 24/05/1990;
- la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali con nota prot. n. U0465560 del 16/09/2016 ha preso atto dei chiarimenti pervenuti dalla Asl;

**DATO ATTO** inoltre che, la Direzione Strategica, al fine di acquisire i necessari pareri e di fornire le dovute informative, ha organizzato i seguenti incontri:

- in data 20/09/2016 e 23/09/2016 ha riunito il Collegio di Direzione illustrando l'Atto e acquisendo in entrambe le occasioni parere favorevole;
- in data 21/09/2016 ha riunito il Consiglio dei Sanitari illustrando l'Atto e acquisendo parere favorevole;
- in data 20/09/2016 ha riunito le OO.SS. del comparto ed il 21/09/2016 le OO.SS. della dirigenza per una illustrazione dell'Atto;

**DATO ATTO** che:

- la Direzione Strategica con note prot. n. 106384 e n. 106390 del 19/09/2016 ha convocato la Conferenza Locale in data 23.09.2016 per illustrare l'atto ed acquisire il relativo parere;
- il sindaco di Roma Capitale non ha ancora designato il proprio delegato in seno alla conferenza sebbene sollecitato dall'azienda con nota prot. n. 2BU0105420 del 16/09/2016;
- alla riunione hanno preso parte tre Municipi su sei, inviando un proprio delegato;
- che nella riunione del 29/09/2016 si è proceduto ad illustrare il nuovo Atto aziendale e che, al termine, i presenti hanno espresso il proprio apprezzamento in merito;

**RITENUTO** di poter approvare l'Atto Aziendale nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

**DATO ATTO** che il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo hanno espresso parere favorevole con la sottoscrizione dell'atto

### **DELIBERA**

- di procedere, per tutte le ragioni esposte in narrativa, all'approvazione dell'Atto Aziendale della Asl Roma 2 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- di dare, altresì, atto che l'allegato Atto Aziendale costituisce documento di organizzazione e funzionamento e diverrà esecutivo solo successivamente all'approvazione da parte della Regione e alla conseguente pubblicazione sul BURL;



Segue deliberazione n. 1350/CS del 27/09/2016

- di trasmettere, a cura della UOC AA.GG., copia del presente atto al Commissario ad Acta, nonché alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, alla Conferenza Sanitaria Locale ed al Collegio Sindacale, per quanto di competenza;
- di provvedere alla pubblicazione del presente atto sull'Albo Pretorio on line come per legge, nonché sul portale aziendale affinché ne sia garantita la massima diffusione.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

*Dott.ssa Flori Degrassi*

Segue deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**PUBBLICAZIONE**

In attuazione a quanto disposto dall'art. 32 della L. n. 69 del 18.6.2009 ai fini della pubblicità legale la presente deliberazione è stata pubblicata (in oggetto/per esteso) sul sito internet aziendale.  
in data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE  
U.O.C. AFFARI GENERALI EX ASL ROMA B  
Dott.ssa Roberta Taurino

- Atto trasmesso al Collegio Sindacale in data \_\_\_\_\_  
con osservazioni

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo, composto da n. \_\_\_\_\_ pagine.

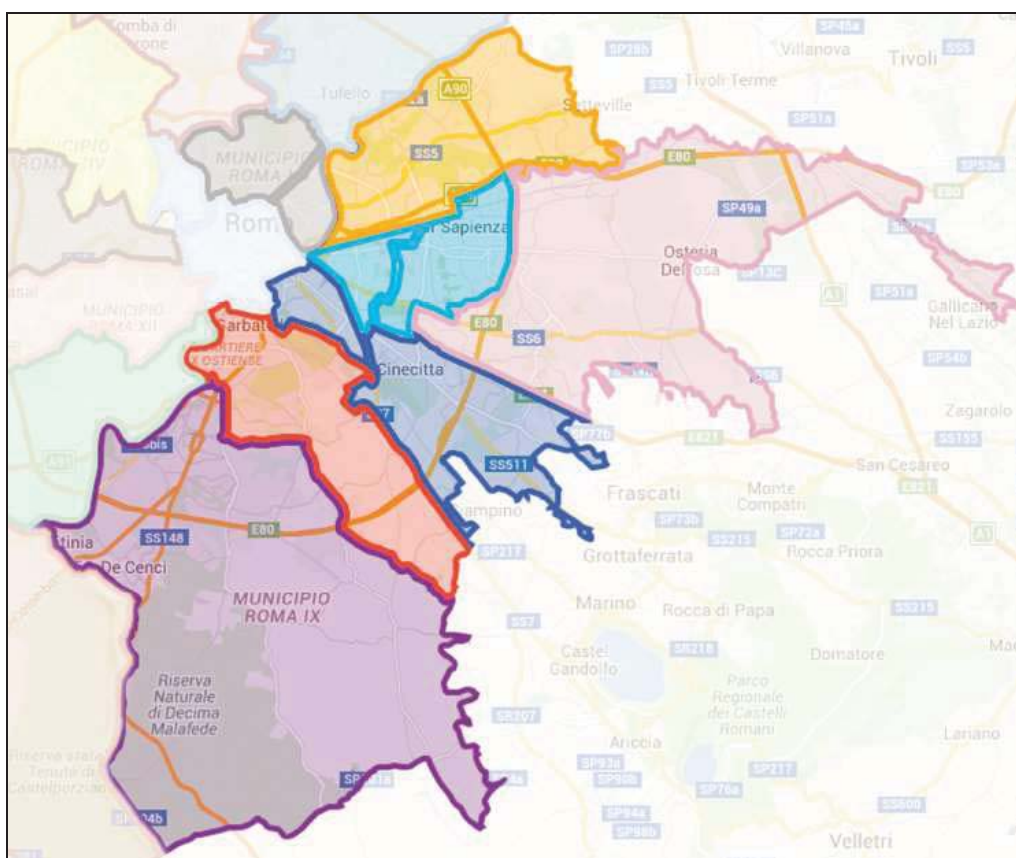
Roma, \_\_\_\_\_



---

## Atto di autonomia e riorganizzazione aziendale ASL ROMA 2

---



## INDICE

<b>1. La ASL ROMA 2 .....</b>	<b>5</b>
1.1 Il Logo .....	5
1.2 Il sito Aziendale .....	5
1.3 Chi siamo .....	6
<b>2. La ASL in cifre .....</b>	<b>8</b>
2.1 I dati della popolazione di riferimento .....	9
2.1.1 La mortalità .....	9
2.1.2 I tassi di ospedalizzazione.....	14
2.2 Elenco delle strutture sanitarie accreditate sul territorio aziendale e relativi posti letto. 17	
2.3 Il personale della ASL ROMA 2 .....	18
<b>3. Mission e Vision della ASL ROMA 2.....</b>	<b>20</b>
3.1 La Strategia di promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali perseguita .....	22
3.2 Tutela della salute in ambito penitenziario .....	23
<b>4. Razionalizzazione del numero delle strutture .....</b>	<b>24</b>
4.1 Il numero dei posti letto pubblici e la popolazione residente .....	25
<b>5. Assetto istituzionale delle aziende sanitarie: gli organi, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, la direzione aziendale .....</b>	<b>26</b>
5.1 Direttore Generale .....	26
5.1.1 Il Collegio di Direzione .....	29
5.1.1.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione .....	30
5.1.2 Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni .....	30
5.2 La Direzione strategica .....	31
5.3 Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario .....	32
<b>6. Assetto organizzativo della ASL ROMA 2 .....</b>	<b>35</b>
6.1 I criteri generali dell'organizzazione aziendale .....	36
6.2 I Dipartimenti e le Aree .....	41
6.2.1 Il Dipartimento di Salute Mentale.....	43
6.2.2 Il Dipartimento di Prevenzione.....	44
6.2.3 Il Dipartimento Tutela delle Fragilità.....	46
6.2.4 Il Dipartimento Assistenziale Ortopedico Riabilitativo.....	48
6.2.5 Il Dipartimento delle Professioni .....	49
6.2.6 Il Dipartimento dei Servizi Diagnostici e della Farmaceutica .....	50
6.2.7 Il Dipartimento delle malattie di genere, della genitorialità, del bambino e dell'adolescente.....	51
6.2.8 La Gestione della Emergenza nella ASL ROMA 2 .....	51
6.2.8.1 Il Dipartimento Emergenza Urgenza P.O. Pertini (OP) .....	51
6.2.8.2 Il Dipartimento Emergenza Urgenza P.O. Sant'Eugenio/CTO (SE/CTO).....	52
6.2.9 Area medica per intensità di cura che si integra con l'inter - area territoriale per assicurare la continuità delle cure ospedale territorio .....	52
6.2.9.1 Area medica ospedaliera per intensità di cure Pertini.....	52
6.2.9.2 Area medica ospedaliera per intensità di cure S. Eugenio.....	52
6.2.9.3 Inter - area Medica di integrazione ospedale territorio .....	53

6.2.10 Area chirurgia per intensità di cura che si integra con l'inter - area territoriale per assicurare la continuità delle cure ospedale territorio .....	54
6.2.10.1 Area chirurgia per intensità di cura Pertini.....	54
6.2.10.2 Area chirurgia per intensità di cura S. Eugenio.....	54
6.2.10.3 Inter - area chirurgica di integrazione ospedale territorio.....	55
6.2.11 Le Aree operative HUB 1 e 2.....	55
6.2.11.1 Area HUB 1 (Pertini).....	55
6.2.11.2 Area HUB 2 (S. Eugenio).....	55
6.2.12 Area diagnostica per immagini.....	56
6.2.13 Area farmaceutica.....	56
6.2.14 Area Veterinaria.....	56
6.3 Il Comitato di Dipartimento.....	57
6.4 Il Comitato di Area.....	57
6.5 Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale.....	57
6.6 Le funzioni amministrative e tecniche.....	64
6.7 Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali.....	66
6.7.1 Le funzioni di supporto amministrative e tecniche interaziendali.....	66
6.7.2 Le funzioni clinici-assistenziali interaziendali.....	66
6.7.3 Il rapporto Dipartimento/UOC.....	67
6.7.4 Il rapporto Area/UOC.....	67
6.8 Il Territorio.....	67
6.9 Il Distretto.....	69
6.9.1 Il Direttore di Distretto e della Committenza.....	74
6.9.2 L'organizzazione distrettuale.....	75
6.9.3 Il Punto Unico di Accesso (PUA).....	76
6.9.4 L'Unità di Cure Primarie.....	78
6.9.5 Il modello della "Centrale operativa di riferimento per l'Assistenza domiciliare".....	78
6.10 Il Sistema Ospedale.....	79
6.12 Il Policlinico Casilino.....	84
<b>7. Organismi dell'azienda.....</b>	<b>85</b>
7.1 Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni.....	85
7.1.2 La Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende ASL.....	85
7.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione.....	86
7.3 I Comitati e Commissioni Aziendali.....	87
7.4 Il Tavolo delle Associazioni.....	92
<b>8. I rapporti con gli enti locali.....</b>	<b>93</b>
8.1 La Conferenza Locale Sociale e Sanitaria.....	93
8.2 La Conferenza dei Servizi.....	93
<b>9. Valorizzazione delle Risorse Umane.....</b>	<b>94</b>
<b>10. Governo Clinico.....</b>	<b>95</b>
<b>11. Il ciclo della performance.....</b>	<b>97</b>
<b>12. Norme transitorie finali.....</b>	<b>99</b>

*Sembra assurdo che i servizi nati per l'uomo  
debbano essere ricondotti ad una dimensione umana,  
perché l'hanno persa o non l'hanno mai avuta.  
Eppure è questo l'obiettivo concreto  
mettere gli uomini e le donne al centro del Sistema.*

*Andrea Alesini*

## **1. La ASL ROMA 2**

La Azienda ASL Roma 2 è stata istituita con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 606/2015.

La sede legale provvisoria è in via Filippo Meda 35, 00157 Roma, la sede operativa insiste presso via Primo Carnera, 1.

### **1.1 Il Logo**

Il logo della Azienda, così come da normativa regionale che identifica i requisiti minimi che lo rendono univoco per le ASL e le aziende ospedaliere, è il seguente:



### **1.2 Il sito Aziendale**

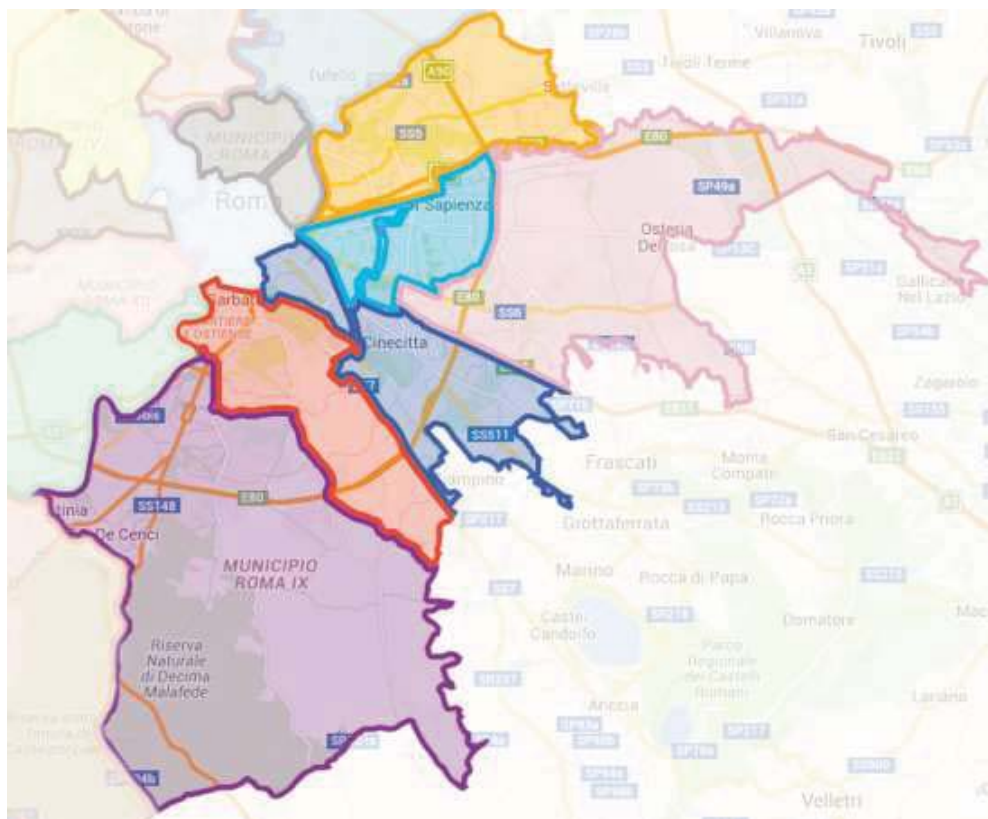
Il sito aziendale sul quale, ai sensi dell'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n 69, vengono assolti gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, nonché tutti gli obblighi relativi alla trasparenza, nella sezione Amministrazione Trasparente, è: [www.aslroma2.it](http://www.aslroma2.it).

### 1.3 Chi siamo

La Asl Roma 2 si colloca nella zona sud e sud-est del Comune di Roma e nasce dalla fusione delle ex ASL ROMA B e ex ASL ROMA C.

Nella figura 1 è descritta l'estensione territoriale:

Figura 1



L'Azienda Asl Roma 2 si articola in sei distretti sanitari territoriali e due Presidi Ospedalieri: il Presidio Sandro Pertini (di seguito denominato OP o Pertini) e il Presidio S. Eugenio/CTO Andrea Alesini (di seguito denominato SE/CTO), in figura 2 i dettagli dell'articolazione organizzativa.



Figura 2

ASL ROMA 2 – ex ASL Roma B		
<p><b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b> Ospedale Sandro Pertini Via dei Monti Tiburtini, 385 Policlinico Casimiro Via Casimiro, 104V</p> <p><b>PRESIDI TERRITORIALI</b></p> <p><b>Municipio IV (ex 5) – 1° Distretto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Via di Patralata, 497 (Consultorio, MPPEE, TSMREE, Polo Riabilitativo)</li> <li>2. Via del Popolino, 64 (Risch, Sicurezza, Prevenzione e Protezione)</li> <li>3. Via del Popolino, 4 (Casa Famiglia)</li> <li>4. Via Orme, 3 (Casa Famiglia)</li> <li>5. Via Maolati, 2 (Casa Famiglia)</li> <li>6. Via S. Benedetto del Torro, 9 (Polambulatorio, Consultorio, MPPEE, Commissione Patenti Speciali, Rilascio STP-ENI)</li> <li>7. Piazza Urbana, 4 (Struttura residenziale)</li> <li>8. Viale Battista Bardonelli, 8 (Dipartimento di Prevenzione, DSM, CSM, Formazione)</li> <li>9. Via Mozart, 25 (Polambulatorio)</li> <li>10. Via del Frantoio, 62/64 (Ufficio Protocollo)</li> <li>11. Via Palmiro Togliatti, 1200 (Centro Cassi)</li> <li>12. Via Filippini Meda, 25 (Sede Legale)</li> <li>13. Largo D. de Dominis, 7 (Sede di Distretto, Polambulatorio)</li> <li>14. Via Teodosio, 61 (SERT su territorio ASL Roma 1 – ex ASL Roma A)</li> <li>15. Via di Casal Bruciato, 13 (Centro Diurno Handicap Adult)</li> <li>16. Via Rubella, 2 (Polambulatorio, Consultorio, MPPEE)</li> <li>17. Via Annuzzi, 30</li> <li>18. Via Bartolo Longo, 72 (Carcere di Rebibbia)</li> </ol> <p><b>Municipio V (ex 7) – 2° Distretto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Piazza dei Miri, 45 (Sede di Distretto, MPPEE, TSMREE, DAR, SERT in fase di trasferimento)</li> <li>20. Via G. Bressola, 56 (Polambulatorio, Medicina Legale, Protesica, Servizio Farmaceutico 1 e 2 distretti)</li> <li>21. Via Casati, 30 (archivio)</li> <li>22. Via della Rustica, 218 (Polambulatorio, Struttura residenziale, Centro diurno)</li> <li>23. Via della Ruseca, 1 (Consultorio)</li> <li>24. Via Meridiana, 43 (Consultorio, MPPEE, TSMREE, Centro Diurno)</li> <li>25. Via degli Eucalipti, 20 (CSM, Polambulatorio, CAD, CARE)</li> <li>26. Via Tor Cervara, 307 (Consultorio, MPPEE)</li> <li>27. Viale Palmiro Togliatti, 1280 (Centro Cam. Servizio Womano)</li> <li>28. Via dei Platani, 84 (Servizio Alcolisti – SERT)</li> </ol>	<p><b>Municipio VI (ex 8) – 3° Distretto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>29. Via Isorenova, 20 (attualmente vuoto)</li> <li>30. Via Tono Spaccata, 157 (CSM, Servizio Farmaceutico, Casa Ingle)</li> <li>31. Via Casimiro, 1368 (SERT)</li> <li>32. Via Canaglia, 50 (Centro Diurno)</li> <li>33. Via Canaglia, 83 (Consultorio)</li> <li>34. Via Pipole, 1-2 (Servizio di Contrasti)</li> <li>35. Via Dulio Cambelotti, 7 (Consultorio)</li> <li>36. Via Dulio Cambelotti, 11 (TSMREE, Medicina Legale, Protesica, DAR)</li> <li>37. Via della Stazione di Salone, 12 (Struttura residenziale)</li> <li>38. Via Giuseppe Marvalotti, 8 (Casa Famiglia)</li> <li>39. Via Tommaso Agudio, 5 (Polambulatorio, Consultorio, Postazione ARES)</li> <li>40. Via Berna Von Suttner, 23 (Casa Famiglia)</li> <li>41. Via Berna Von Suttner, 25 (Casa Famiglia)</li> <li>42. Via Tenuta di Torrissima, 138 (Sede di Distretto, Casa della Salute)</li> <li>43. Via Torcella Scura, 4 (Polambulatorio)</li> <li>44. Via Casimiro, 1665 (MPPEE, TSMREE)</li> </ol> <p><b>Municipio VII (ex 10) – 4° Distretto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>45. Via Canaglia, 85 (Polambulatorio, Medicina Legale)</li> <li>46. Via Calpurnio Pisano, 80 (CSM giovani)</li> <li>47. Via Sestri, 7 (Sert, Struttura residenziale)</li> <li>48. Piazza Cencioli, 11 (CSM, Centro Diurno all'interno del Municipio)</li> <li>49. Via dei Lari, 10 (Consultorio)</li> <li>50. Via della Stazione di Campino, 31 (Polambulatorio)</li> <li>51. Via Servizio Pisano, 1 (Casa Famiglia)</li> <li>52. Via Bruno Rizzani, 226 (Sede del Distretto, Consultorio, TSMREE, Protesica, DAR)</li> <li>53. Via Anselmo, 15 (Polambulatorio)</li> <li>54. Via Contardo Ferrini, 12 (Casa Famiglia)</li> <li>55. Via Pozzo di Calabro, 10 (Centro Diurno, Struttura residenziale)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Via Nicolò Fontegueri, 4 (Presidio Integrato)</li> <li>7. Via Telesio, 80 (Medicina Scolastica)</li> </ol> <p><b>Municipio VIII (ex 9) Distretto IX</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Via Castellana, 5/6 (Dipartimento di Prevenzione)</li> <li>9. Via Apulia, 5/7 (Polambulatorio)</li> <li>10. Via Anni, 39 (Centro Diurno)</li> <li>11. Via Carlo Demma, 7 (Consultorio)</li> <li>12. Via Iberia, 73 (Consultorio)</li> <li>13. Via Monte, 2 (Sede di Distretto, Presidio Polifunzionale)</li> <li>14. Via Nocera Umbra, 110 (Polambulatorio)</li> <li>15. Via Civveto, 42 (CAD)</li> <li>16. Via Paolo Albano, 50 (Centro Diurno)</li> <li>17. Via S. Stefano Rotondo (Ospedale S. Giovanni Addolorata) SFDC</li> </ol> <p><b>Municipio VIII (ex 11) Distretto XI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. U. go delle Sette Chiese, 230 (Consultorio)</li> <li>19. Via del Casale de Marode, 8 (Dipartimento di Prevenzione)</li> <li>20. P.le A. Tosti, 4 (Sede di Distretto, Presidio Polifunzionale)</li> <li>21. Via Leonarato da Vinci, 98 (TSMREE)</li> <li>22. Via Appio Antico, 220 (SERT)</li> <li>23. Via del Lirio, 93 (Consultorio)</li> <li>24. Via Giustiano Imperatore, 45 (Comunità Terapeutica)</li> <li>25. Via Mularza, 35 (Polambulatorio)</li> <li>26. Via S. Nemesio, 28 (Presidio Polifunzionale)</li> <li>27. Via di Torranza, 1923 (Medicina Legale)</li> </ol> <p><b>Municipio IX (ex 12) Distretto XII</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>28. Via Anselmo, 1227 (Polambulatorio)</li> <li>29. Via di Valteranello, 51 (Centro Diurno)</li> <li>30. Via Gemmano, 12 (Polambulatorio)</li> <li>31. Via G. Novati, 6 (Kala)</li> <li>32. Via G. Frignani, 83 (Polambulatorio)</li> <li>33. Via G. Frignani, 165 (Struttura alloggiativa)</li> <li>34. Via G. Lippiani, 117 (via G. Marotta, 11 - 2° Ponte (Presidio Polifunzionale)</li> <li>35. Via Karla, anc (Struttura alloggiativa)</li> <li>36. Via Nicola Starni, 135 (Consultorio adolescenti)</li> <li>37. Via Nicola Starni, 182 (Consultorio)</li> <li>38. Via Ciro Vergari, 9/Via T. Silani, 1 - 7° Ponte (Centro Diurno, Scuola Infermieri)</li> <li>39. Viale Camillo Sobrero, anc (Polambulatorio)</li> <li>40. Viale Ignazio Giore, 100 (Consultorio, Medicina Legale, Medicina Scolastica, Postazione ARES TIR)</li> </ol>
ASL ROMA 2 – ex ASL Roma C		
<p><b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b> Ospedale Sant' Eugenio Ospedale CTD "A. Alessi"</p> <p><b>PRESIDI TERRITORIALI</b></p> <p><b>Municipio V (ex 9) Distretto VI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piazza dei Condottieri, 34 (Consultorio)</li> <li>2. Via Casimiro, 295/297/299 (Presidio Polifunzionale)</li> <li>3. Via Casimiro 711 (Consultorio)</li> <li>4. Via Crispano d'Isola, 2 (Struttura alloggiativa)</li> <li>5. Via Herbert Spencer, 262 (Consultorio)</li> </ol>		

Sul territorio dell'ASL Roma 2, inoltre, nell'ambito del IV Municipio, viene gestita, con proprio personale, l'attività assistenziale per le persone ristrette nel Polo Penitenziario Rebibbia che è articolato nei seguenti Istituti di detenzione:

- Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso
- Casa di Reclusione Rebibbia
- Casa Circondariale Rebibbia Femminile
- III Casa Circondariale ICATT di Rebibbia

La popolazione ristretta del Complesso Carcerario ammonta, di norma, a circa 2.500 unità, pari a circa il 35% della popolazione detenuta in tutta la Regione Lazio, ma, a causa dei continui avvicendamenti, vi transitano nell'anno circa 5.000 persone.

Gli operatori effettuano presso le strutture afferenti al Polo Penitenziario Rebibbia interventi di prevenzione e di assistenza ai detenuti ed ai tossicodipendenti ristretti, e, presso l'Unità Operativa Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, gli accertamenti diagnostici e l'attività di ricovero.

## 2. La ASL in cifre

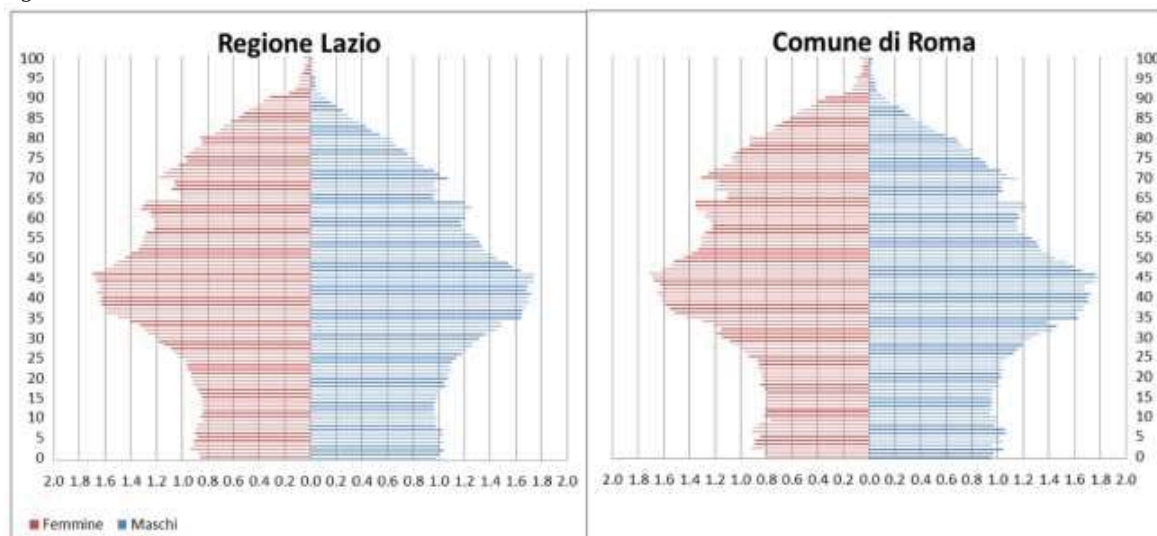
La popolazione assistita della ASL ROMA 2 ex DCA 259/2014 è descritta in tabella 1:

*Tabella 1*

<i>Distretto</i>	<i>Bilancio demografico al 31 dicembre 2013 dopo riordino Municipi Roma Capitale (ex Allegato 1 DCA 259/2014)</i>
IV ex ASL ROMA B	175.891
V ex ASL ROMA B	245.233
VI ex ASL ROMA B	258.326
VII ex ASL ROMA C	306.375
VIII ex ASL ROMA C	131.417
IX ex ASL ROMA C	177.970
<b>TOTALE popolazione ASL ROMA 2</b>	<b>1.295.212</b>

La struttura della popolazione per età della popolazione della Regione Lazio (fonte ISTAT 2012) evidenzia una proporzione di maschi maggiore rispetto alle femmine fino ai 45 anni di età circa, nelle età successive tale differenziale si inverte con una proporzione maggiore di femmine. Non si evidenziano differenze sostanziali tra la popolazione della Regione Lazio e del Comune di Roma. In figura 3 i diagrammi di distribuzione percentuale della struttura per età e genere della popolazione residente nelle Regione Lazio e nel Comune di Roma che risulta essere sovrapponibile anche a quella dei 6 Municipi del Comune di Roma afferenti alla ASL Roma 2.

Figura 3



## 2.1 I dati della popolazione di riferimento

### 2.1.1 La mortalità

In tabella 2 viene riportata l'analisi dei dati epidemiologici di mortalità per causa riferita al periodo 2010 – 2012 della regione Lazio.

In figura 4 e 5 vengono riportati i dati del registro nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) relativi alla distribuzione dei tassi standardizzati sulla popolazione del Comune di Roma per quintili per singoli Municipio.

Nelle figure 6 e 7 sono invece riportati i rischi relativi di mortalità rispetto al Lazio per distretto, suddivisi per donne e uomini per il periodo 2010-2012 e per tutte le cause.

Tabella 2

Causa	Uomini					Donne				
	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso stand.	I.C inf.	I.C sup.	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso stand.	I.C inf.	I.C sup.
Tutte le cause (001-999)	78264	963.7	1184.8	1176.4	1193.2	82465	938.3	785.4	780.0	790.8
Tumori maligni (140-208)	26866	330.8	387.1	382.5	391.8	21110	240.2	214.7	211.8	217.6
Malattie ghiandole endocrine e disturbi immunitari (240-279)	3382	41.6	51.3	49.6	53.1	4073	46.3	38.6	37.4	39.8
Malattie del sistema nervoso, esclusi organi di senso (320-359)	2470	30.4	38.2	36.7	39.7	3532	40.2	33.5	32.4	34.7
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	27207	335.0	427.6	422.5	432.8	34311	390.4	315.7	312.4	319.1
Malattie ischemiche del cuore (410-414)	10006	123.2	153.4	150.4	156.5	8796	100.1	81.5	79.8	83.2
Ictus (430-431,434-436)	3487	42.9	54.7	52.9	56.5	4939	56.2	46.1	44.8	47.4
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	5231	64.4	84.2	81.9	86.5	4667	53.1	43.3	42.1	44.6
BPCO (490-496)	3032	37.3	49.2	47.4	51.0	2495	28.4	23.0	22.1	24.0
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	2894	35.6	42.4	40.8	44.0	3027	34.4	29.1	28.1	30.1
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	1421	17.5	23.0	21.8	24.2	1549	17.6	14.4	13.7	15.2
Insufficienza renale cronica (585-586)	1034	12.7	16.8	15.8	17.8	1110	12.6	10.3	9.7	10.9

Figura 4 - Tassi standardizzati (x 100.000) per mortalità distribuiti per i Municipi di Roma Capitale per le Donne al di sopra di 15 anni

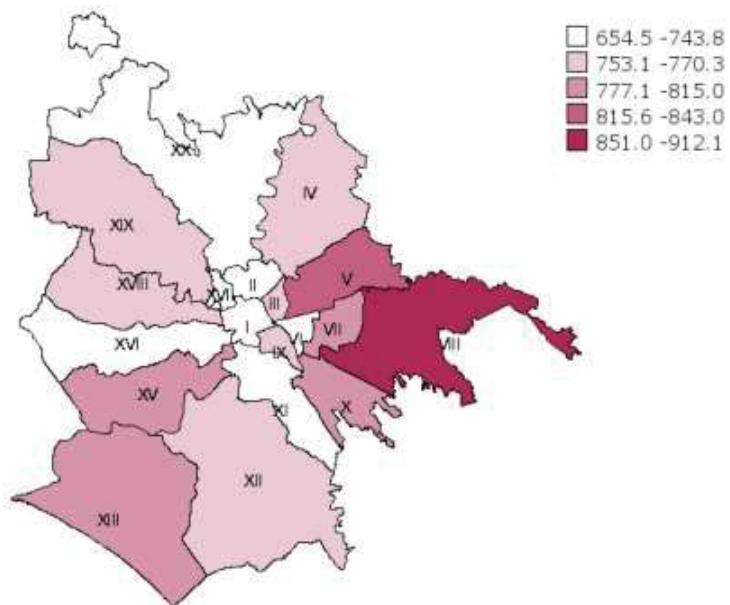


Figura 5 - Tassi standardizzati (x 100.000) per mortalità distribuiti per i Municipi di Roma Capitale per gli Uomini al di sopra di 15 anni

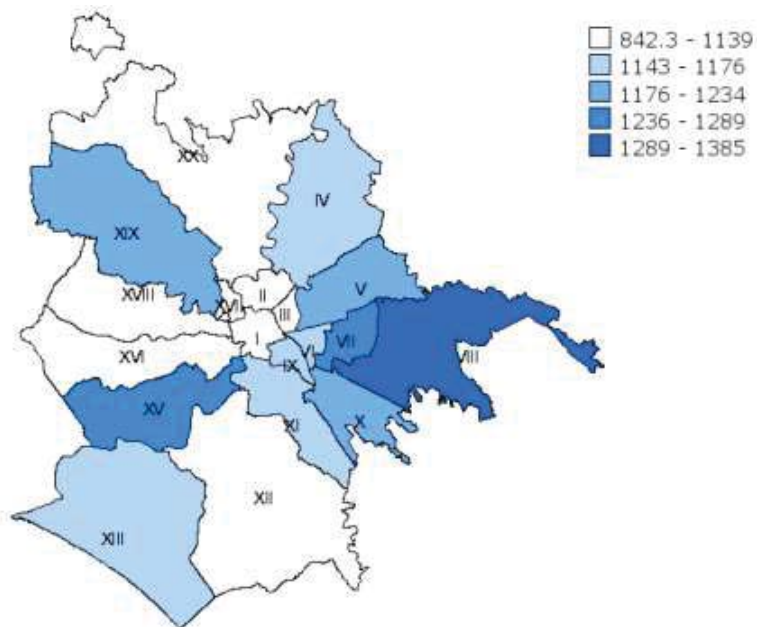


Figura 6

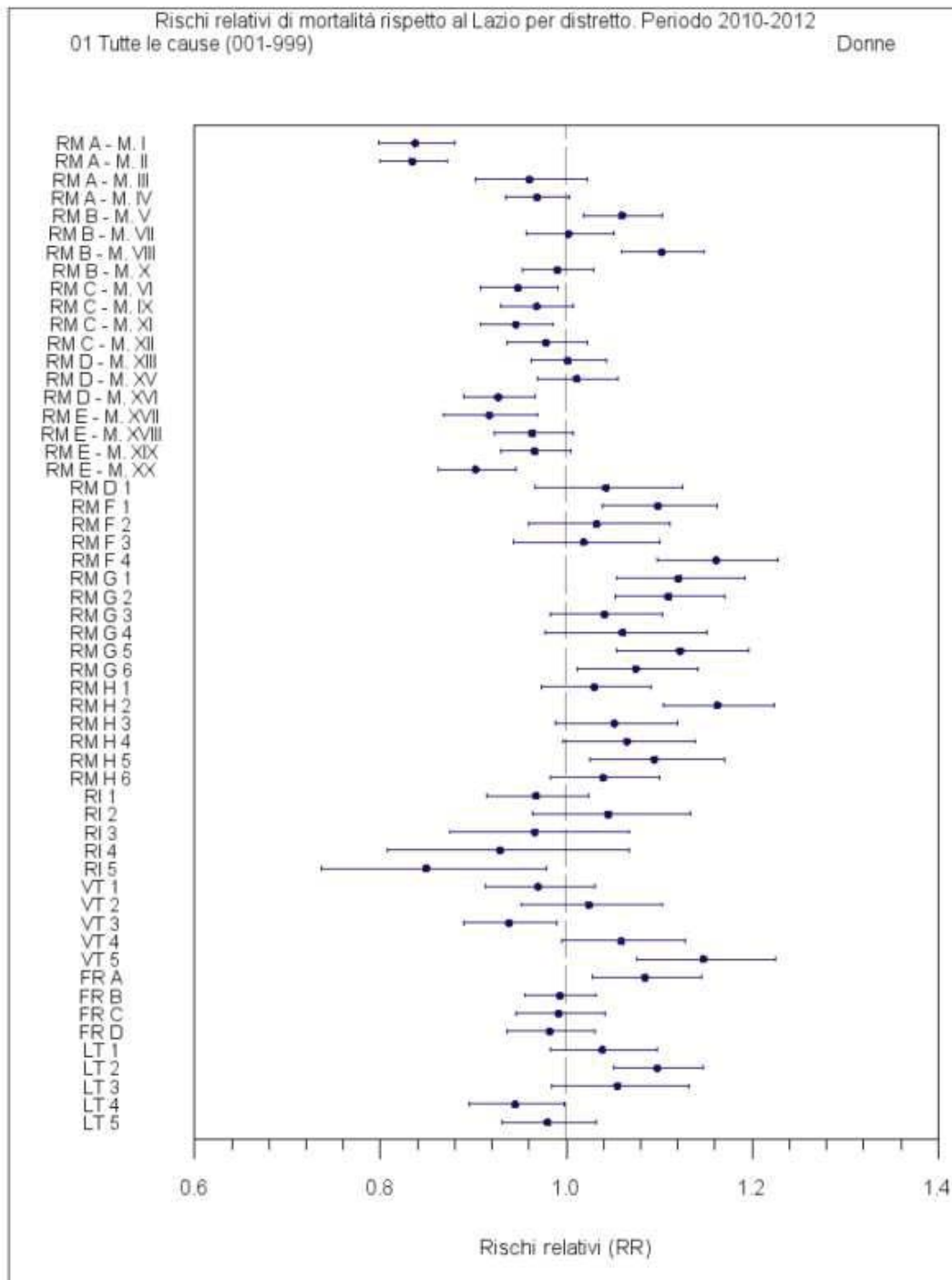
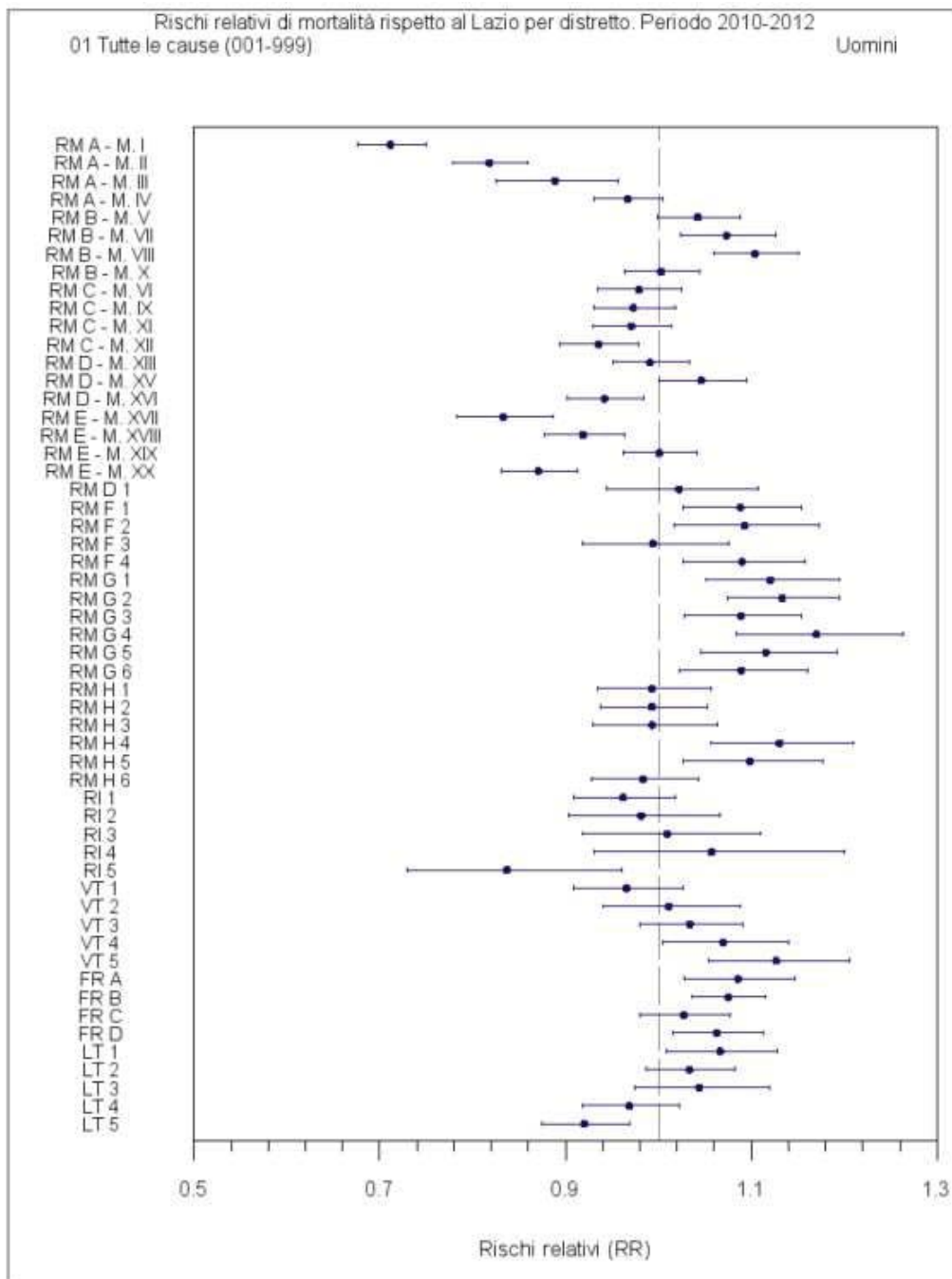




Figura 7



## 2.1.2 I tassi di ospedalizzazione

Di seguito si descrivono in tabella 3 e 4 il totale dei ricoveri della regione Lazio stratificati per causa con il calcolo del tasso grezzo e standardizzato diviso per Uomini e Donne, relativo al periodo 2010-2012.

Tabella 3

Causa di ricovero	Uomini				
	Numero di ricoveri	Tasso grezzo	Tasso stand.	I.C inf.	I.C sup.
Tutte le cause (001-999)	236852	105.1	110.5	110.1	111.0
Tumori maligni adulti (140-208)	25134	11.2	11.8	11.6	11.9
Tumori maligni dello stomaco (151)	868	0.5	0.6	0.5	0.6
Tumori maligni intestino (tenue colon retto) (152-154 159.0)	3002	1.3	1.4	1.4	1.5
Tumori maligni di trachea bronchi e polmoni (162)	2867	1.3	1.3	1.3	1.4
Tumori maligni della prostata (185)	2241	1.3	1.4	1.3	1.4
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico (200-208)	1906	0.8	0.9	0.8	0.9
Diabete mellito Tipo2 (250.x0 250.x2)	1300	0.6	0.6	0.6	0.6
Malattie del sistema nervoso ed organi di senso (320-389)	8251	3.7	3.8	3.7	3.9
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	55715	24.7	26.7	26.5	26.9
Infarto (410)	5893	3.5	3.7	3.6	3.8
Scompenso cardiaco (428)	9208	5.5	6.3	6.2	6.5
Fibrillazione atriale (427.31-427.32)	3763	2.3	2.4	2.3	2.5
Disturbi circolatori dell'encefalo (430-438)	10153	6.1	6.7	6.6	6.9
Ictus (430 431 434 436)	3952	2.4	2.6	2.5	2.7
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	19947	8.9	9.7	9.5	9.8
BPCO (Broncopneumopatia cronico ostruttiva) (490-496 (Escl. 493))	1558	0.9	1.1	1.0	1.1
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	27539	12.2	12.6	12.5	12.8
Cirrosi epatica (571.2 571.5)	1844	1.1	1.1	1.1	1.2
Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629)	17214	7.6	8.0	7.9	8.2
Insufficienza renale cronica (585 586)	2182	1.0	1.1	1.0	1.1
Traumatismi ed avvelenamenti (800-979)	19022	8.4	8.7	8.6	8.8
Frattura del collo del femore (820 (Escl. Tumori))	1758	3.7	4.2	4.0	4.4



Tabella 4

Causa di ricovero	Numero di ricoveri	Donne			
		Tasso grezzo	Tasso stand.	I.C inf.	I.C sup.
Tutte le cause (001-999)	300041	119.3	116.2	115.8	116.6
Tumori maligni adulti (140-208)	22369	8.9	8.5	8.4	8.6
Tumori maligni dello stomaco (151)	598	0.3	0.3	0.3	0.3
Tumori maligni intestino (tenue colon retto) (152-154 159.0)	2375	0.9	0.9	0.8	0.9
Tumori maligni di trachea bronchi e polmoni (162)	1410	0.6	0.5	0.5	0.6
Tumori maligni della mammella (174)	4823	1.9	1.9	1.8	1.9
Tumori maligni dell'utero (179-180 182)	1257	0.5	0.5	0.5	0.5
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico (200-208)	1590	0.6	0.6	0.6	0.6
Diabete mellito Tipo2 (250.x0 250.x2)	1162	0.5	0.4	0.4	0.4
Malattie del sistema nervoso ed organi di senso (320-389)	8929	3.6	3.4	3.3	3.5
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	41278	16.4	14.6	14.5	14.8
Infarto (410)	2993	1.6	1.4	1.4	1.5
Scompenso cardiaco (428)	8935	4.6	4.1	4.0	4.1
Fibrillazione atriale (427.31-427.32)	3163	1.6	1.5	1.5	1.6
Disturbi circolatori dell'encefalo (430-438)	10134	5.3	4.8	4.7	4.9
Ictus (430 431 434 436)	4058	2.1	1.9	1.8	1.9
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	16083	6.4	5.9	5.8	6.0
BPCO (Broncopneumopatia cronico ostruttiva) (490-496 (Escl. 493))	1254	0.6	0.6	0.6	0.6
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	24931	9.9	9.5	9.4	9.6
Cirrosi epatica (571.2 571.5)	883	0.5	0.4	0.4	0.5
Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629)	21161	8.4	8.3	8.2	8.4
Insufficienza renale cronica (585 586)	1488	0.6	0.5	0.5	0.6
Traumatismi ed avvelenamenti (800-979)	19359	7.7	7.0	6.9	7.1
Frattura del collo del femore (820 (Escl. Tumori))	5530	8.5	7.9	7.7	8.1

Figura 8 - Tassi di ospedalizzazione standardizzati (x1000.000) per ricoveri ordinari per le donne al di sopra di 15 anni nel comune di Roma

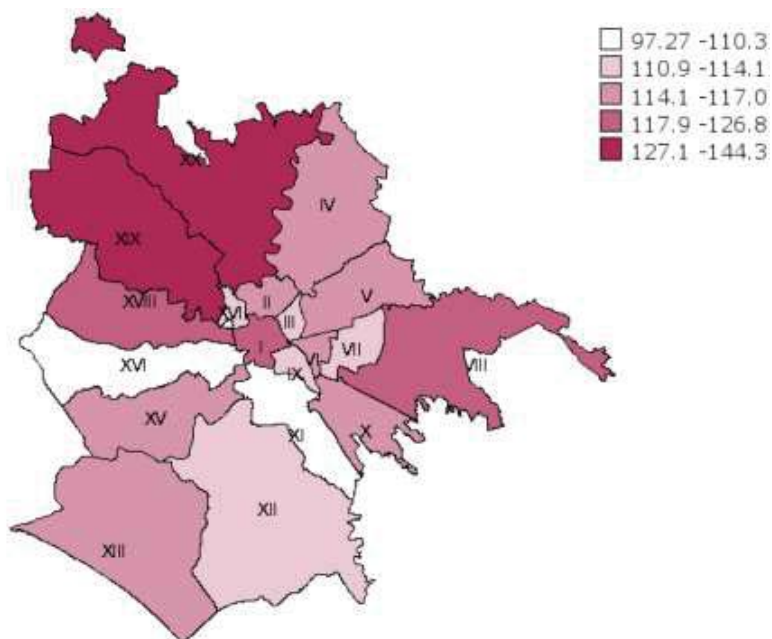
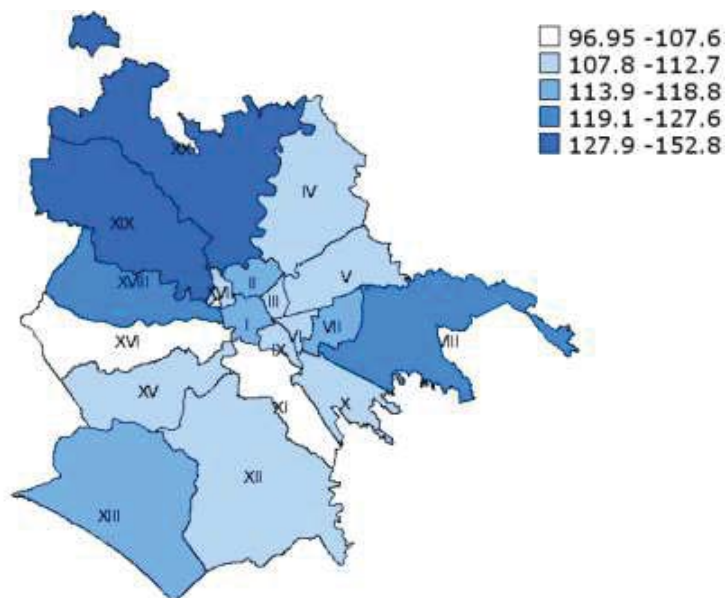


Figura 9 - Tassi di ospedalizzazione standardizzati (x1000.000) per ricoveri ordinari per gli Uomini al di sopra di 15 anni nel comune di Roma



Per quanto concerne le patologie croniche ed in particolare il Diabete e la BPCO le tabelle 5 e 6 descrivono per i territori ex Asl ROMA B e ex ASL ROMA C i tassi di prevalenza nella popolazione adulta, suddivisi per genere, per l'anno 2012.

Tabella 5

Area	Diabete									
	Uomini					Donne				
	n	Tasso stand.	RR	I.C inf.	I.C sup.	n	Tasso stand.	RR	I.C inf.	I.C sup.
Asl Roma B	23134	119.4	1.09	1.08	1.11	23355	95.8	1.09	1.08	1.11
Asl Roma C	16691	105.2	0.96	0.95	0.98	17053	78.8	0.90	0.88	0.91

Tabella 6

Area	BPCO									
	Uomini					Donne				
	n	Tasso stand.	RR	I.C inf.	I.C sup.	n	Tasso stand.	RR	I.C inf.	I.C sup.
Lazio	130739	112.2	1	.	.	156651	103.0	1	.	.
Asl Roma B	17288	124.6	1.11	1.09	1.13	21577	118.6	1.15	1.14	1.17
Asl Roma C	12268	104.7	0.93	0.92	0.95	16519	101.2	0.98	0.97	1.00

## ***2.2 Elenco delle strutture sanitarie accreditate sul territorio aziendale e relativi posti letto.***

In tabella 7 sono descritte le strutture sanitarie ed i relativi posti letto della ASL ROMA 2 suddivisi per posti letto per acuti e posti letto per riabilitazione. I posti letto per acuti sono 2899, i posti letto di riabilitazione 620 per un totale di posti letto di 3519.

Tabella 7 Riepilogo posti letto ex DCA 412/2014

Denominazione presidio	P.L ord	P.L DH	P.L RIAB. Ord. E dh	P.L TOTALI
<b>Presidio di Azienda ex Asl Roma B</b>				
Ospedale Sandro Pertini	328	45		373
<b>Presidio di Azienda ex Asl Roma C</b>				
Ospedale S.Eugenio - Ospedale C.T.O. A. Alesini	412	48	57	517
<b>Ospedale Classificato ex Asl Roma C</b>				
Madre Giuseppina Vannini	211	23		234
<b>Case di Cura Accreditate ex Asl Roma B</b>				
Villa Fulvia Srl	25		150	175
Guarnieri	97	12		109
Nuova Itor	122	9		131
<b>Policlinico Universitario ex Asl Roma B</b>				
Policlinico Tor Vergata	461	63	2	526
<b>Policlinico Universitario ex Asl Roma C</b>				
Campus Biomedico	228	45	20	293
<b>IRCCS ex Asl Roma C</b>				
Fondazione S. Lucia			320	320
Istituti Fisioterapici Ospedalieri	232	52		284
<b>Case di Cura Accreditate ex Asl Roma C</b>				
Nuova Clinica Annunziatella	28	6		34
Fabia Mater	68	19		87
Karol Wojtyla Hospital	30	4		34
Concordia Hospital	23	2		25
Clinica Latina			30	30
Mater Misericordiae			31	31
San Luca	20	5		25
Nuova Clinica Latina. Ist. Di Neuroscienze	26	3	10	39
<b>Presidio ex Pio Istituto in fase di accreditamento (Presidio ex Asl Roma B)</b>				
Policlinico Casilino	236	16		252
<b>TOTALI</b>	<b>2547</b>	<b>352</b>	<b>620</b>	<b>3519</b>

### 2.3 Il personale della ASL ROMA 2

Nelle tabelle 8 e 9 è stata rappresentata la dotazione organica del personale al 31 dicembre 2015 per la ex ASL ROMA B e per la ex ASL ROMA C, che ad oggi rappresentano il capitale umano della ASL ROMA 2.

La Asl ROMA 2 ha assorbito, al 1 gennaio 2016, 3.774 risorse dalla ex ASL ROMA B e 4.668 risorse dalla ex ASL ROMA C per un totale di 8.442 unità.

Tabella 8 - Organico ex ASL Roma B al 31/12/2015

DESCRIZIONE	TIPO RAPPORTO						TOTALE
	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Pers. Religioso	Co.Co.Co.	Art. 15 octies	Personale Interinale	
Dirigente Amministrativo	11	2					13
Dirigente Professionale	6						6
Dirigente Sanitaria	74	3		7	2		86
Dirigente Tecnico	4			4			8
Farmacista	14	3					17
Comparto Amministrativo	291		2			68	361
Comparto Tecnico	146	21					167
Medici	557	37		10	4		608
Veterinari	17						17
Comparto Sanitari	1212	107		10			1329
Comparto Prof.							0
Specialisti Ambulatoriali	310						310
Medicina dei Servizi	78						78
Medici di continuità assistenziale	50						50
MMG e PLS	671						671
Rebibbia Specialità	24						24
Rebibbia Sert	20						20
Continuità Assistenziale Rebibbia	9						9
<b>TOTALE</b>	<b>3494</b>	<b>173</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>3774</b>

Tabella 9 - Organico ex ASL Roma C al 31/12/2015

DESCRIZIONE	TIPO RAPPORTO						TOTALE
	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Pers. Religioso	Co.Co.Co.	Art. 15 octies	Personale Interinale	
Dirigente Amministrativo	6	2					8
Dirigente Professionale	8						8
Dirigente Sanitaria	95						95
Dirigente Tecnico	5						5
Farmacista	13						13
Comparto Amministrativo	300						300
Comparto Tecnico	289	4	1				294
Medici	590	13					603
Veterinari	10						10
Comparto Sanitari	1718	53	12				1783
Comparto Prof.			3				3
Specialisti Ambulatoriali	274	146					420
Medicina dei Servizi	93						93
Medici di continuità assistenziale	32						32
MMG e PLS	638						638
Collaboratore Amministrativo		1					1
Collaboratore Tecnico		1					1
Collaboratore Sanitario		1					1
Cooperative (T.E.)		360					360
<b>TOTALE</b>	<b>4071</b>	<b>581</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4668</b>

### 3. Mission e Vision della ASL ROMA 2

I valori fondanti della ASL ROMA 2 sono:

- la centralità della persona che si esplica attraverso:
  - il diritto alla partecipazione alla tutela del proprio stato di salute;
  - il diritto all'eguaglianza, all'integrità personale, al rispetto delle proprie convinzioni etiche, al rispetto della dignità e della riservatezza;
  - il diritto alla qualità dei servizi sotto il profilo dell'appropriatezza, dell'accessibilità e dell'umanizzazione.
- l'universalità dell'assistenza ed equità di accesso ai servizi. E' indispensabile a questo fine:
  - l'identificazione e la valutazione delle aree critiche, nascoste o mascherate, del bisogno di salute, per valutarle e intercettarle con un'offerta attiva di servizi e orientarne la traduzione in domanda appropriata;
  - la individuazione, anche sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, del loro ordine di priorità;
  - la loro strutturazione organica in percorsi di assistenza e di presa in carico;
  - la costante verifica dell'impatto delle azioni intraprese sulla loro soluzione;
  - una assidua attenzione alla sostenibilità economica delle azioni intraprese.
- la qualità e l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni che sono condizioni essenziali per proporsi quale soggetto in grado di assicurare la tutela della salute in concreti termini di efficacia.
- un sistema interno di regole, di procedure e di controlli tali da poter dare stabilità alla funzione amministrativa e sicurezza all'organizzazione.

Alla luce dei principi sanciti dal D.lgs 502/1992 e delle scelte strategiche della Regione Lazio, le principali linee di intervento aziendali sono:

- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso lo strumento innovativo della Casa della Salute;
- l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale;
- il coordinamento e l'integrazione tra territorio ed ospedale;
- lo sviluppo della sanità territoriale di prossimità e di iniziativa;
- la qualificazione e il potenziamento degli ospedali, specie nell'area dell'emergenza e la loro articolazione per intensità delle cure;



- la valorizzazione della medicina generale, in particolare nella gestione della cronicità e più in generale nella gestione dei percorsi di cura sul territorio;
- la prevenzione attiva come componente interna del progetto aziendale e non come attività aggiunta e collaterale;
- l'integrazione socio-sanitaria e la tutela delle fasce deboli della popolazione;
- il miglioramento dell'efficienza erogativa;
- l'etica di sistema;
- l'accessibilità e l'equità di risposta;
- la valutazione di qualità e di esiti.

L'Azienda ASL ROMA 2 si configura dunque come una organizzazione che:

- agisce per il miglioramento dello stato di salute dei cittadini nel proprio contesto socio-ambientale, sviluppando alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale e assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale;
- sperimenta nuove modalità organizzative di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico;
- gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità, operando con trasparenza in un'ottica di compatibilità e sostenibilità economica con l'intero sistema socio-economico regionale;
- persegue la valorizzazione dei propri professionisti, patrimonio dell'Azienda, attraverso politiche formative e di aggiornamento continuo;
- promuove l'innovazione, la ricerca, la sperimentazione clinica e la valorizzazione del proprio patrimonio tecnologico.

La *Vision* strategica aziendale ricerca:

- il perseguimento del miglioramento continuo della qualità delle cure mediante l'uso sistematico degli strumenti del Governo Clinico, la EBM, linee guida e Percorsi Diagnostici, Audit e Gestione Rischio Clinico e Formazione, impegnandosi sul versante dell'accreditamento istituzionale;
- la forte integrazione con la comunità, la centralità della persona e delle sue aspettative di salute;
- la presa in carico, l'approccio multidisciplinare, la trasparenza e la sicurezza;

- la scelta di modelli organizzativi in grado di coniugare efficacia, efficienza, equità, ed economicità promuovendo l'appropriatezza clinica, attraverso:
  - Modello assistenziale per intensità di cure
  - Medicina di iniziativa
  - Percorsi di integrazione ospedale-territorio

### ***3.1 La Strategia di promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali perseguita***

La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali e l'impegno per il perseguimento della continuità assistenziale, si è implementata attraverso la riorganizzazione dei servizi, la facilitazione dell'integrazione fra ospedale e territorio, la sperimentazione di modelli e la diffusione di quelli risultati più efficaci.

La valutazione epidemiologico demografica che ha guidato tali scelte ha preso in considerazione:

- la speranza di vita alla nascita in costante aumento;
- l'attesa di vita a 65 anni è di 18,3 anni nei maschi e 21,9 nelle femmine;
- il tasso di natalità in controtendenza rispetto al dato regionale;
- la numerosità della popolazione con età  $\geq 65$  anni;
- la popolazione fragile definita in base all'età, alle condizioni sociale, ai ricoveri e malattie croniche;
- i tassi di mortalità, morbosità, morbilità.

L'analisi di contesto evidenzia inoltre:

- un territorio variegato, per composizione sociale e tipologia degli insediamenti;
- aree con una forte dispersione della popolazione ed aree ad elevata intensità abitativa;
- una presenza consistente di migranti;
- uno squilibrio tra le dinamiche recenti della popolazione e la consistenza e l'insediamento storico delle strutture sanitarie;
- la pressione esercitata su questi strutture dalla domanda di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, programmata e urgente, con un ampio ricorso a strutture esterne all'Azienda per l'offerta di servizi;
- la polverizzazione delle strutture a livello sub-distrettuale fino a dimensioni incompatibili con profili assistenziali adeguati, soprattutto in assenza di una reale integrazione a rete, con il risultato di una moltiplicazione di offerte inadeguate per quantità e complessità;
- una preoccupante frammentazione operativa e organizzativa.



Al fine, dunque, di garantire un'integrazione orizzontale tra funzioni omogenee e di assicurare alla popolazione interessata le prestazioni sulla base di criteri di equità e di appropriatezza, si sono individuate, nell'ambito delle strutture dell'organizzazione distrettuale, delle aree di intervento omogenee, all'interno delle quali, vi è stata la condivisione di risorse e tecnologie anche attraverso percorsi clinico-diagnostici-terapeutico-assistenziali integrati, dove sono state definite le modalità di coordinamento dei servizi e le modalità operative, in una logica di trasversalità ed omogeneità erogativa.

Tali aree rappresentano ad oggi alcune funzioni specifiche nonché di produzione:

- Salute della donna e dell'età evolutiva;
- Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- Attività di screening e medicina preventiva;
- Assistenza domiciliare;
- Assistenza protesica;
- Assistenza primaria e specialistica;
- Residenzialità dell'anziano.

### ***3.2 Tutela della salute in ambito penitenziario***

In attuazione del DPCM 1 aprile 2008, che stabilisce "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria", in attuazione al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante la "norma per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419", dal 1 ottobre 2008 l'Azienda USL Roma B ha preso in carico tutte le attività in materia di assistenza sanitaria del Polo Penitenziario di Rebibbia. Al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure della popolazione ristretta nella Regione Lazio, le Direzioni Generali delle Asl nel cui territorio insistono gli Istituti Penitenziari hanno sottoscritto un protocollo d'intesa con il quale viene costituita un'area interaziendale dipartimentale di sanità penitenziaria, secondo il modello Hub & Spoke, con il compito di organizzare in forma unitaria le strutture ed i servizi dedicati all'assistenza delle diverse strutture carcerarie della regione, utilizzando anche la Telemedicina, con lo scopo di innalzare la qualità dell'assistenza e ridurre i trasferimenti da stabilimenti penitenziari e strutture sanitarie, come peraltro previsto dal DCA 247/2014 piani operativi regionale. In questo contesto la ASL Roma 2, in rapporto ai parametri della popolazione carceraria, del numero degli stabilimenti e per la tipologia delle strutture assegnate si configura quale HUB di coordinamento della rete. L'area ha individuato un Coordinamento Tecnico Interaziendale

finalizzato all'attivazione di un laboratorio di approfondimento di scambio di conoscenze e di integrazione delle realtà esistenti, composto da i referenti nominati dalle Direzioni Generali, in una logica intra-pares. In tale assetto la ASL Roma 2, in rapporto ai parametri della popolazione carceraria, del numero degli stabilimenti e per la tipologia delle strutture assegnate, è stata individuata come HUB della rete Sanità Penitenziaria.

#### **4. Razionalizzazione del numero delle strutture**

In tabella 10 sono descritti i dati relativi alle strutture semplici e complesse risultanti dall'applicazione degli standard regionali ex DCA 259/2014 correlati alla nuova composizione della ASL ROMA 2.

Va qui messo in evidenza che, in relazione al DCA 40 del 12/02/2016 con oggetto "Ospedale Policlinico Casilino, gestito dalla Società Eurosanità Spa, approvazione dell'accordo per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra la ASL ROMA 2 e l'Ospedale Policlinico Casilino nell'ambito della disciplina di cui all'art. 8 bis del D.Lgs n 502/1992 e ss.mm.ii.", alla luce della tempistica prevista per la conclusione del percorso di completo inquadramento del Policlinico Casilino tra gli accreditati del SSN, ovvero il 30 giugno 2017, il presente atto tiene conto delle direzioni di UOC e delle responsabilità di UOS e UOSD ad oggi ricoperte da personale dipendente della ASL ROMA 2 tenendo conto, pertanto, nel computo delle UUOO, dei posti letto del Policlinico Casilino ad oggi comunque afferenti alla neo costituita ASL.

A tale calcolo è stata poi applicata la riduzione del 5 % come richiesto dalle Linee Guida regionali.

Viene assicurato infatti, come previsto dal DCA, il graduale riassorbimento del personale dipendente proveniente dal Policlinico Casilino all'interno della ASL ROMA 2 avendo cura di rispettarne il percorso di carriera e professionale maturato.

Il presente atto inoltre è lo strumento per costruire una nuova cultura aziendale per intensità di cure intra ed extra ospedaliera. In tale ottica la direzione strategica ha individuato le strutture complesse e semplici dipartimentali necessarie alle attività produttive al fine di assicurare la resilienza organizzativa. Ha inoltre individuato solo le UOS, non articolazione di struttura complessa, in Staff alla Direzione Strategica e quelle del Dipartimento delle Professioni, riservandosi la possibilità di definire, subito dopo l'approvazione dell'Atto, insieme ai Professionisti dell'Azienda, la microarticolazione organizzativa nel rispetto degli standard cogenti, previsti e illustrati in tabella 10, ridotti del 5% come da DCA 259/2014, al fine di rendere sempre più flessibile il modello organizzativo per la migliore risposta ai bisogni della popolazione.

In tale ottica, per quanto concerne l'assistenza sul territorio, la direzione strategica ha definito, nella propria articolazione aziendale, l'assegnazione delle UOC ai Distretti, suscettibili di spostamento di sede distrettuale a seguito del completamento dell'analisi della attuale distribuzione dei servizi sul territorio, al fine di offrire la migliore prossimità dei servizi alla popolazione.

Tabella 10 - Computo delle UUOO secondo standard con posti letto assegnati ex DCA 412/2014 (OP, PC, SE/CTO)

<b>UU.OO. OSPEDALIERE ASL ROMA 2</b>	<b>STANDARD</b>	<b>-5%</b>
<b>Posti Letto ASL RM2 ex DCA 412/2014</b>	1.138	
<b>Unità Operative Complesse</b>	65,03	61,78
<b>Unità Operative Semplici</b>	85,19	80,93
<b>TOTALE</b>	<b>150,22</b>	<b>142,71</b>
<b>UU.OO. TERRITORIALI ASL ROMA 2</b>	<b>STANDARD</b>	<b>-5%</b>
<b>Popolazione residente ASL RM2 ex DCA 259/2014</b>	1.295.212	
<b>Unità Operative Complesse</b>	95,84	91,04
<b>Unità Operative Semplici</b>	125,54	119,27
<b>TOTALE</b>	<b>221,38</b>	<b>210,31</b>
<b>TOTALE UU.OO H/T</b>	<b>STANDARD</b>	<b>-5%</b>
<b>TOTALE UOC</b>	161	153
<b>TOTALE UOS/UOSD</b>	210,73	200,19
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>371,60</b>	<b>353,02</b>

#### 4.1 Il numero dei posti letto pubblici e la popolazione residente

La popolazione residente nella ASL ROMA 2, come descritto in Tabella 1, è 1.295.212 cittadini, secondo quanto indicato ex DCA 259/2014, il numero dei posti letto totale ex DCA 412/2014 è di 2.092, di cui 246 di riabilitazione, come già descritto in tabella 7. I posti letto dei presidi aziendali fino al 30 giugno 2017 è di 1138. Su tale numero è stato effettuato il computo della UU.OO ospedaliere.

## **5. Assetto istituzionale delle aziende sanitarie: gli organi, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, la direzione aziendale**

### **5.1 Direttore Generale**

Ai sensi dell'articolo 3 e 17 del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, sono organi dell'azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio di Direzione;
- il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'Azienda ed assicura l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa dell'Azienda stessa. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Ai sensi dell'art. 55 del Nuovo Statuto della Regione Lazio, il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Regione, acquisito il parere della commissione consiliare permanente competente per materia.

L'autonomo e pieno esercizio da parte del Direttore Generale delle funzioni gestionali dell'Azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- a. alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b. al Sindaco o alla conferenza locale per la sanità, che partecipa alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;
- c. al Collegio Sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e di verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale, in particolare, provvede a:

- a) la nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- b) la nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- c) la costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- d) la nomina dei componenti dell'Organismo indipendente di valutazione della performance di cui all'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009, del Collegio tecnico, del Comitato unico di garanzia per

le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni di cui all'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;

- e) l'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- f) l'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e all'organizzazione dello staff alla Direzione Strategica;
- g) la nomina e revoca dei responsabili delle macro-strutture dell'Azienda (Dipartimenti, Distretti, Aree), nonché, dei responsabili delle Unità Operative Complesse e Semplici e al conferimento degli Incarichi Professionali;
- h) i provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti;
- i) l'adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del Medico Competente e del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
- j) l'adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello Organizzativo Aziendale, alla nomina del Coordinatore aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
- k) l'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, individuati dal presente atto di indirizzo;
- l) l'adozione della dotazione organica aziendale;
- m) l'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- n) l'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- o) la verifica, attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- p) la verifica quali-quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- q) l'adozione del Piano della Prestazione e dei Risultati, del Piano della Trasparenza, del Piano anticorruzione e di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

Il Direttore Generale, ai sensi dell'articolo 15bis, comma 1 del d.lgs. 502/1992, attribuisce al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario nonché ai Direttori di Presidio, di Distretto, di Dipartimento ed ai Direttori di struttura complessa le funzioni loro spettanti.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli possono essere:

- funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni proprie, agli stessi attribuiti nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro con specifico atto del Direttore Generale.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, legge regionale n. 6/2002, comma 1, così come modificato dalla L.R. 4/2006, le funzioni attribuite al Direttore Generale devono essere distinte in:

- funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario e amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

Rimangono, infatti, di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione e cioè quelle più propriamente "di governo", 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:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori, forniture e servizi;
- la stipula dei contratti.

Il Direttore Generale può, pertanto, con proprio provvedimento, delegare ai dirigenti dell'azienda sanitaria l'emanazione di atti di gestione di propria competenza.

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega stessa e viene pubblicato sull'albo dell'azienda e sul sito internet dell'azienda. Il delegante non può esercitare in costanza di delega le attribuzioni delegate. Il delegato non può sub-delegare le attribuzioni oggetto della delega ed è responsabile degli atti adottati e dei compiti assolti in attuazione della delega e dei loro effetti.

Gli atti emanati dal delegato non sono impugnabili con ricorso al delegante e sono soggetti allo stesso regime dei controlli previsto per gli atti emanati dal titolare.

Il delegante può, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il

delegante o il delegato. Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela coordinamento e di vigilanza. Al fine di omogeneizzare la forma degli atti amministrativi, gli atti di alta Amministrazione dovranno essere adottati con deliberazione del Direttore Generale e gli atti di gestione con determinazione dirigenziale.

In caso di assenza, legittimo impedimento o vacanza dall'ufficio del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale medesimo. In mancanza di delega espressa, le relative funzioni sono svolte dal Direttore più anziano per età.

### **5.1.1 Il Collegio di Direzione**

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione, quale organo dell'azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale.

Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

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
- i direttori medici di presidio ospedaliero;
- i coordinatori delle Aree Operative;
- il direttore del Dipartimento delle Professioni e/o un rappresentante.

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 strategica.

### **5.1.1.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione**

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). La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza). L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

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 più in generale per tutti gli atti a valenza programmatica;

b) maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.

Per il voto delle decisioni tutti i componenti hanno diritto ad un voto di peso 1 (uno) ad eccezione dei coordinatori di Area il cui voto è pari a 0.5.

Delle riunioni del Collegio viene redatto verbale, che verrà inviato via mail ed approvato nella seduta successiva. 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. L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute ed ai dati trattati.

### **5.1.2 Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni**

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.

Il Collegio Sindacale, ai sensi dell'articolo 10 della L.R. 18/1994 come sostituito dalla L.R. 14 luglio 2014, n. 7, è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri, da nominare secondo quanto previsto dall'art. 13 del "*Patto per la Salute per gli anni 2014-2016*" di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trieste e di Bolzano del 10 luglio 2014. Nella prima seduta, convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, il Collegio Sindacale elegge il Presidente secondo le modalità definite dalla normativa in vigore.



Il Collegio Sindacale esercita le seguenti funzioni:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- 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;
- fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- 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;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda al Sindaco di Roma.

## **5.2 La Direzione strategica**

La Direzione strategica Aziendale, composta dal direttore generale, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, avvalendosi del collegio di direzione, esercita il governo strategico dell'azienda.

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).

La Direzione Aziendale definisce, sulla base della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. 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.

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 ed indirizzo regionali; - l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni; - il governo delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo e formative; - la pianificazione delle risorse e degli investimenti; - il governo delle relazioni interne ed esterne; - la garanzia della sicurezza e la prevenzione; - il controllo strategico.

### **5.3 Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario**

I servizi amministrativi ed i servizi sanitari dell'Azienda sono diretti, rispettivamente, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, i quali svolgono le funzioni previste dall'articolo 3 del D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dall'articolo 16 della legge regionale n. 18/1994 e ss.mm.ii. Il Direttore sanitario presiede altresì il Consiglio dei sanitari.

Il Direttore amministrativo ed il Direttore sanitario sono nominati in rapporto fiduciario con provvedimento motivato del Direttore generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere ed avuto riguardo degli specifici requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7, del D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dall'articolo 15 della legge regionale 18/1994 e ss.mm.ii. e tenuto conto delle indicazioni di cui all'Atto di indirizzo approvato con DCA U00259 del 06 agosto 2014.

Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono 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.

Per quanto di competenza:

- a) esprimono il parere al Direttore Generale sugli atti dello stesso, emanati per gli aspetti o le materie di competenza nonché su ogni altra questione che venga loro sottoposta;
- b) svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati dal Direttore Generale;
- c) formulano, per le parti di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività; curano per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- d) esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal Direttore Generale e degli importi determinati dallo stesso;
- e) coordinano e supportano i Direttori di Dipartimento e delle aree funzionali nelle loro funzioni di pianificazione e programmazione e di sviluppo organizzativo assicurando l'applicazione di criteri di gestione e valutazione omogenei, efficaci ed efficienti;
- f) determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi, di rispettiva competenza, nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;

- g) verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno di cui al comma 6 dell'art. 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- h) svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore sanitario, in particolare:

- esercita l'alta direzione dei servizi sanitari dell'Azienda ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e gestione stabiliti dal Direttore generale;
- assicura il raccordo e il coordinamento generale tra la Direzione aziendale e le strutture dell'Azienda e le macroarticolazioni organizzative al fine della realizzazione dei programmi e degli obiettivi individuati dalla Direzione aziendale;
- promuove, attraverso l'individuazione di metodologie, procedure e protocolli operativi l'efficienza, l'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- è responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda;
- presiede il Consiglio dei sanitari.

Il Direttore amministrativo, in particolare:

- esercita l'alta direzione dei servizi amministrativi della infrastruttura aziendale in conformità agli indirizzi generali di programmazione e gestione stabiliti dal Direttore generale e sovrintende al corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico e amministrativo;
- persegue, favorendo idonee procedure, la correttezza, la completezza e la trasparenza dei processi amministrativi, con particolare riguardo a quelli di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali;
- definisce gli orientamenti delle strutture assegnate al governo economico - finanziario aziendale;
- indirizza l'organizzazione dei servizi amministrativi in funzione dell'esigenza di assicurare alle strutture sanitarie il supporto e gli strumenti necessari per poter operare in termini di efficienza, efficacia, economicità e tempestività.

Il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo per l'esercizio delle funzioni di rispettiva competenza, si avvalgono dello staff della Direzione aziendale, delle strutture aziendali ai vari livelli organizzativi nonché degli organismi costituiti all'interno dell'Azienda.

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del direttore generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o di impedimento del Direttore Sanitario e/o Amministrativo le funzioni sono svolte, in via temporanea, da un Dirigente della funzione sanitaria per il primo e da un Dirigente della funzione amministrativa per il secondo, nominato dal Direttore Generale, ove possibile, su proposta dei titolari.

## 6. Assetto organizzativo della ASL ROMA 2

Il presente atto è stato progettato come strumento operativo per la costruzione, da un lato della nuova cultura aziendale dell'organizzazione per intensità di cure, e, dall'altro, per implementare il *sensemaking* della nuova Azienda, valorizzando le precedenti esperienze aziendali del personale confluito nella neo istituita ASL ROMA 2. Alla luce dunque di quanto sopra, tale documento è da intendersi come atto di transizione, modificabile nel triennio, al fine di rendere l'organizzazione sempre più coerente con la nuova *mission* aziendale e la relativa nuova *vision*, nonché con la nuova articolazione territoriale.

Pertanto in questo Atto, nel quale si concretizza la transizione al modello per intensità di cure dei presidi ospedalieri, è stato necessario prevedere piuttosto che l'articolazione dipartimentale classica, la realizzazione di aree assistenziali operative omogenee, anche al fine di supportare il superamento della logica divisionale che prevedeva invece i reparti specialistici per le degenze ospedaliere.

Le Aree operative inoltre sono state strumento necessario alla condivisione delle procedure e alla unificazione degli standard qualitativi delle prestazioni da erogare nella aree assistenziali ad alto *know how* come l'Area Operativa dei Laboratori HUB; Area della diagnostica per immagini, Area della farmaceutica.

Tali Aree operative permettono infatti di far confluire, sia gestionalmente sia funzionalmente, i posti letto che vengono articolati per complessità assistenziale, sia i professionisti, tale che le cure vengano erogate ponendo al centro del percorso il Paziente cui i professionisti ruotano attorno per fornire le prestazioni commisurate ai singoli bisogni di salute.

Tale scelta, peraltro, ha anche permesso di non mortificare le competenze e le esperienze già acquisite da tutti i professionisti nelle precedenti Aziende costituenti la ASL ROMA 2, con l'obiettivo comune di costruire una cultura condivisa e quindi di comprimere i rischi di un fallimento organizzativo o di manifestazione di resistenze tipiche dell'implementazione di nuovi modelli organizzativi, soprattutto se innovativi.

E' evidente, pertanto, che nel corso del triennio, al mutare della cultura ed al concretizzarsi di esigenze organizzative specifiche, la ASL ROMA 2 si riserva di poter di istituire dei dipartimenti trasversali, laddove più funzionali alla articolazione produttiva.

## 6.1 I criteri generali dell'organizzazione aziendale

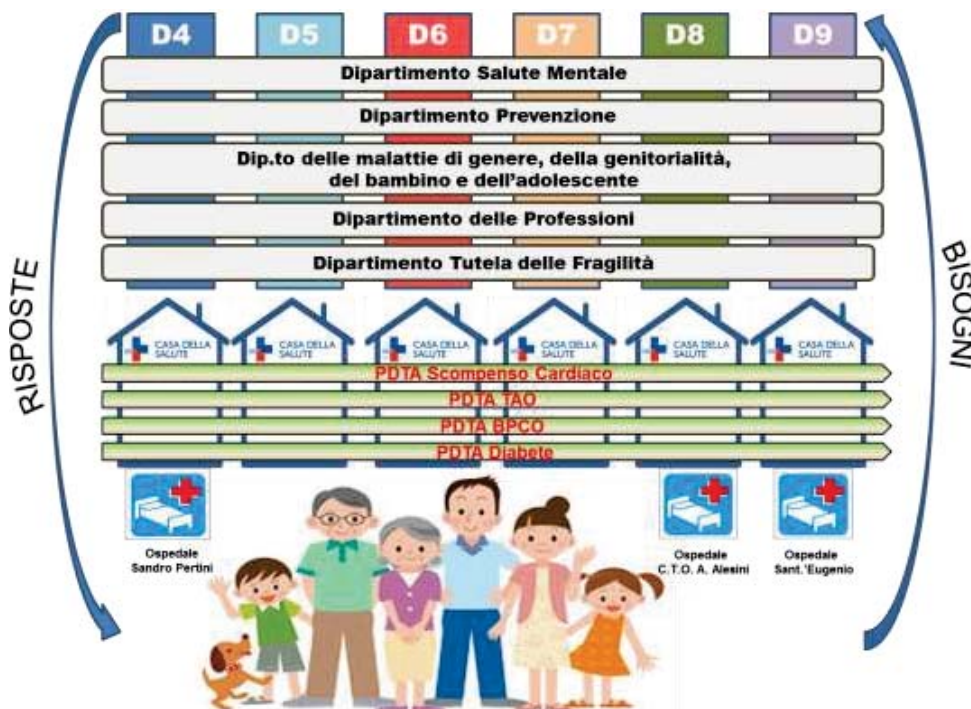
L'articolazione organizzativa implementata in questo documento ha tenuto conto dei requisiti cogenti per gli atti di autonomia e riorganizzazione aziendale ed in particolare di quanto richiesto dal DCA 259/2014 nonché di quanto richiesto all'Azienda con il DCA 606/2015. Ha ricercato tutte le forme di valorizzazione del capitale umano della ex ASL ROMA B e della ex ASL ROMA C, al fine di individuare le *experties* e le *competence*, e di costruire un *sensemaking* aziendale, quale elemento essenziale.

L'assetto organizzativo della ASL ROMA 2 ha come presupposto la centralità della persona nel processo di cura. Consapevole dunque della nuova composizione demografica e sociosanitaria, nonché della nuova distribuzione territoriale, la ASL ROMA 2 ha individuato quali elementi fondanti la propria reingegnerizzazione dei processi:

- i bisogni di salute della popolazione
- l'appropriatezza della risposta assistenziale sulla base dei bisogni rilevati
- l'ottimizzazione delle risorse nell'allocatione ed utilizzo nonché l'erogazione di cure sicure.

La semantica utilizzata per la redazione dell'atto è sintetizzata in figura 10.

Figura 10



L'organizzazione ha inoltre recepito il *Chronic Care Model* (modello della Assistenza alla Cronicità) quale risposta coerente con la composizione della popolazione afferente ai propri distretti caratterizzata da patologie cronico degenerative ad eziologia multifattoriali, poli - patologie, alto indice di dipendenza e alta percentuale di popolazione over 65 anni.

La popolazione della ASL ROMA 2 è però caratterizzata anche da popolazione fragile ovvero da stranieri non residenti, migranti e transitanti nonché da popolazione ristretta.

Come è noto, infatti, il *Chronic Care Model* è il modello di gestione del paziente cronico nel setting della continuità assistenziale e riconosce nelle Cure Primarie (Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Medici di Continuità Assistenziale) una delle componenti fondamentali nella erogazione dei servizi sul territorio.

Gli strumenti di traduzione organizzativa ed operativa del *Chronic Care Model* integrato con il Disease Management nel modello denominato Expanded Chronic Care Model sono:

- Percorsi Assistenziali
- Gestione Integrata della malattia

Rispetto al percorso diagnostico terapeutico (PDT) il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) include anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale. La definizione di Percorsi Assistenziali condivisi tra ospedale e territorio risulta particolarmente valida per la gestione delle malattie croniche ad elevata prevalenza, quali il diabete, la broncopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco.

Per tal motivo la direzione strategica, nell'ambito del *Chronic Care Model*, ha individuato uno specifico strumento operativo che la letteratura denomina *Expandend Chronic Care Model*, ovvero un Modello Allargato della Assistenza alla Cronicità, nel quale gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti della salute mentre gli *outcome* non riguardano solo i pazienti ma anche le comunità e l'intera popolazione.

L'*Expanded Chronic Care Model* è infatti caratterizzato da:

- Prevenzione Primaria per la popolazione esposta a rischio (progetti PASSI, PIS, PASSI d'Argento);
- Self Management nelle fasi iniziali della patologia (Supporto all'auto-cura, coinvolgimento caregivers);
- Disease Management in fase di patologia conclamata (Cure Primarie integrate e follow-up);
- Case Management in fase avanzata (ADI, PAI- Progetti di assistenza individuali);
- Fase Terminale (Accompagnamento e Cure di fine vita).



Al momento la ASL ROMA 2 ha implementato i seguenti percorsi:

- PDTA Diabete
- PDTA BPCO (bronchite cronica ostruttiva)
- PDTA TAO (terapia anticoagulante orale)
- PDTA scompenso cardiaco

In figura 11 la sinossi del modello.

Figura 11



Ogni percorso diagnostico terapeutico assistenziale, in ogni distretto, ha un dirigente medico che è il coordinatore di percorso (*operating manager* PDTA) e un responsabile della presa in carico globale (*case manager*) per assicurare al cittadino la continuità delle cure.

Oltre ai PDTA il Expanded Chronic Care Model applicato prevede anche Percorsi oncologici.

I percorsi oncologici attivi sono:

- Percorso oncologico senologico (vedi figura 12)
- Percorso oncologico K cervice uterina (vedi figura 13)
- Percorso oncologico K colon (vedi figura 13)
- Percorso oncologico K prostata (in fase di implementazione, vedi figura 13)
- Percorso oncologico K polmone (vedi figura 14)

Come per i PDTA è previsto a garanzia del monitoraggio continuo del processo di erogazione un dirigente medico che è il coordinatore di percorso (*operating manager* PDTA) e un responsabile della presa in carico globale (*case manager*) per assicurare al cittadino la continuità delle cure.



Figura 12



Figura 13



Figura 14



La gestione integrata della malattia è una formula organizzativa dell'assistenza costruita su percorsi assistenziali condivisi che mettano in luce e valorizzino i contributi delle varie componenti e dei vari attori assistenziali lungo il continuum di cura del paziente, mirata al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG, riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali ed ospedalieri (specialisti, infermieri, medici di Continuità Assistenziale ed altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza, con obiettivo finale dell'integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e del coinvolgimento attivo del paziente nei percorsi di cura.

In tale modello trovano dunque privilegiata collocazione il Dipartimento di Salute Mentale (Centri di salute mentale, TSMREE), il Dipartimento di Prevenzione (Coordinamento screening, Coordinamento Vaccinazioni), il Dipartimento della Tutela delle Fragilità (SERD, Disabile Adulto), il Dipartimento della malattie di Genere, della Genitorialità, del Bambino e dell'Adolescente (Consultori, Percorso nascita), le Aree operative assistenziali.

## 6.2 I Dipartimenti e le Aree

L'organizzazione dipartimentale rappresenta un modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e come tale la ASL ROMA 2 lo ha individuato come centro di responsabilità. Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Il dipartimento, infatti, aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse umane. E' inoltre il luogo dove il Ciclo delle Performance trova reale concretizzazione. La direzione del dipartimento è assegnata ad un direttore di una Unità Operativa Complessa con la durata massima dell'incarico triennale.

I dipartimenti individuati sono:

- Salute Mentale
- della Prevenzione
- della Tutela delle Fragilità
- Assistenziale Ortopedico Riabilitativo
- delle Professioni
- dei Servizi Diagnostici e della Farmaceutica
- delle Malattie di genere, della Genitorialità, del Bambino e dell'Adolescente
- della Emergenza OP
- della Emergenza SE/CTO

Accanto al dipartimento però, la ASL ROMA 2, ha individuato un altro modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendale ovvero l'Area Operativa. Tale modello infatti è coerente con l'articolazione organizzativa per intensità di cure sia ospedaliera sia territoriale e per l'assicurazione della integrazione socio – sanitaria, nonché per la appropriata assicurazione ai Cittadini della continuità assistenziale. L'Area Operativa, quindi, rappresenta una aggregazione omogenea e trasversale di attività ad alta espressione di *experties* e *competence*, nonché di strategicità aziendale e, ancora, di gestione delle risorse umane, al fine di poter governare processi clinic assistenziali complessi ad elevato *know how*. Per tal motivo l'Area così come progettata dalla ASL ROMA 2 può avere valenza intra - dipartimentale, interdipartimentale, interpresidio.

Nello specifico, infatti, le Aree Operative individuate dalla ASL ROMA 2, realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali allo scopo di ottimizzare risorse ed attività perseguendo obiettivi e finalità comuni, in una logica d'integrazione e sviluppo della rete ospedaliera e territoriale. In tale ottica devono quindi essere considerate quale superamento innovativo della organizzazione per dipartimento laddove vengano erogate prestazioni per intensità di cure. Dal punto di vista pratico al Coordinatore di Area Operativa per intensità di cura, così come per i dipartimenti, in questo atto di transizione, viene dunque assegnato il compito e l'incarico di governare i processi clinici e di partecipare alle attività di Budgeting. Inoltre, il Coordinatore dell'Area Operativa delle Aree per intensità di cure ha anche il compito di individuare i responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale, laddove si rendessero necessarie all'articolazione organizzativa, parimenti a quanto fa il direttore del dipartimento.

Le Aree operative sottostanti ad un dipartimento assicurano invece l'integrazione delle competenze, sono funzionali al superamento delle criticità che potrebbero essere insite alle attività di fusione di due aziende complesse quali la ex ASL ROMA B e la ex ASL ROMA C e sono dunque indispensabili al fine di costruire un sensemaking condiviso ed armonizzare le procedure, protocolli e linee guida, in un unicum assistenziale affinché sia assicurati ai Cittadini i medesimi requisiti di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

Le Aree operative per intensità di cure individuate sono:

- Area medica per intensità di cura che si integra con l'inter - area territoriale per assicurare la continuità delle cure ospedale territorio
- Area chirurgia per intensità di cura che si integra con l'inter - area territoriale per assicurare la continuità delle cure ospedale territorio

le Aree operative intra - dipartimentali individuate

- Area Laboratori HUB 1 e 2
- Area Diagnostica per immagini
- Area Farmaceutica
- Area sanità veterinaria

## 6.2.1 Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale, 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 regionale di riferimento, anche detenuta. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo prioritariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria e di psicologia di comunità. Il DSM coordina sotto un'unica direzione le attività territoriali e ospedaliere, pubbliche e private accreditate dell'assistenza per la salute mentale. E' un dipartimento strutturale transmurale (territoriale e ospedaliero), dotato di autonomia tecnico-organizzativa. Collabora con il Servizio per le Patologie delle Dipendenze.

Il DSM comprende più unità operative complesse finalizzate al completo sviluppo e all'integrazione degli interventi preventivi e terapeutico-riabilitativi ed al fine di assicurarne la continuità terapeutica nonché l'appropriatezza degli interventi il presente atto colloca anche le attività preventive e riabilitative della infanzia e della età evolutiva quale oggetto delle attività clinico assistenziali del DSM.

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 del budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale nel perseguimento degli obiettivi assegnati. 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, 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.

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

Il Dipartimento di Salute Mentale è articolato in:

- UOC SPDC Ospedale Pertini (Integrazione operativa con il DEA Ospedale Pertini)
- UOC SPDC S. Eugenio (Integrazione operativa con il DEA S. Eugenio)
- UOC SPDC S. Giovanni (Integrazione operativa con il DEA S. Giovanni)
- UOC Centro di Salute Mentale Distretto 4 (Integrazione operativa con Distretto 4)

- UOC Centro di Salute Mentale Distretto 5 (Integrazione operativa con Distretto 5)
- UOC Centro di Salute Mentale Distretto 6 (Integrazione operativa con Distretto 6)
- UOC Centro di Salute Mentale Distretto 7 (Integrazione operativa con Distretto 7)
- UOC Centro di Salute Mentale Distretto 8 (Integrazione operativa con Distretto 8)
- UOC Centro di Salute Mentale Distretto 9 (Integrazione operativa con Distretto 9)
- UOC Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (a valenza interdistrettuale)
- UOSD Interventi precoci in età evolutiva (a valenza interdistrettuale)
- UOSD Disturbi del comportamento alimentare
- UOSD Residenzialità Salute Mentale
- UOSD Salute Mentale Penitenziaria e Psichiatria Forense

## 6.2.2 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la principale articolazione di riferimento per il macrolivello dei LEA “Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro” ed è, quindi, la struttura operativa aziendale che garantisce tale assistenza, 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. Nell’ambito del Dipartimento, la prevenzione e la promozione della salute devono essere vissuti come un investimento fondamentale per affrontare al meglio le malattie croniche e dare maggiore qualità alla vita delle persone, non ancorando più il Dipartimento ad un ruolo meramente ispettivo e certificativo. In tal senso, il Dipartimento di Prevenzione è propulsore e coordinatore di interventi di promozione della salute e di prevenzione sul territorio. Nell’ambito del Dipartimento di Prevenzione sono garantite le funzioni di screening attraverso l’attivazione di specifici programmi, che costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza, da rivolgere a tutta la popolazione bersaglio. Detti programmi, con i quali si sviluppano azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione alla popolazione, sono monitorati e valutati dalla Regione attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito.

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, sviluppa ed integra le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, sviluppando la sorveglianza epidemiologica, l’informazione all’utenza, l’assistenza alle imprese, la formazione degli operatori, l’educazione sanitaria, l’informazione e la comunicazione del

rischio per la salute garantendo l'attività di prevenzione basata sull'evidenza, e che assicuri l'equità sociale degli interventi.

L'assetto organizzativo del dipartimento di prevenzione è delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 29.11.2001. Ai sensi degli artt. 7 ss. del D.lgs 502/92 s.m.i. il Dipartimento di Prevenzione aggrega le funzioni di prevenzione primaria e secondaria dedicate a:

- attività di prevenzione in tema di vaccinazioni obbligatorie e non;
- attività di prevenzione in tema di screening;
- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le funzioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione sono organizzate in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza (numero dei residenti, numero e complessità delle strutture da sottoporre a controllo, numero delle aziende zootecniche e dei capi di bestiame, etc.), e devono sviluppare reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività che prevedono l'esercizio di funzioni affini.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in:

- o UOC Servizio di Igiene e Sanità Pubblica -SISP-
- o UOC Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – SPRESAL –
- o UOC Progetti Abitabilità e Acque Potabili
- o UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione -IAN- (in correlazione operativa con la UOC Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale)
- o UOSD Coordinamento Screening (ad integrazione operativa con i Distretti, con il Dipartimento dei Servizi Diagnostici e della Farmaceutica e con il Dipartimento delle malattie di genere, della genitorialità, del bambino e dell'adolescenza)
- o UOSD Medicina dello Sport



#### *Area di Sanità Veterinaria*

- UOC Sanità Animale
- UOC Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale (in correlazione operativa con la UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione)
- UOC Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Nell'area di Sanità Veterinaria vengono assicurate le funzioni di verifica dei processi dei controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali di controllo ufficiali ex art 8 del regolamento CE 882/2004.

### **6.2.3 Il Dipartimento Tutela delle Fragilità**

Il Dipartimento Tutela delle Fragilità viene costituito in considerazione della prevalenza nella popolazione residente di patologie da abuso e dipendenza o comportanti handicap nell'adulto, della presenza di circa il 60% della popolazione nomade di Roma Capitale nel territorio della ASL Roma 2, della presenza nel territorio del IV Municipio del Polo Penitenziario Rebibbia che ospita, normalmente, circa un terzo della popolazione detenuta del Lazio, con un transito annuale di circa 5000 persone.

La popolazione detenuta presenta mediamente un'incidenza superiore di patologia di quella espressa dalla popolazione generale. In sintonia con quanto previsto dal DPCM del 1 aprile 2008, che ha determinato il transito delle funzioni sanitarie dal Ministero di Giustizia al Sistema Sanitario Regionale, la ASL Roma 2, sul cui territorio insiste il Polo Penitenziario Rebibbia, garantisce una organizzazione dedicata, per assicurare la completa presa in carico del paziente detenuto. Le strutture organizzative individuate per l'assistenza sanitaria penitenziaria gestiscono tutte le prestazioni e le funzioni relative all'assistenza sanitaria di base, alla continuità assistenziale, all'assistenza medica specialistica, ed all'assistenza infermieristica. Nell'ambito del Distretto IV, sul quale l'Istituto Penitenziario insiste, viene garantita la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta. Esse collaborano inoltre con le strutture afferenti all'area delle dipendenze, della salute mentale e del reparto ospedaliero di Medicina Protetta dell'Ospedale Pertini, che svolgono autonomamente le proprie funzioni assistenziali e che dipendono dai rispettivi Dipartimenti.



Al fine di riorganizzare, per la sanità penitenziaria, le attività assistenziali da garantire alla popolazione detenuta l'Azienda ha provveduto all'implementazione dell'assistenza infermieristica, socio-sanitaria e riabilitativa presso il Polo Penitenziario Rebibbia.

La nuova organizzazione presso il Polo Penitenziario Rebibbia ha consentito di:

- attivare l'ambulatorio infermieristico anche al fine di garantire il supporto necessario per lo screening per il cancro del colon-retto;
- attivare il percorso "rosa" per l'assistenza alla donna ed ai bambini;
- attivare lo screening per il cervico-carcinoma;
- riservare alla ASL la gestione di alcune linee di attività, ritenute cruciali, quali, ad esempio, il servizio di Farmacia, la linea della preospedalizzazione, la cura dei rapporti con i Servizi Territoriali e Ospedalieri, e l'approvvigionamento dei materiali economici.

La nuova articolazione della assistenza alla popolazione ristretta assicura risposte assistenziali appropriate e personalizzate ai bisogni delle persone reclusi con il vantaggio di:

- migliorare l'integrazione professionale (medica, infermieristica e personale di supporto);
- promuovere lo sviluppo di modelli assistenziali basati sulla presa in carico (case management) e degli strumenti correlati (documentazione assistenziale) impegnando concretamente la figura dell'Infermiere Case Manager (ICM) su percorsi clinico-assistenziali specifici;
- qualificare l'assistenza nei diversi setting assistenziali in ambito penitenziario tenendo conto delle attività attribuibili all'OSS e valorizzando tale figura nell'assistenza diretta alla persona;
- implementare l'uso di strumenti operativi per la standardizzazione delle attività a bassa discrezionalità decisoria, quali procedure, istruzioni operative, protocolli assistenziali, ecc.;
- favorire l'ottimale gestione dei flussi dei beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, materiale sanitario, supporti non sanitari, etc.) verso le aree produttive (servizi sanitari) per consentire i processi di trasformazione correlati all'assistenza alle persone in carcere.

Il Servizio per le Patologie delle Dipendenze (normato dal DPR 309/90 e s.m., dagli Atti di Intesa Stato Regioni del 21.01.1999 e del 05.08.1999), garantisce la massima integrazione delle conoscenze e delle pratiche cliniche, concorre a sviluppare azioni a forte integrazione socio-sanitaria e collabora alla programmazione sanitaria su scala aziendale. Garantisce l'intervento preventivo e assistenziale mirato alla popolazione giovanile, anche in raccordo con i servizi per l'adolescenza.

Il servizio sviluppa azioni di rete e di integrazione tra tutte le agenzie, pubbliche e del privato sociale che operano nel settore. Assicura funzioni di prevenzione mirata in ambienti di vita e di lavoro; trattamenti diagnostici; screening infettivologici; individua obiettivi e Piano di trattamento;

trattamenti specialistici ambulatoriali; individua, predispone e verifica i trattamenti residenziali e semiresidenziali; valuta gli esiti del trattamento; assicura l'assistenza a detenuti con patologia della dipendenza, anche in misura alternativa alla detenzione.

Le sedi operative individuate saranno accessibili alla popolazione, con dislocazione distrettuale; nell'ambito del Ser.D. del 7° Distretto è prevista la attivazione del servizio sull'intero arco della giornata.

Il Dipartimento inoltre, alla luce della cospicua presenza di stranieri e migranti nel contesto territoriale della ASL, assicura il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione transigente, dei migranti e della popolazione nomade.

La *mission* del Dipartimento è quindi il governo dei bisogni sanitari delle fasce di popolazione debole ad elevato svantaggio sociale e sanitario, dove maggiormente è necessario garantire una risposta globale efficace ed appropriata, assicurando equità e presa in carico.

Al Dipartimento afferiscono quindi unità operative riferibili a diverse discipline, aggregate in rapporto alla finalità della *mission*.

Il Dipartimento, come già detto, lavora in stretta connessione con tutti i Dipartimenti dell'Azienda, i Distretti e la Comunità locale nelle sue espressioni istituzionali di rappresentanza sociale, in quanto solo un approccio integrato è in grado di rispondere alla complessità dei problemi posti dalla popolazione fragile.

Il Dipartimento si articola in:

- UOC Patologie da Dipendenza (Integrazione trasversale nei Distretti)
- UOC Disabile Adulto (Integrazione trasversale nei Distretti)
- UOC Tutela degli Immigrati e Stranieri (Integrazione trasversale nei Distretti)
- UOC Psicologia della Fragilità e dei percorsi
- UOC Sviluppo e Governo dei PDTA
- UOC Salute Penitenziaria (Integrazione operativa con Distretto 4)

#### **6.2.4 Il Dipartimento Assistenziale Ortopedico Riabilitativo**

In questo dipartimento afferiscono le UUOO insistenti nell'ambito del presidio SE/CTO presso il CTO. Tale dipartimento ha attività di elezione e urgenza funzionale alla presenza del Pronto Soccorso specialistico ortopedico che afferisce al DEA 1° dell'ospedale Sant'Eugenio/CTO.

Dal punto di vista organizzativo l'articolazione dei posti letto è in long e week per intensità di cure.

Caratterizzano l'offerta assistenziale del Dipartimento le seguenti strutture delle quali le prime 3 si trovano in una rete di integrazione clinica per intensità di cure con le UOC Ortopedia e traumatologia del presidio Pertini e del presidio S. Eugenio:

- UOC Ortopedia
- UOC Chirurgia ricostruttiva della Mano
- UOSD Chirurgia protesica avanzata
- UOSD Cardiologia CTO
- UOC Anestesia e rianimazione
- UOC Unità Spinale
- UOC Transmurale Endocrinologia (a gestione universitaria)
- UOC Riabilitazione e recupero funzionale
- UOC Centro per l'autonomia

### **6.2.5 Il Dipartimento delle Professioni**

Il Dipartimento delle Professioni è una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento delle risorse afferenti con l'obiettivo di contribuire al processo di risposta ai bisogni dei cittadini e di erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del processo di promozione, di mantenimento e recupero della salute della persona.

Al riguardo, il Dipartimento delle Professioni elabora e propone alla Direzione Aziendale modelli organizzativi ed assistenziali, metodi e strumenti di programmazione, di gestione e verifica delle attività infermieristiche, ostetriche, tecniche, riabilitative e della prevenzione. Assicura, nel rispetto delle autonomie professionali e delle responsabilità gestionali, la collaborazione e l'integrazione con le diverse professioni nell'ambito delle diverse articolazioni aziendali. Promuove azioni ed interventi finalizzati alla umanizzazione delle cure, alla presa in carico dei malati ed alla continuità assistenziale.

Il Dipartimento delle Professioni si articola in:

- UOC Assistenza alla Persona
  - UOS Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica Ospedaliera
  - UOS Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica Territoriale
  - UOS Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica di Supporto al Percorso Nascita Integrato Ospedale-Territorio
  - UOS Professioni Sanitarie Riabilitative

- UOC Attività Tecniche Sanitarie e della Prevenzione
  - UOS Professioni Tecnico Sanitarie Ospedaliere
  - UOS Professioni Tecnico Sanitarie Territoriali
  - UOS Professioni Tecniche Della Prevenzione
- Servizio Sociale

### 6.2.6 Il Dipartimento dei Servizi Diagnostici e della Farmaceutica

La *mission* del dipartimento è quello di supportare la attività di produzione delle prestazioni sanitarie attraverso la Medicina di Laboratorio, l'Anatomia Patologica, i Servizi Immunotrasfusionali, la Diagnostica per immagini, la Radiologia interventistica, la gestione dei farmaci e dei presidi.

Per garantire le complesse ed onerose attività di HUB, sono state individuate due Aree Operative, HUB 1 e HIB 2, una presso il Pertini una presso il S. Eugenio, inoltre, per la specificità delle attività svolte sono state definite anche un'Area di Diagnostica e un'area Farmaceutica.

Afferiscono all'*Area HUB 1* le seguenti strutture:

- UOC Laboratorio HUB 1
- UOC Microbiologia e Virologia
- UOC Anatomia Patologica
- UOC SIMT

Afferiscono all'*Area HUB 2* le seguenti strutture:

- UOC Laboratorio HUB 2
- UOSD SIMT
- UOSD Anatomia Patologica

Afferiscono all'*Area Diagnostica per Immagini*

- UOC Diagnostica per Immagini OP
- UOC Diagnostica per Immagini SE/CTO
- UOC Diagnostica per immagini Territoriale e Screening Mammografico
- UOSD Diagnostica per immagini CTO (con afferenza funzionale con la UOC Diagnostica per immagini e screening Mammografico)
- UOC Medicina Nucleare SE/CTO
- UOSD Radiologia interventistica OP
- UOSD Radiologia interventistica SE/CTO

Afferiscono all'*Area Farmaceutica*

- UOC Farmacia ospedaliera OP, continuità ospedale territorio e distribuzione diretta
- UOC Farmacia ospedaliera SE/CTO e verifica appropriatezza prescrittiva ospedale territorio
- UOC Vigilanza farmacie e depositi

## **6.2.7 Il Dipartimento delle malattie di genere, della genitorialità, del bambino e dell'adolescente**

A questo dipartimento afferiscono il percorso nascita ed i consultori nonché il *government* del percorso oncologico senologico. Si articola con le UUOCC di Ostetricia e Ginecologia, le UUOCC di Pediatria, la UOC di Neonatologia e Unità terapia intensiva neonatale, la UOC Tutela della salute della donna e della età evolutiva nonché le attività di Procreazione Medicalmente Assistita.

Si articola in:

- UOC Pediatria OP
- UOC Pediatria SE/CTO
- UOC Neonatologia e Unità terapia intensiva neonatale SE/CTO
- UOC Ostetricia e ginecologia OP
- UOC Ostetricia e ginecologia SE/CTO
- UOC Tutela salute della donna e della età evolutiva ad integrazione funzionale con i distretti
- UOSD Fisiopatologia della riproduzione ed andrologia OP

## **6.2.8 La Gestione della Emergenza nella ASL ROMA 2**

### **6.2.8.1 Il Dipartimento Emergenza Urgenza P.O. Pertini (OP)**

Afferiscono a questo dipartimento le seguenti strutture:

- UOC Medicina d'urgenza e PS
- UOC Anestesia e Rianimazione
- UOC Ortopedia e traumatologia
- UOC Cardiologia
- UOSD Endoscopia d'urgenza
- UOSD terapia del dolore e cure palliative
- UOC Neurologia

### **6.2.8.2 Il Dipartimento Emergenza Urgenza P.O. Sant'Eugenio/CTO (SE/CTO)**

Afferiscono a questo dipartimento le seguenti strutture:

- UOC Medicina d'urgenza e PS
- UOC Anestesia e TIPO
- UOC Ortopedia e traumatologia
- UOC Centro Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
- UOC Cardiologia
- UOSD Endoscopia d'urgenza
- UOSD Terapia Intensiva
- UOC Neurologia e Stroke
- UOC Neurochirurgia

### **6.2.9 Area medica per intensità di cura che si integra con l'inter - area territoriale per assicurare la continuità delle cure ospedale territorio**

A tale Area afferiscono le seguenti strutture per la gestione dei posti letto nella piattaforma di ricovero per bassa e media intensità di cure articolata in week e long.

#### **6.2.9.1 Area medica ospedaliera per intensità di cure Pertini**

- UOC Medicina
- UOC Medicina Protetta (Palazzina D)
- UOC Oncologia interpresidio (OP-SE/CTO)
- UOC Nefrologia, Dialisi e Litotrissia

Afferisce a questa area, esclusivamente per la gestione dei posti letto, la UOC Cardiologia.

#### **6.2.9.2 Area medica ospedaliera per intensità di cure S. Eugenio**

- UOC Ematologia (a gestione universitaria)
- UOC Nefrologia e Dialisi
- UOC Medicina

Afferisce a questa area, esclusivamente per la gestione dei posti letto, la UOC Cardiologia.

### 6.2.9.3 Inter - area Medica di integrazione ospedale territorio

Al fine di assicurare ai Cittadini la continuità assistenziale vi sono strutture che lavorano tra l'ospedale ed il territorio che sono dunque collocate tra l'area di afferenza ospedaliera ed il territorio ovvero interarea medica o chirurgica.

Afferiscono a questa inter - area medica le seguenti UOC transmurali, che accedono all'occorrenza alla piattaforma di ricovero, secondo il modello per intensità di cure, ed erogano le prestazioni cliniche e diagnostiche presso le strutture ambulatoriali, ospedaliere e territoriali, e presso le Case della Salute, integrandosi per la loro attività anche con gli specialisti operanti sul territorio:

- UOC Transmurale Pneumologia (afferente gestionalmente alla Area medica per intensità di cura Pertini)
- UOC Transmurale Geriatria integrazione ospedale territorio (afferente gestionalmente alla Area medica per intensità di cura S. Eugenio)
- UOC Transmurale di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva (afferente gestionalmente alla Area medica per intensità di cura Pertini)

Afferiscono infine a questa area senza utilizzo di posti letto:

- UOC Diabetologia (afferente gestionalmente alla Area medica per intensità di cura Pertini)
- UOSD Gestione integrata percorsi di cura pazienti ematologici (afferente gestionalmente alla relativa Area medica per intensità di cura S. Eugenio)
- UOSD Cardiologia Territoriale
- UOSD Nutrizione clinica (afferente gestionalmente alla relativa Area medica per intensità di cura S. Eugenio)
- UOSD Transmurale Angiologia Pertini
- UOSD Transmurale Angiologia S. Eugenio
- Servizio per le Microangiopatie e le Ulcere Sclerodermiche (afferente gestionalmente alla Area medica per intensità di cura Pertini)
- Servizio di Endocrinologia (afferente gestionalmente all'Area Medica per intensità di cura Pertini)

## **6.2.10 Area chirurgia per intensità di cura che si integra con l'inter - area territoriale per assicurare la continuità delle cure ospedale territorio**

### **6.2.10.1 Area chirurgia per intensità di cura Pertini**

A tale Area afferiscono le seguenti strutture per la gestione dei posti letto nella piattaforma di ricovero per bassa e media intensità di cure, articolata in week e long:

- UOC Chirurgia Generale
- UOC Oculistica
- UOC Otorinolaringoiatria
- UOC Chirurgia Vascolare
- UOSD Chirurgia Senologica e Ricostruttiva

Afferiscono esclusivamente per la gestione del posto letto anche le UOC Ortopedia e Traumatologia e la UOC Ostetricia e Ginecologia per la chirurgia ginecologica.

### **6.2.10.2 Area chirurgia per intensità di cura S. Eugenio**

A tale Area afferiscono le seguenti strutture per la gestione dei posti letto nella piattaforma di ricovero per bassa e media intensità di cure, articolata in week e long:

- UOC Chirurgia Generale
- UOC Oculistica
- UOC Otorinolaringoiatria
- UOC Urologia
- UOSD Chirurgia Vascolare
- UOSD Chirurgia Senologica
- UOSD Chirurgia Laparoscopica

Afferiscono esclusivamente per la gestione del posto letto anche le UOC Ortopedia e Traumatologia, la UOC Grandi ustionati e Chirurgia Plastica esclusivamente per i pazienti di Chirurgia Plastica e la UOC Ostetricia e Ginecologia esclusivamente per le pazienti di chirurgia ginecologica.



### **6.2.10.3 Inter – area chirurgica di integrazione ospedale territorio**

L'innovazione tecnologica fa sì che una parte rilevante delle attività chirurgiche possa essere espletata a livello territoriale, anche al fine di spostare dall'ospedale una rilevante casistica operatoria non più necessitante di posto letto.

Lo spostamento al territorio di questa attività chirurgica ambulatoriale e degli APA è il completamento del progetto di organizzazione per intensità di cure dell'Area Chirurgica.

Quanto sopra è reso possibile dalla presenza di Sale Operatorie attrezzate in tre delle Case della Salute dell'Azienda.

Rilevante in questa inter-area è altresì la funzione di Terapia del Dolore, riconosciuta quale Centro di Riferimento Regionale.

All'inter - area chirurgica afferiscono le seguenti articolazioni operative:

- UOC Chirurgia territoriale (ad esaurimento)
- UOSD Terapia del dolore e gestione blocco operatorio chirurgia polispecialistica

Per tutte le specialità chirurgiche sono disponibili le sale operatorie del Presidio Santa Caterina della Rosa coordinate dall'Anestesista responsabile della UOSD ivi collocata (UOSD Terapia del dolore e gestione del blocco operatorio chirurgia polispecialistica).

### **6.2.11 Le Aree operative HUB 1 e 2**

A tali aree afferiscono per la loro complessità i Laboratori HUB 1 e 2.

#### **6.2.11.1 Area HUB 1 (Pertini)**

A tale area afferiscono:

- UOC Laboratorio HUB 1
- UOC Microbiologia e Virologia
- UOC Anatomia Patologica
- UOC SIMT

#### **6.2.11.2 Area HUB 2 (S. Eugenio)**

A tale area afferiscono:

- UOC Laboratorio HUB 2
- UOSD Anatomia Patologica (al momento UOC a gestione universitaria)
- UOSD SIMT

### **6.2.12 Area diagnostica per immagini**

A tale area afferiscono le seguenti strutture:

- UOC Diagnostica per immagini OP
- UOC Diagnostica per immagini SE
- UOSD Diagnostica per immagini CTO che ha una correlazione funzionale con la UOC Diagnostica per immagini territoriale e screening mammografico
- UOC Diagnostica per immagini territoriale e screening mammografico
- UOSD Radiologia interventistica OP
- UOSD Radiologia interventistica SE
- UOC Medicina nucleare

### **6.2.13 Area farmaceutica**

A tale area del Dipartimento dei Servizi, di Diagnostica per immagini e Farmaceutica afferiscono:

- UOC Farmacia Ospedaliera OP, continuità ospedale territorio e distribuzione diretta
- UOC Farmacia Ospedaliera SE/CTO e Verifica Appropriatezza Prescrittiva Ospedale Territorio
- UOC Vigilanza farmacie e depositi

Quest'ultima struttura ha il compito di vigilare sulle 296 farmacie convenzionate, sui magazzini, sui depositi, Ospedali e Case di Cura, nonché ha il compito di predisporre tutti gli atti volti ad un corretto esercizio dell'attività farmaceutica.

Le prime due strutture invece si occupano della farmacia ospedaliera e territoriale.

### **6.2.14 Area Veterinaria**

Area del Dipartimento di Prevenzione vi afferiscono:

- UOC Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche
- UOC Sanità Animale
- UOC Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale (in correlazione operativa con la UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione)

### **6.3 Il Comitato di Dipartimento**

Il Comitato di dipartimento, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 17-bis del D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.

Componenti del Comitato di dipartimento sono:

- il direttore del dipartimento che lo presiede;
- i direttori delle unità operative complesse;
- i coordinatori di area operativa se nel dipartimento è presente un'area;
- i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali;
- i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento;
- il rappresentante del Dipartimento delle Professioni.

La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento, fermo restando che di norma il Comitato di Dipartimento si riunisce per l'esame congiunto delle attività almeno una volta al mese.

### **6.4 Il Comitato di Area**

Le Aree assistenziali per intensità di cure in quanto strumento gestionale del modello per intensità di cure e della integrazione aziendale, in analogia ai Dipartimenti, avranno un comitato di Area.

A tale comitato, presieduto dal Coordinatore di Area, partecipano i direttori delle unità operative complesse, i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali, i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti afferenti a tale area; il rappresentante del Dipartimento delle Professioni.

### **6.5 Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale**

Le funzioni di staff sono state individuate dal DCA 259/2014 sulla base dei seguenti criteri:

- supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance;
- trasversalità delle funzioni svolte;
- funzioni strategiche essenziali.

Sono state individuate funzioni afferenti alla Direzione Generale e funzioni afferenti alla Direzione Sanitaria Aziendale. In particolare a quest'ultima afferiscono le funzioni di Segreteria dell'Ufficio Sperimentazioni Cliniche e di Fisica Sanitaria.

Lo staff è costituito dalle seguenti U.U.O.O.:

- UOC Risk Management
- UOC Qualità, Audit e Accreditamento per processi
- UOC Sistemi Informativi Sanitari
- UOC Bilancio di mandato
- UOC Controllo di Gestione
- UOC Direzione medica di presidio OP
- UOC Direzione medica di presidio SE/CTO
- UOC Direzione medica di presidio Policlinico Casilino (ad esaurimento con l'accREDITAMENTO del Presidio)
- UOC Valutazione struttura accreditate (VASAC)
- UOC Formazione
- UOC Governo delle liste di attesa, ALPI e supporto Rete Sanità Penitenziaria
- UOS Controlli e Verifiche
- UOS Comitato consultivo zonale
- UOS RSPP
- UOS Medico Competente
- UOS Comunicazione e URP

Infine nelle funzioni di staff sono previste le funzioni dell'avvocatura aziendale e della fisica sanitaria, della nonché le seguenti figure cogenti:

- del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili ex art 4.bis L.R. 16/2001;
- del responsabile della prevenzione della corruzione ex art 1, comma 7 legge 190/2012;
- del responsabile della trasparenza ex art 43 D.Lgs. n 33/ 2013;
- del responsabile della privacy ex art 29 D.Lgs.196/2003;
- del coordinatore locale aziendale dei trapianti ex art 12 Legge n 91/1999.

Si intende qui descrivere la *vision* e la *mission* delle UUOCC di direzione medica di presidio che sono state individuate quali strutture di staff strategiche per il governo del sistema ospedale.

- La **Direzione Medica di Presidio** infatti si colloca in posizione autonoma rispetto ai Dipartimenti e fa riferimento alle funzioni di indirizzo del Direttore Sanitario di Azienda. Il Direttore Medico di Presidio (Direttore della UOC Direzione Sanitaria di Presidio) svolge, con piena assunzione di responsabilità le funzioni previste dall'art. 4 del D.Lgs 502/1992,

sotto il profilo igienico-sanitario e medico-legale, per il direttore sanitario di ospedale, tranne quelle affidate alla competenza dei Dipartimenti Sanitari. La sua attività si articola sui seguenti ambiti di competenza: gestionale, organizzativa, igienico-sanitaria, di prevenzione, medico-legale, di formazione, di promozione della qualità dei servizi. In particolare il Direttore Medico di Presidio, svolge quanto di seguito riassunto, per singolo ambito, assumendone piena e diretta responsabilità:

*- 1. Ambito organizzativo-gestionale*

Risponde alla gestione complessiva del presidio ospedaliero, assicurando l'assolvimento delle funzioni igienico/organizzative e medico-legali - assicura l'attuazione delle soluzioni organizzative e strutturali per rispondere agli indirizzi aziendali - collabora con la direzione aziendale, con i Dipartimenti Sanitari e con le strutture di governo delle Professioni Sanitarie alla definizione dei criteri di assegnazione e gestione delle risorse - garantisce la compatibilità logistica e organizzativa complessiva - vigila sulla corretta allocazione complessiva delle risorse nel presidio, ferme restando le prerogative delle strutture e dipartimenti che insistono nella struttura - controlla e verifica la sicurezza e la regolarità dell'organizzazione del lavoro - garantisce l'efficienza organizzativa in relazione alla sicurezza: maxi - emergenza e maxi - afflusso - controlla il mantenimento della conformità ai requisiti strutturali e organizzativi per l'accreditamento - contribuisce, con le altre funzioni aziendali, al monitoraggio dell'assorbimento di risorse delle linee di produzione e delle attività di supporto - svolge funzioni di Autorizzazione e controllo sanitario, per parte di competenza, dell'attività libero - professionali intramoenia prestata o richiesta all'interno dei locali affidati alla sua gestione - rende operative le indicazioni organizzative definite dall'azienda - concorre con la UOC Risk Management all'identificazione dei rischi specifici prevalenti nelle varie attività e strutture ed alla messa in opera di misure preventive e di sorveglianza sulle stesse - concorre, con le altre competenze aziendali, alle valutazioni di Health Technology Assessment - propone le soluzioni tecnologiche per le funzioni comuni di presidio - propone i piani di formazione per le funzioni comuni di presidio - assume ruolo di impulso e coordina l'attività di formazione sui temi trasversali di competenza - promuove il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, in collaborazione con le altre strutture aziendali coinvolte nel processo - partecipa alla elaborazione delle strategie aziendali attraverso la raccolta, l'elaborazione, la valutazione e la certificazione dei dati sanitari; valuta e promuove l'appropriatezza delle prestazioni erogate e dei setting assistenziali.

- 2. *Organizzazione*

partecipa con la Direzione Aziendale alla definizione delle linee operative derivanti dalla pianificazione strategica - assicura l'attuazione delle soluzioni organizzative e strutturali per rispondere agli indirizzi aziendali - garantisce la compatibilità logistica e organizzativa complessiva - vigila sulla corretta allocazione complessiva delle risorse nel presidio - controlla e verifica la sicurezza e la regolarità dell'organizzazione del lavoro - garantisce l'efficienza organizzativa in relazione alla sicurezza: maxiemergenza e maxiafflusso - controlla il mantenimento della conformità ai requisiti strutturali e organizzativi per l'accreditamento - contribuisce, con le altre funzioni aziendali, al monitoraggio dell'assorbimento di risorse delle linee di produzione e delle attività di supporto - svolge funzioni di Autorizzazione e controllo sanitario, per parte di competenza, dell'attività libero - professionali intramoenia prestata o richiesta all'interno dei locali affidati alla sua gestione. Vigila, per parte di competenza, sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia del personale dipendente.

- 3. *Igiene e tutela ambientale*

Garantisce, in collaborazione con le altre funzioni aziendali: - la tutela dell'igiene ambientale ed edilizia - la tutela della salute degli utenti, rispetto al rischio infettivo- la sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere ed occupazionali -la definizione e controllo dei protocolli delle attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione -il coordinamento ed il controllo della gestione dei rifiuti ospedalieri, con responsabilità della corretta applicazione della normativa vigente - è responsabile dei rapporti istituzionali con le autorità competenti in tema di igiene - garantisce l'attività di controllo dei servizi appaltati: pulizie, rifiuti, lavanolo, ristorazione.

- 4. *Documentazione sanitaria*

Assicura le corrette procedure sulla documentazione sanitaria - È responsabile dell'archivio corrente della documentazione clinica - Esercita attività di controllo sulla conservazione della documentazione sanitaria presso gli archivi storici - Garantisce il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto - Garantisce il controllo di qualità della documentazione clinica.

- 5. *Ristorazione e ospedalità*

Organizza, coordina e controlla i servizi alberghieri e della ristorazione ospedaliera per parte di competenza - Collabora e verifica le attività di ristorazione affidate a ditte appaltatrici.

- 6. *Interfaccia utenza*

Rilascio certificazioni all'utenza. Diffusione disposizioni urgenti alle UU.OO. interessate per parte di competenza. Trasmissione notifiche malattie infettive. Trasmissione della denuncia anagrafica di nascita.

Descrizione delle altre strutture in Staff:

- La **UOC Risk Management** ha come mission la gestione del rischio clinico e l'implementazione delle attività di Patient Safety producendo ogni anno il piano aziendale per il risk management (PARM). Governa il *risk assessment* ovvero la mappatura delle vulnerabilità dei processi assistenziali e dei relativi rischi in tema di sicurezza dei pazienti per l'intera azienda con la *Failure Mode effects analysis*. Gestisce gli eventi avversi attraverso la *Root Cause Analysis* o l'Audit Clinico, così come previsto dalle indicazioni del Ministero della Salute ed i relativi manuali pubblicati. Implementa le raccomandazioni ministeriali attraverso la produzione di specifiche procedure e ne monitora, attraverso sistematiche attività di auditing, l'aderenza degli operatori nonché l'efficacia alla compressione dei rischi relativi. Governa le attività del PARM attraverso puntuali audit tecnici. Implementa il sistema di incident reporting aziendale e quello regionale attraverso la puntuale, sistemica e sistematica popolazione dei relativi database e con periodica comunicazione alla direzione aziendale ed agli operatori degli eventi occorsi e delle azioni correttive implementate. Partecipa alle attività di comitato valutazione sinistri con particolare attenzione alle nuove rischiosità emerse per la produzione di azioni preventive e/o correttive che permettano il contenimento del rischio di re- accadimento degli eventi.
- La **UOC Qualità, Audit e Accreditamento** per processi governa le certificazioni aziendali nonché i percorsi di accreditamento volontario, istituzionale (regionale, Agenas, etc) ed all'eccellenza (JACIE, ESMO, EUSOMA; etc). Per quei processi che necessitano di sistemi integrati con il centro nazionale trapianti si occupa di supportare le strutture alla gestione delle relative GMP e procedure di sistema. Supporta l'azienda nella redazione e nel governo della documentazione di origine interna quali procedure, protocolli e linee guida e ne cura l'editaggio e l'approvazione della direzione strategica. Monitora, attraverso le attività di auditing interno secondo la norma UNI EN ISO 19011/2012, le modalità di conformità degli operatori alla documentazione approvata dalla direzione strategica per assicurare gli standard qualitativi delle prestazioni erogate così come previsto dalle best practice e dalla medicina e dal nursing basata sull'evidenza.

- La **UOC Sistemi Informativi Sanitari** provvede all'analisi ed all'elaborazione dei dati relativi alla produzione curando anche l'invio dei dati istituzionali. Fornisce alla Direzione Strategica ed alla UOC Controllo di Gestione i dati di produzione aziendale al fine della programmazione strategica.
- La **UOC Bilancio di Mandato** supporta l'Azienda nella redazione periodica del documento di bilancio con lo scopo di monitorare e rendere pubblico il consuntivo delle proprie attività in termini di output e di outcome, di analizzare le relazioni costi-benefici e di rendicontare la propria responsabilità sociale. Il bilancio di mandato è infatti reso pubblico ed inviato alle istituzioni ed ai soggetti sociali di riferimento. Assiste i Direttori di Distretto nella redazione del piano di zona.
- La **UOC Controllo di Gestione** implementa e gestisce il sistema di contabilità analitica e a tal fine imposta e aggiorna il Piano dei Centri di Costo e di Ricavo e il Piano dei Centri di Responsabilità e Negoziazione in relazione alle esigenze del sistema di programmazione budgetaria; inoltre redige ed aggiorna il manuale di contabilità analitica con le specifiche necessarie per l'imputazione e l'attribuzione dei dati economici e di attività da parte delle unità operative produttrici di informazioni. Ha il compito di definire i criteri per la misurazione dei risultati delle attività in termini di costi, ricavi e rendimenti, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione a supporto di una strutturata attività di audit periodico, di norma trimestrale, nei confronti di tutte le strutture aziendali sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget e, più in generale, per il controllo della gestione e la ricerca delle eventuali azioni correttive. A tal fine individua e attiva i flussi informativi sistematici necessari per il controllo della gestione attraverso l'elaborazione della reportistica periodica per la Direzione Aziendale e per i Centri di Responsabilità. Elabora gli obiettivi connessi al ciclo della performance per tutti i Centri di Responsabilità aziendale. Gestisce il sistema budgetario finalizzato alla migliore allocazione delle risorse e garantisce la struttura tecnica di supporto all'OIV.
- La **UOC VASAC** svolge: la vigilanza sulle Strutture Sanitarie accreditate integrandosi con il Dipartimento di Prevenzione, la valutazione delle modalità di erogazione e delle attività garantite dalle strutture sanitarie accreditate, anche sotto il profilo della corrispondenza con le norme vigenti, certifica i volumi di produzione garantiti dalle strutture sanitarie accreditate. Ha inoltre la responsabilità diretta sugli adempimenti amministrativi correlati alle attività effettuate dalle Strutture Sanitarie accreditate, ivi inclusa l'attività di certificazione amministrativa e la liquidazione delle fatture.



- La **UOS Controllo e Verifiche** è una struttura strategica volta ai controlli della produzione delle strutture accreditate (appropriatezza DRG, ex art. 26, etc).
- La **UOC Formazione** cura il processo formativo aziendale proponendo il piano della formazione dei dipendenti, coordina e gestisce gli eventi formativi, ha le responsabilità degli atti convenzionali con le Università e vigila sulla presenza dei tirocinanti nelle varie strutture dell'Azienda. Raccoglie le istanze fornite dalle strutture aziendali.
- La **UOC Governo delle liste d'attesa, ALPI e supporto Hub e Rete Sanità Penitenziaria** elabora risposte organizzative sulla base dell'analisi del bisogno/domanda di servizi della popolazione e del grado di raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza aziendali. Vigila sulla corretta modalità di attivazione e tenuta delle agende di prestazioni ambulatoriali, anche al fine di migliorare l'accesso, l'appropriatezza e contenere i tempi d'attesa e sulle modalità di esercizio dell'attività libero professionale nel rispetto della normativa vigente. Inoltre, la struttura assicura il supporto alle attività di coordinamento dell'Area Interaziendale di Sanità Penitenziaria.
- La **UOS Comitato Consultivo Zonale** svolge le attività di supporto al funzionamento del Comitato Zonale di Roma e Provincia, così come previsto dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015.
- La **UOS RSPP** opera nell'area della prevenzione dei rischi presenti in Azienda e propone le misure da adottare per minimizzarli ed assicurare il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori. Attua il controllo sulla prevenzione incendi ed organizza, coordinandosi con la UOC Formazione, i corsi in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro D.Lgs n. 81/08.
- La **UOS Medici Competenti** svolge le attività relative alla sorveglianza sanitaria in Azienda, secondo quanto previsto dalle norme del D.L.vo n. 81/2008.
- La **UOS URP** rappresenta il punto d'incontro preliminare e privilegiato dell'Azienda con i cittadini. Ha il compito di garantire la fase d'ascolto e la tempestiva comunicazione con i cittadini; di verificare la qualità percepita degli utenti sulle prestazioni erogate, individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti; di curare i rapporti con le Associazioni di volontariato e le Associazioni di tutela dei cittadini; acquisire le osservazioni e i reclami presentati dai cittadini che segnala ai Dirigenti competenti e ne dà riscontro agli utenti e inoltre fornisce alla Direzione Generale proposte di miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali per il superamento dei fattori di criticità emersi. E' il raccordo con la conferenza locale sociale e sanitaria

## **6.6 Le funzioni amministrative e tecniche**

La funzione tecnica ed amministrativa, finalizzata a fornire alla azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alla attività di produzione, è esercitata nel rispetto della logica del “cliente interno” e ricerca la massima integrazione funzionale con tutte le altre attività aziendali, favorendone l’efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa.

L’approccio fondato sui processi persegue contemporaneamente obiettivi diversi:

- la soddisfazione del “cliente” ;
- la razionalizzazione delle risorse interne;
- la flessibilità;
- l’innovazione.

La nuova organizzazione è uniformata a due principi cardine:

- segregazione delle funzioni tecnico amministrative al fine di migliorare la sicurezza dei processi e recepire i principi della normativa anticorruzione in tema di autoanalisi organizzativa e mappatura dei processi;
- rafforzamento della funzione di Committenza attraverso:
  - a. l’istituzione di una UOC deputata alla gestione dei contratti di servizio e della logistica, al fine di rafforzare il sistema dei controlli in fase di esecuzione dei contratti, ed a garantire un’efficiente piattaforma logistica;
  - b. la strutturazione di unità operative deputate alla gestione e controllo delle strutture accreditate.

Essendo la nuova Asl Roma 2 nata dalla fusione delle due ex Asl Roma B e Roma C, si è reso necessario ridefinire gli ambiti ed i confini organizzativi di tutte le funzioni tecnico amministrative al fine di evitare “doppioni” con sovrapposizione di funzioni.

Questa attività di riorganizzazione ha perseguito l’obiettivo di assicurare il sistemico e sistematico presidio dei processi nonché il monitoraggio continuo degli stessi in ragione delle complessità della nuova azienda e ha previsto meccanismi di coordinamento ed integrazione.

A tal fine sono state individuate tre aree:

- l’area gestione tecnologie ed impianti: è stata prevista per consentire una gestione integrata e razionale del vasto patrimonio aziendale, per la necessità di assicurare ai cittadini e agli operatori i medesimi standard alberghieri e tecnologici nelle diverse strutture, anche

attraverso lo sviluppo di piani unitari di interventi manutentivi, di riqualificazione degli immobili e di rinnovo delle apparecchiature elettromedicali;

- l'area personale e supporto giuridico gestionale: tra i principali obiettivi vi è quello di sviluppare modelli evoluti di gestione e sviluppo delle risorse umane, di conseguire eque e facilitate condizioni di accesso a tutte le prestazioni territoriali, di reingegnerizzare ed informatizzare le diverse linee di attività che hanno impatto sull'utenza o sugli operatori, di implementare un sistema di gestione efficace dei rischi assicurativi e delle richieste di risarcimento dei danni per malpractice mediche;
- l'area economica finanziaria e della committenza: si pone l'obiettivo di sviluppare un efficace sistema di governo economico dell'azienda, anche attraverso un rafforzamento della funzione di Committenza sia nei confronti dei fornitori commerciali che delle strutture private accreditate.

L'articolazione delle funzioni amministrative e tecniche, afferenti alla Direzione Amministrativa aziendale, in strutture operative complesse o semplici è stata progettata tenendo conto: del grado di complessità affidate, dell'entità delle risorse umane e finanziarie gestite, del livello tecnologico degli strumenti da utilizzare.

Entro il 31/12/2017 si procederà ad una revisione dell'assetto organizzativo, che terrà conto dello stato di evoluzione della funzione tecnica amministrativa, ai fini di semplificarla.

Afferiscono alla Direzione Amministrativa:

*Area gestione tecnologie e impianti*

- o UOC Lavori pubblici e investimenti Ospedali
- o UOC Lavori pubblici e investimenti Territorio
- o UOC Ingegneria Clinica
- o UOC Gestione del Patrimonio

*Area personale e supporto giuridico gestionale*

- o UOC Analisi organizzativa e supporto informatico<sup>1</sup>
- o UOC Direzione Amministrativa ospedali
- o UOC Direzione Amministrativa territoriale
- o UOC Gestione economica risorse umane e relazioni sindacali
- o UOC Gestione giuridica risorse umane
- o UOC Gestione personale convenzionato

<sup>1</sup> A questa UOC afferisce anche la linea di attività di governo degli sportelli multifunzionali

- UOC Affari legali assicurativi
- UOC Affari Generali
- UOSD ALPI

#### *Area economico finanziaria e di committenza*

- UOC Bilancio e ciclo passivo
- UOC Ciclo attivo e contabilità speciali e fiscali
- UOC Procedure di acquisto e contratti
- UOC Gestione contratti di servizi e logistica
- UOSD Liquidazione amministrativa farmacie convenzionate

## **6.7 Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali**

### **6.7.1 Le funzioni di supporto amministrative e tecniche interaziendali**

La Asl Roma 2 esercita la propria funzione di committenza nell'acquisizione di beni e servizi coordinandosi con la Centrale Acquisti Regionale (soggetto aggregatore) e partecipando all'area di aggregazione costituita con DCA n. 369 del 9 luglio 2015, liquida per Roma e Provincia la farmaceutica convenzionata.

Inoltre vengono garantite funzioni sovraziendali attraverso:

- UOS Comitato Consultivo Zonale che assicura attività di supporto al Comitato Zonale di Roma e Provincia per la gestione unitaria del rapporto relativo ai Medici Specialisti, Veterinari e Professionisti Ambulatoriali presso le strutture del Servizio Sanitari Nazionale;
- UOC Progetti Abitabilità e Acque Potabili, mediante la quale si esercita per Roma Capitale ed il Comune di Fiumicino la verifica della potabilità dell'acqua e la verifica della abitabilità degli edifici. La UOC ha inoltre competenza in materia di progetti edilizi.

### **6.7.2 Le funzioni clinici-assistenziali interaziendali**

Per garantire l'integrazione di particolari funzioni di tipo clinico – diagnostico a valenza sovra aziendale, sono state previste integrazioni funzionali e/o strutturali interaziendali in particolare per la realizzazione operativa dei laboratori HUB, delle reti tempo dipendenti, delle attività di validazione regionale degli emocomponenti.

### **6.7.3 Il rapporto Dipartimento/UOC**

I dipartimenti sono stati strutturati rispettando il rapporto Dipartimento/UOC ovvero il numero minimo delle UUOO assegnate, ad eccezione del Dipartimento delle Professioni. Il compito del Dipartimento è il governo delle attività cliniche. All'interno dei Dipartimenti possono coesistere aree assistenziali integrate cui sono deputate le funzioni di coordinamento di specifiche attività diagnostico-terapeutiche ai fini della qualità e sicurezza delle cure.

### **6.7.4 Il rapporto Area/UOC**

L'Area rappresenta lo strumento strategico sia per la completa implementazione del modello per intensità di cure che rappresenta l'articolazione organizzativa sia delle cure erogate in ospedale sia sul territorio. Per la sua valenza all'Area sono assegnate le attività di coordinamento delle attività cliniche e/o diagnostico – terapeutiche. Le UUOO afferenti esclusivamente ad un Area dipendono da quest'ultima, sia per la gestione delle problematiche cliniche, sia per la gestione delle tematiche di budget e di gestione del ciclo delle Performance.

## **6.8 Il Territorio**

Il Territorio, organizzativamente strutturato nei Distretti, e, funzionalmente integrato con il Dipartimento di Salute Mentale (Centri di salute mentale e TSMREE), il Dipartimento di Prevenzione (Coordinamento screening, Coordinamento Vaccinazioni), il Dipartimento Tutela delle Fragilità (SERD, Disabile Adulto, Assistenza Protetica), il Dipartimento delle malattie di Genere, della Genitorialità, del Bambino e dell'adolescente (Consultori, Percorso nascita), le Aree ospedaliere per intensità di cure mediche e chirurgiche e l'inter - area transmurale di integrazione ospedale territorio per intensità di cura, è il luogo elettivo della assicurazione della continuità assistenziale e della globale presa in carico.

L'ospedale rappresenta pertanto il luogo dove gestire esclusivamente l'emergenza e l'urgenza non differibile, mentre il territorio rappresenta il luogo della gestione delle urgenze differibili, della subacuzie, della presa in carico della cronicità e delle polipatologie che necessitano di continua assistenza puntuale e prestazioni diagnostico terapeutiche appropriate.

La Casa della Salute rappresenta il luogo della presa in carico del paziente cronico polipatologico, dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, dell'integrazione con il sociale e con il terzo settore non profit. All'interno delle stesse le prestazioni sono erogate da team multidisciplinari, formati da medici, infermieri, altri professionisti sanitari, personale sociale e amministrativo, che garantiscono la

presa in carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

La Casa della Salute rappresenta quindi la sede fisica dei percorsi ed è, per la presenza delle associazioni, un centro attivo e dinamico della comunità locale, che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, assicurando efficienza nell'impiego delle risorse e centralità della persona assistita.

Altro pilastro dei Distretti sono le Cure Primarie che rappresentano una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere infatti è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma "dell'attesa" con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che identificano bisogni e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale.

Il modello organizzativo del territorio è rappresentato dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che realizzano la concreta integrazione ospedale territorio, progettati in base ai bisogni assistenziali e graduati per l'intensità necessaria ad assicurare la efficace gestione integrata della malattia. In quest'ottica i percorsi progettati valorizzano i contributi delle varie componenti e dei vari attori assistenziali lungo il continuum di cura del paziente, mirati al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG, riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali ed ospedalieri (specialisti, infermieri, medici di Continuità Assistenziale ed altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza, con obiettivo finale dell'integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e del coinvolgimento attivo del paziente nei percorsi di cura.

La definizione di Percorsi Assistenziali condivisi tra ospedale e territorio infatti risulta particolarmente valida per la gestione delle malattie croniche ad elevata prevalenza.

Sono stati attivati i PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) per il Diabete, TAO, BPCO, Scompenso Cardiaco.

Coerente con il modello assistenziale ogni PDTA, all'interno del singolo distretto, ha un coordinatore di percorso e un case manager.

Oltre ai PDTA sono presenti, nell'Azienda, i Percorsi Oncologici, che per loro natura pluri-professionali e multidisciplinari, nel loro sviluppo prevedono una più forte presenza di assistenza ospedaliera.

Quelli attivi sono (cfr figura 12,13 e 14):

- Percorso oncologico senologico coordinato dal Dipartimento delle malattie di genere, della genitorialità, del bambino e dell'adolescente
- Percorso oncologico del K Cervice
- Percorso oncologico del K Colon
- Percorso oncologico del K Prostata (in fase di implementazione)
- Percorso oncologico del K Polmone (attivo per la parte diagnostica e in collegamento operativo con l'HUB di riferimento)

Coerente con il modello assistenziale, ogni percorso oncologico aziendale, ha un coordinatore di percorso e un case manager.

## **6.9 Il Distretto**

Nel contesto organizzativo sopra descritto, il Distretto rappresenta quindi l'articolazione territoriale della Azienda ad elevata complessità e a valenza dipartimentale, in cui si realizza il ruolo di Committenza nonché di produzione, l'integrazione delle attività sociali e sanitarie e del Distretto - Municipio, il coordinamento delle attività dei dipartimenti territoriali, il raccordo con le attività dei dipartimenti e delle Aree ospedaliere. Il distretto cura l'integrazione organizzativa e operativa del Medici di Medicina Generale (MMG) e del Pediatri di Libera scelta (PLS).

Il ruolo del distretto è dunque quello di garante dell'integrazione, dell'appropriatezza e della continuità dei percorsi assistenziali, che trova espressione nell'esercizio della funzione di committenza nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni, pubblici e privati. Il distretto, infatti, svolge sia la funzione di organizzazione e gestione delle risorse assegnate per la funzione di produzione diretta delle prestazioni, sia la funzione di committenza verso produttori terzi, intesa come acquisto e controllo di prestazioni dalle strutture di erogazione, al fine di sviluppare al massimo le condizioni di autosufficienza del territorio di riferimento dell'Azienda rispetto alle necessità di integrazione, cooperazione e risposta al bisogno.

Partendo dalla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e dei consumi delle prestazioni, la committenza agisce per limitare l'autoreferenzialità e la forza dei produttori e per orientare l'offerta dei produttori medesimi e la domanda degli assistiti verso servizi e prestazioni efficaci. Il distretto collabora con il Municipio per la realizzazione del Piano di zona quale strumento operativo per la realizzazione delle politiche di welfare nonché alla implementazione delle attività per la predisposizione di un bilancio unico economico finanziario che tenga conto da un lato dei bisogni e dall'altra dei costi di produzione dell'offerta e della totale presa in carico.

Al Distretto è attribuita autonomia organizzativa e gestionale nei limiti previsti dal presente atto aziendale ed è attribuito uno specifico budget.

L'area distrettuale si articola in:

- **UOC Direzione di Distretto 4 e della Committenza**
  - UOC Cure Primarie D4
  - UOC Casa della salute
- **UOC Direzione di Distretto 5 e della Committenza**
  - UOC Cure Primarie D5
  - UOC Casa della Salute
  - UOC Assistenza Domiciliare (a valenza interdistrettuale)
  - UOC Direzione Amministrativa dei distretti (di supporto trasversale ai distretti ed articolazione della Direzione Amministrativa)
- **UOC Direzione di Distretto 6 e della Committenza**
  - UOC Cure Primarie D6
  - UOC Casa della Salute
  - UOC Assistenza Protesica e integrativa (a valenza interdistrettuale)
- **UOC Direzione di Distretto 7 e della Committenza**
  - UOC Cure Primarie D7
  - UOC Casa della Salute
  - UOC Tutela dell'Anziano, della malattia di Alzheimer e delle demenze, gestione Hospice (a valenza Interdistrettuale)
- **UOC Direzione di Distretto 8 e della Committenza**
  - UOC Cure Primarie D8
  - UOC Casa della Salute
  - UOC Medicina Legale (a valenza interdistrettuale)



- **UOC Direzione di Distretto e della Committenza**

- UOC Cure Primarie D9
- UOC Casa della Salute

Il Direttore della UOC Direzione di Distretto e della Committenza è anche direttore della macrostruttura Distretto, cui afferiscono le unità operative collocate al suo interno così come sopra elencate. E' stata istituita la UOC Casa della Salute in ogni distretto in relazione alla estensione e alla composizione socio – demografica dei relativi Municipi. Tra i direttori di distretto è individuato un coordinatore *inter pares* al fine di assicurare l'omogeneità delle procedure gestionali e dei requisiti qualitativi delle prestazioni e fungere da raccordo con la Direzione Sanitaria Aziendale.

Le UOC a valenza interdistrettuale, al momento collocate in alcuni distretti, possono essere spostate di distretto in relazione alla analisi delle attuali sede e della domanda.

La UOC Tutela Salute Mentale e riabilitazione in età evolutiva, la UOC Disabile Adulto, UOSD Interventi precoci in età evolutiva, la UOC Patologie da Dipendenza, la UOC Tutela della salute della donna e della età evolutiva, la UOC Tutela degli immigrati e stranieri, UOC Psicologia delle fragilità e dei percorsi, la UOC Sviluppo e Governo PDTA, la UOSD Coordinamento Screening, la UOC Farmacia ospedaliera, continuità ospedale territorio e distribuzione diretta, e la UOC Farmacia ospedaliera e verifica appropriatezza prescrittiva ospedale territorio, sono strutture che, pur incardinate in altri Dipartimenti Trasversali, garantiscono (trasversalmente) l'offerta dei servizi all'interno dei distretti, eventualmente anche attraverso articolazioni semplici della struttura complessa.

Il distretto inoltre esercita la funzione di tutela della salute dei propri assistiti, che si esprime attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza delle risposte ai bisogni espressi ed inespressi dai cittadini, della qualità dei servizi e dell'unitarietà dei percorsi assistenziali. Rappresenta il luogo dell'accesso dei cittadini nell'ambito del progetto di cura unitario che garantisce la effettiva presa in carico globale, realizzata attraverso rilevazione dei bisogni, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi, così da fornire una risposta completa ai bisogni di assistenza territoriale, sia in forma ambulatoriale, che domiciliare e residenziale, nonché di integrazione tra servizi sanitari, e tra attività sociali e sanitarie, assicurando, mediante l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, una risposta concreta ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento.

Dal punto di vista istituzionale, infine, il distretto costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali per il pieno esercizio della funzione di programmazione volta ad individuare le principali aree di bisogno ed a delineare le priorità di intervento. Il distretto rappresenta, pertanto,

l'interlocutore privilegiato per i rapporti con gli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza, per quanto attiene il proprio territorio.

I distretti svolgono le funzioni previste dall'art.3-quinquies del D. Lgs. 502/92 e ss. mm. e ii. :

- valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- valutazione e conduzione dell'assetto erogativo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie come per altro previsto dalla Legge Regionale n. 11 del 10/08/2016 “ Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio;
- compartecipazione, con gli Enti locali, le aziende per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000 e s.m.i., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione socio – sanitaria;
- garanzia della presa in carico e della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati.

Il testo novellato dell'art.8, comma 1, lett. b-bis) del d. lgs. 502/1992 stabilisce altresì che gli accordi che regolano il rapporto tra il Servizio Sanitario, da un lato, e i medici di medicina generali e i pediatri di libera scelta, dall'altro, debbano, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché 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 ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate **Aggregazioni Funzionali Territoriali-AFT-** che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate **Unità di Cure Primarie-UCP-**, 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 dell' area territoriale metropolitana.

Il distretto è garante, anche acquisendo le prestazioni dai Dipartimenti, delle seguenti produzioni:

- salute della donna, della coppia e del bambino;
- disagio adolescenti, disturbi alimentari, Gruppi Integrati di Lavoro per le adozioni;
- prevenzione e cura delle dipendenze patologiche;
- medicina generale, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- medicina legale;
- assistenza protesica;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- assistenza domiciliare integrata, assistenza semiresidenziale e residenziale;
- assistenza alla popolazione detenuta nell'Istituto Penitenziario.

Il Distretto assume dunque sia funzioni di governo e di committenza che funzioni dirette di produzione. Garantisce, inoltre, la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

Come già detto, il cuore del modello territoriale è la Casa della Salute, struttura polivalente e operativa in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, affinché la ASL ROMA 2 possa:

- garantire la continuità assistenziale per 24 ore e sette giorni su sette;
- assicurare il PUA- punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda, sportello unico per le prestazioni sociali e sanitarie;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi;
- ricomporre le separazioni esistenti tra le professioni sanitarie, realizzando concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti, integrando inoltre operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;

- sviluppare rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate;
- curare la comunicazione sanitaria a livello micro della relazione terapeutica medico operatore/paziente, a livello meso della comunicazione tra le strutture e a livello macro nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione.

All'interno della Casa della Salute dovrà quindi trovare piena applicazione la Medicina di iniziativa attraverso il Chronic Care Model, approccio clinico assistenziale nei confronti dei pazienti affetti da patologie croniche, tipiche della terza e quarta età, attraverso:

- Organizzazione delle cure primarie basata su team multi – professionali proattivi;
- Supporto alle decisioni con la condivisione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali-PDTA;
- Implementazione dei modelli assistenziali di self management e case management;
- Forte investimento sul sistema informativo e la telemedicina a supporto delle attività di cura e di self-audit;
- Coinvolgimento delle risorse della comunità.

Le Cure Primarie prendono in carico la cura delle cronicità, perché esse rappresentano il segmento del SSN più vicino (non solo concettualmente ma soprattutto fisicamente) al paziente e perché ad esse in maniera prioritaria è affidata la continuità della cura tra i diversi livelli di assistenza.

Il ruolo “chiave” delle cure primarie è dunque quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l'assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione del contesto e delle capacità del singolo paziente.

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale.

### **6.9.1 Il Direttore di Distretto e della Committenza**

La Direzione di Distretto e di committenza si configura come una struttura complessa con compiti di programmazione, di organizzazione e di coordinamento che, accanto ai compiti locali, stabilisce il raccordo tra il governo aziendale e il governo del Municipio, rappresentando e sostenendo l'impostazione programmatica dell'Azienda.

Partecipa alla discussione di budget e concorda con la Direzione Aziendale il budget di Distretto.

Il Direttore di Distretto Coordina:

- l'analisi epidemiologica e valutazione dei bisogni;
- l'organizzazione della casa della salute;
- la promozione dei percorsi diagnostico terapeutici;
- l'attività di governo clinico e il rapporto con la medicina generale e con la pediatria di famiglia ed integrazione organizzativa delle stesse nell'ambito distrettuale
- la produzione diretta di prestazioni ambulatoriali e il rapporto con la specialistica ambulatoriale convenzionata;
- i programmi di assistenza oncologica terminale;

Interfacendosi con i Dipartimenti garantisce:

- il coordinamento locale per la cronicità, la fragilità, la non autosufficienza e l'integrazione socio-sanitaria;
- il coordinamento locale dell'assistenza al percorso nascita e ai problemi sanitari materno-infantili;
- il coordinamento degli interventi per le dipendenze.

## **6.9.2 L'organizzazione distrettuale**

Presso ciascun Distretto è istituita la Commissione sulla appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche nominata ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) e degli accordi integrativi regionali (AIR) dei Medici di Medicina Generale e del Pediatri di Libera Scelta e dagli specialisti ambulatoriali.

E' inoltre presente un Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali come sede permanente di confronto interno al Distretto, tra le articolazioni operative del Distretto e tra i professionisti che operano nel distretto, con l'obiettivo di concordare e verificare i programmi di attività del Distretto e la loro corrispondenza con le indicazioni programmatiche dell'Azienda.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Il coordinamento delle attività sociali dei Distretti con i Municipi avviene tramite la figura del coordinatore sociosanitario di distretto.

Il Distretto è coadiuvato da una Direzione Amministrativa quale unitaria struttura di supporto con funzioni trasversali a tutte le attività territoriali, distrettuali e dipartimentali, dotata del personale amministrativo necessario a svolgere i seguenti compiti:

- Gestione decentrata delle attività amministrative in conformità ai regolamenti aziendali;
- Supporto alle attività distrettuali e dipartimentali territoriali per il perseguimento dei relativi obiettivi, progetti ed azioni.

### **6.9.3 Il Punto Unico di Accesso (PUA)**

La porta di accesso ai servizi socio-sanitari dei cittadini ed in particolare dei soggetti fragili, dalla quale iniziare un percorso integrato e sull'istituzionale fino alla presa in carico, è rappresentata dai Punti Unici di Accesso (PUA) ubicati nella Casa della Salute e presso le strutture poliambulatoriali distrettuali.

Nelle sedi dei PUA vengono svolte attività di front e di back-office prevedendo la presenza o il collegamento in tempo reale con gli operatori dei servizi sociali municipali, nonché:

- attività di accoglienza, ascolto e informazione sui servizi;
- registrazione della richiesta;
- prima valutazione dei bisogni sociali e/o sanitari;
- eventuale accompagnamento verso i diversi Servizi in caso di “bisogni semplici” con possibilità di appuntamento diretto con il Servizio interessato;
- verifica della presa in carico da parte del servizio/servizi competenti o dell'inserimento del cittadino nei percorsi di continuità assistenziale tra Ospedale-Territorio;
- attivazione dell'UVMD.

A livello organizzativo, il PUA (in cui sono presenti operatori sanitari e dell'ente locale) è la porta d'accesso integrata per il cittadino/utente divenendo il luogo di valutazione congiunta dei bisogni.

Il coordinatore sociosanitario di Distretto ha la funzione di armonizzare e raccordare l'intero processo proponendo al Direttore di Distretto ulteriori azioni che favoriscano e implementino l'integrazione sociosanitaria.

*Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)*

In ambito Distrettuale sono attive le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD) che si configurano come équipe multiprofessionali e multidisciplinari di tipo operativa, operanti nell'ambito del Distretto la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto.

La composizione minima dell'UVM prevede la presenza del: MMG/PLS, infermiere, assistente sociale, Responsabile UOS CAD o UOS DAR (o loro delegati), integrato a seconda delle specifiche necessità del caso trattato da altre figure professionali (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, psicologo, ecc.). L' UVMD prevede la presenza di almeno un operatore indicato dal Municipio, per tale ragione la composizione della stessa sarà oggetto di un successivo accordo inter - istituzionale.

L'UVMD attualmente viene attivata per tutte le situazioni in cui è richiesta l'assistenza domiciliare sanitaria, per l'area della disabilità adulti, per le persone non autosufficienti anche anziane, con lo strumento dell'INTER-RAI e in tutte le situazioni previste dal DCA 39/12 e dal DCA 431/12 (escluso per le RSA, l'Alzheimer). Successivamente si prevede di estendere l'attivazione dell'UVMD anche ad altri settori di intervento. Infatti per le aree ad elevata integrazione sanitaria:

Minori, disabili, anziani, adulti non autosufficienti il PUA provvederà all'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale.

Per gli aspetti funzionali e organizzativi dei PUA verranno seguite le linee di indirizzo per il Punto Unico di Accesso Integrato sociosanitario approvate con DGR 315/2011.

L'UVMD viene attivata, previa valutazione preliminare, da parte dei competenti servizi.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla UVMD formalmente riunita.

Ai fini della valutazione è necessario individuare strumenti validati, integrati con schede di valutazione sociali all'uopo individuate utilizzando, ove previsti, gli strumenti di valutazione specifici. L'UVMD per le persone non autosufficienti, anche anziane, deve elaborare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) e procedere ad eventuali ulteriori verifiche del PAI (oltre a quelle già previste dalla normativa vigente) su segnalazione del case manager.

Per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ha la funzione di valutare la necessità di attivazione/prosecuzione/rivalutazione periodica dei progetti riabilitativi erogati in ogni regime assistenziale. I coordinatori dell'integrazione sociosanitaria distrettuale e municipale garantiscono il monitoraggio del percorso/processo al fine di implementarlo.

#### **6.9.4 L'Unità di Cure Primarie**

L'unità operativa complessa Cure primarie è la struttura preposta all'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie di primo livello assicurate ai cittadini su tutto l'ambito territoriale attraverso la rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di famiglia, dei medici di continuità assistenziale. Tale struttura ha il compito di garantire la produzione e l'erogazione di servizi dell'assistenza primaria in maniera omogenea dando risposte ai piani di committenza ed ha l'obiettivo di migliorare la continuità assistenziale intra ed extra ospedaliera favorendo, di concerto con il responsabile del Presidio Ospedaliero, una maggiore integrazione Ospedale/Territorio.

Per tale ragione l'Unità Operativa Cure primarie si pone come nodo cruciale dell'organizzazione dell'Azienda dove il processo di integrazione e di partecipazione dei diversi attori coinvolti è finalizzato a valorizzare la multidisciplinarietà delle azioni e dei programmi orientati a gruppi di popolazione e a soggetti inseriti nei processi assistenziali.

Tale processo di integrazione, di cui la UOC Cure Primarie rappresenta il fulcro, dovrà favorire le sinergie e la collaborazione tra i vari attori coinvolti in particolare tra i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e le articolazioni aziendali rappresentate nel distretto e nel presidio ospedaliero (Medicina di base e cure domiciliari, specialistica ambulatoriale, pediatria di comunità e salute donna, assistenza residenziale e semiresidenziale, assistenza protesica).

#### **6.9.5 Il modello della "Centrale operativa di riferimento per l'Assistenza domiciliare"**

Fermo restando il concetto che il luogo della presa in carico è il PUA, al fine di assicurare una uniforme ed efficiente organizzazione della risposta di assistenza domiciliare per differenti livelli di complessità in funzione dei bisogni assistenziali dei cittadini residenti, l'Azienda si avvale di un sistema unico di riferimento territoriale rivolto a utenti e caregivers, che unisce la regia di una specifica presa in carico alla gestione delle problematiche della persona seguita dal servizio di assistenza domiciliare. Snodo organizzativo strategico del sistema di erogazione delle cure domiciliari aziendale è la "Centrale operativa di riferimento per l'Assistenza domiciliare" (CO C.A.RE), attraverso cui assicurare risposte coordinate e trasversali in tempi rapidi, in modo appropriato e pertinente ai bisogni complessi e diversificati delle persone in carico, ottimizzando le risorse disponibili secondo una logica di efficienza ed economicità.



Nello specifico la CO CARE assicura:

- il coordinamento, la programmazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi domiciliari sulla base dei piani individuali di assistenza (PAI) degli assistiti fino alla dimissione;
- l'operatività continuativa come centrale di ascolto di supporto ai caregivers di pazienti in trattamento.

### **6.10 Il Sistema Ospedale**

I presidi ospedalieri rappresentano le macro – articolazioni organizzative alle quali l'Azienda affida la gestione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie all'interno di un quadro programmatico aziendale che:

- valorizza la capacità dei presidi di fornire assistenza specialistica di elevata qualità e complessità;
- inserisce la capacità di erogazione degli ospedali all'interno dei percorsi integrati di assistenza e di continuità di cure;
- considera le competenze sviluppate e mantenute nei presidi come una risorsa per tutto il sistema di erogazione aziendale;
- integra i presidi nel territorio definendo il loro bacino di utenza prioritaria;
- identifica ruoli differenziati per i diversi presidi al fine di:
  - assicurare il funzionamento a rete del sistema ospedaliero aziendale;
  - concentrare le funzioni di eccellenza ed alta specialità per garantirne la qualità;
  - garantire che lo sviluppo di reti professionali attraverso l'utilizzo delle aree funzionali assicuri omogeneità nei trattamenti, logiche condivise di gestione e di riferimento dei casi, continuità nell'erogazione della assistenza.

Nello specifico nel territorio della ASL ROMA 2 sono presenti 2 presidi ospedalieri:

- il P.O. S. Eugenio CTO che pur se in un unicum assistenziale qui viene descritto in due momenti erogativi differenti Presidio S. Eugenio propriamente detto, qualificandolo esclusivamente per la sua incidenza toponomastica, e presidio CTO. Di seguito il presidio S. Eugenio/CTO verrà denominato SE/CTO quando trattasi dell'intero presidio;
- il P.O. Sandro Pertini di seguito denominato OP.

In relazione alla *mission* assegnata ai presidi ospedalieri, questi sono articolati per intensità di cure, quindi in piattaforme organizzate in aree week e long, con percorsi differenti per l'emergenza urgenza e per l'elezione.

In particolare la *mission* dei presidi S. Eugenio propriamente detto e S. Pertini è caratterizzata dalla gestione del paziente critico, di elezione e d'urgenza, attraverso l'implementazione di percorsi specifici integrati ai PDTA.

Il modello organizzativo per intensità di cure è stato scelto perché prevede:

- la centralità del Pronto Soccorso nel sistema di governo delle cure ospedaliere al fine di ridurre il sovraffollamento e, quindi, i tempi di attesa del Cittadino necessitante di ricovero di un posto letto attraverso la netta separazione del percorso del paziente in emergenza rispetto a quello in elezione;
  - la gestione delle attività secondo il modello di "lean";
  - l'operatività governata da gestori del flusso ovvero del processo di presa in carico tempestiva del paziente con riduzione dei tempi di attesa in area holding;
  - la definizione dei tempi medi di degenza per i ricoveri in elezione attraverso l'utilizzo efficiente delle piattaforme long e week e del sistema pre-ospedalizzazione.

Nella netta separazione dei percorsi di emergenza da quelli di elezione i percorsi di emergenza urgenza sono stati declinati in:

- percorso del paziente chirurgico in PS (figura 14)
- percorso del paziente medico in PS (figura 16)

Esiste inoltre il percorso in elezione per il paziente medico o chirurgico che prevede l'accesso alla piattaforma week (vedasi la figura 17).

Figura 15

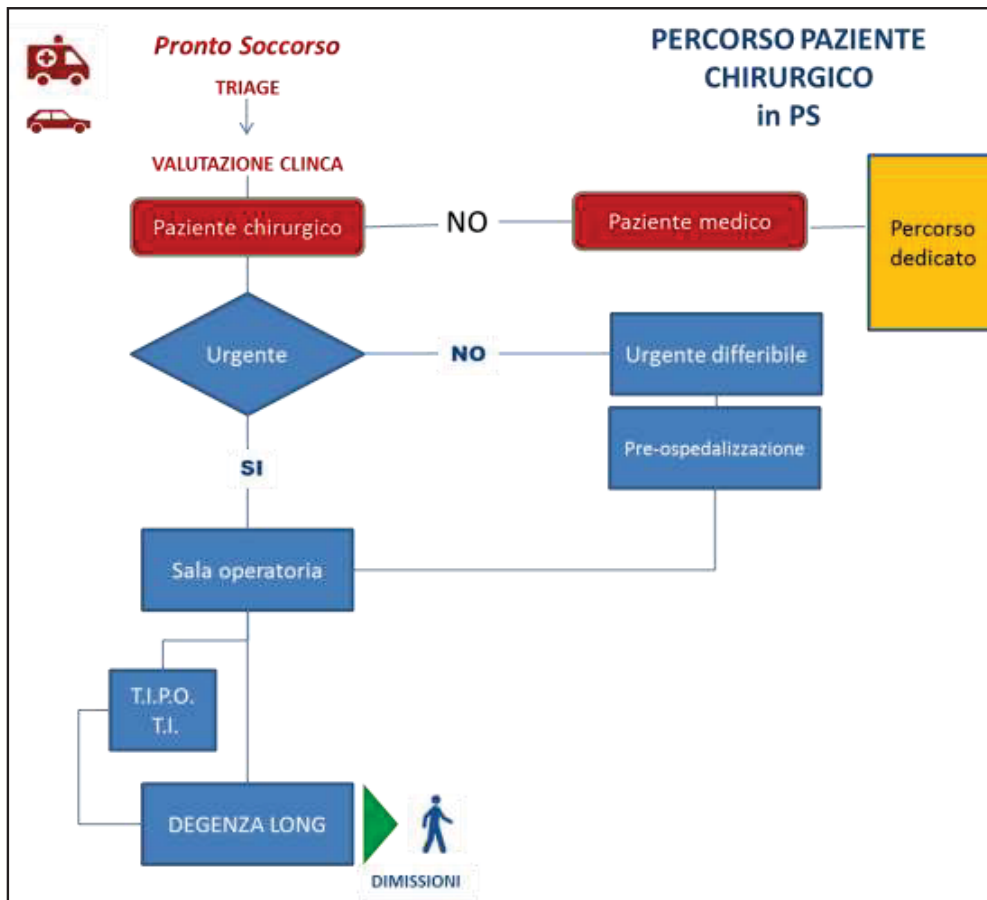


Figura 16

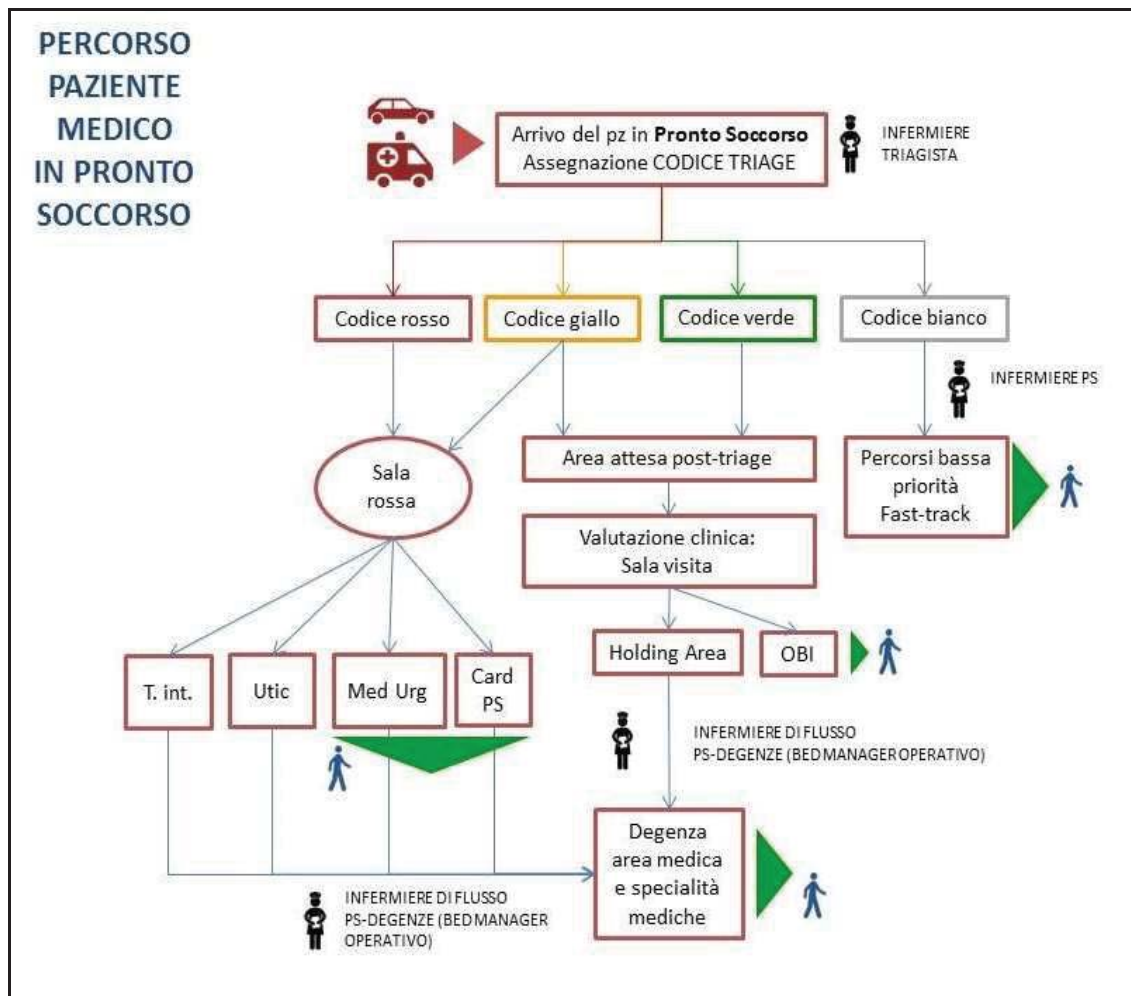
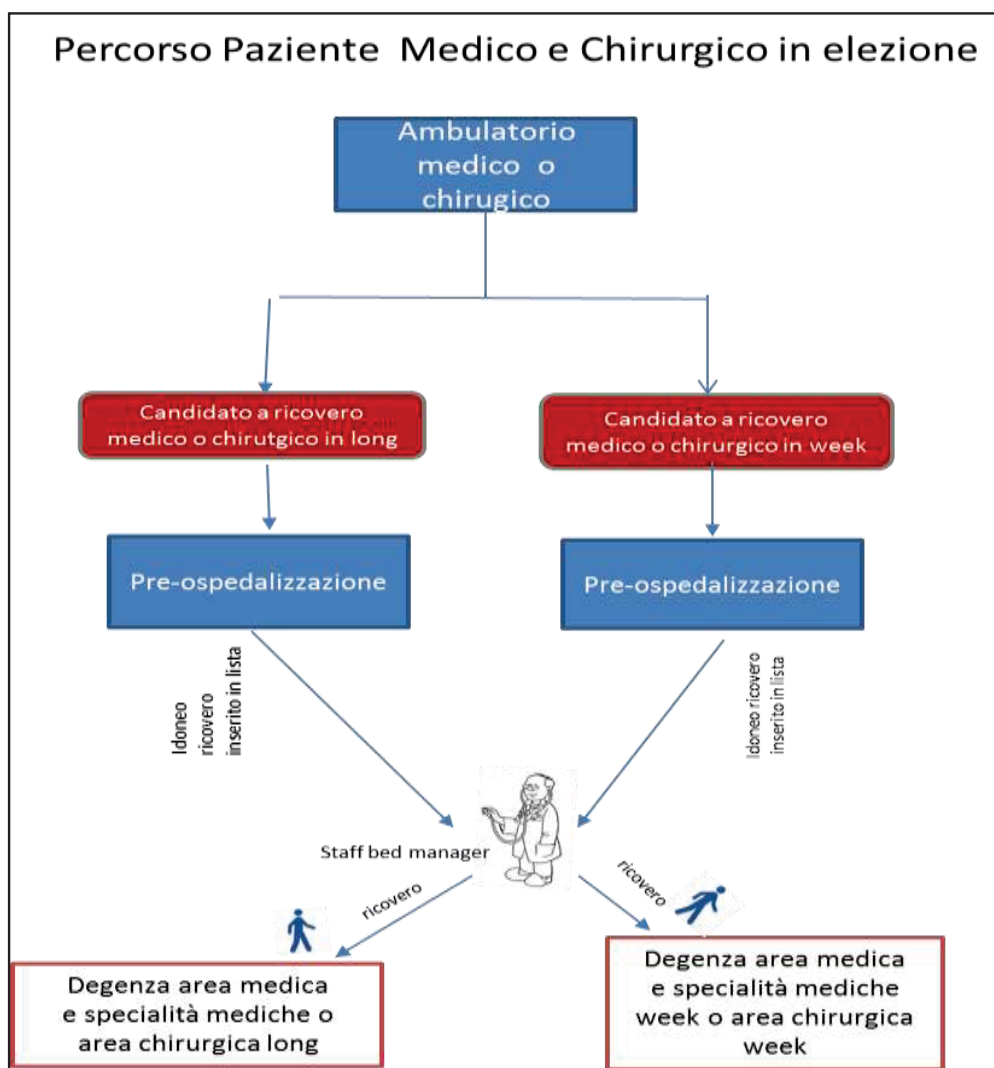


Figura 17



Per quanto riguarda invece il presidio CTO, è stato realizzato un complesso equilibrio tra i soggetti istituzionali che lo compongono (ASL e INAIL) e tra i diversi livelli di complessità che è necessario assicurare all'interno di un percorso di continuità delle cure. All'interno del CTO viene privilegiata l'esperienza di gestione del percorso di cure del paziente traumatizzato, del paziente con problematiche di tipo ortopedico e del paziente affetto da traumi o lesioni spinali attraverso un percorso dedicato alla presa in carico in urgenza fino al reinserimento nel tessuto sociale e domestico. Si precisa inoltre che la collaborazione tra la ASL e l'INAIL si concretizzerà attraverso l'implementazione di progetti integrati anche di ricerca.

## **6.12 Il Policlinico Casilino**

Il DCA 40/2016 ha definito l'accordo per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra la ASL RM 2 (già ASL ROMA B) e il Policlinico Casilino nell'ambito della disciplina di cui al D.Lvo 502/1992 art. 8 bis, identificando quale termine ultimo per la realizzazione delle attività il 30 giugno 2017.

In tale contesto la UOC Direzione medica di presidio (ad esaurimento) ha il compito di supportare le attività della fase transitoria al completamento dell'inquadramento del Presidio Policlinico Casilino tra gli erogatori privati accreditati.

Le UUOO che al momento afferiscono al Policlinico Casilino:

- UOC Direzione Medicina Ospedaliera (30/6/2016)
- UOC Medicina (1/7/2016)
- UOC Medicina d'urgenza e PS (1/10/2016)
- UOC Chirurgia generale e d'urgenza (1/11/2016)
- UOC Nefrologia e dialisi (1/10/2016)
- UOC Radiologia (1/6/2016)
- UOC Anestesia e Rianimazione (1/10/2016)
- UOC Ostetrica Ginecologia (1/6/2016)
- UOC Patologia Neonatale e TIN (Primi mesi del 2017)
- UOC Cardiologia (1/6/2016)
- UOC Ortopedia e Traumatologia (15/5/2016)
- UOC Chirurgia Plastica\*

(\*) UOC a gestione universitaria

Contestualmente alla conclusione delle attività di adeguamento strutturale ai fini dell'accreditamento, la ASL ROMA 2 assorbirà il proprio personale che ad oggi eroga la attività presso il Policlinico Casilino.

## **7. Organismi dell'azienda**

### ***7.1 Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni***

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda ASL 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. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento. Il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, almeno una volta al mese, su convocazione del presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.

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. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario dell'Azienda.

#### **7.1.2 La Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende ASL**

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

- 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 in Azienda;
- n.1 operatore dell'area infermieristica;
- n.2 operatori dell'area tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti per ogni singola Azienda ASL dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale di appartenenza.

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

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

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.

Il Direttore Generale con proprio provvedimento disciplina:

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

## ***7.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione***

L'Organismo indipendente di valutazione cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 14 del D.L.gs n. 150/2009.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da tre componenti, esterni all'Azienda, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati dal Direttore Generale dell'Azienda stessa, ed in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea specialistica o diploma di laurea secondo il previgente ordinamento;
- elevata professionalità ed esperienza pluriennale maturata nel campo del management e della valutazione del personale, delle prestazioni e dei risultati con particolare riferimento al settore della sanità.

I componenti dell'OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati una sola volta. Lo stesso soggetto non può far parte contemporaneamente di due OIV nell'ambito del SSR.

Sono assegnati all'OIV le seguenti attività:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione della prestazione organizzativa e individuale, a partire dalla definizione e assegnazione degli obiettivi fino alla misurazione e valutazione delle prestazioni, al fine di garantirne la correttezza nonché la conformità agli indirizzi regionali;
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.



### **7.3 I Comitati e Commissioni Aziendali**

Presso l'Azienda vengono costituiti i seguenti organismi collegiali, disciplinati dalla normativa vigente, che promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di specifiche problematiche della realtà organizzativa e professionale dell'Azienda, utilizzando anche metodologie di autoapprendimento organizzativo:

#### **- Comitato Etico Lazio 2**

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti individuali, della salute, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Il Comitato si ispira al principio del rispetto della vita umana così come indicato nella Costituzione Italiana, nella Carta dei Diritti dell'Uomo, nelle raccomandazioni degli Organismi Internazionali, nella Deontologia Medica Nazionale ed Internazionale ed in particolare nella revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki.

Il Comitato fa, altresì, riferimento alla normativa vigente in materia sanitaria, alle norme di "Good Clinical Practice: Consolidate Guideline" dell'Unione Europea, adottate dall'Agenzia Europea per la valutazione dei medicinali (EMA), e ove applicabile, alle raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica.

Oltre alla funzione di valutare sotto il profilo scientifico, etico, metodologico e di congruità economica le sperimentazioni cliniche proposte da promotori ("profit" o "no profit", interni o esterni alla ASL Roma 2), con parere vincolante ai fini della effettiva possibilità di condurre i relativi studi clinici, il Comitato esprime parere non vincolante, su richiesta della Direzione Aziendale o dei sanitari della ASL, relativamente a progetti di sperimentazioni gestionali e organizzative ovvero rilascia pareri non vincolanti in merito ad eventuali problematiche di natura etica emergenti, su richiesta di disamina avanzata dalla Direzione Aziendale. Può, inoltre, proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi e in materia di bioetica.

Il Comitato Etico Lazio 2 ha sede logistica presso la ASL Roma 2 e comprende i Comitati Etici di seguito specificati:

- Comitato Etico della ex ASL RM B ed ex ASL RM C, attualmente ASL Roma 2
- Comitato Etico della ex ASL RM D, attualmente ASL Roma 3
- Comitato Etico della ex ASL RM H, attualmente ASL Roma 6
- Comitato Etico della ASL di FROSINONE

- Comitato Etico della ASL di LATINA
- Comitato Etico della Azienda Ospedaliera S. Giovanni — Addolorata
- Comitato Etico dell'Ospedale Israelitico
- Comitato Etico dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale
- Comitato Etico dell'Associazione Cavalieri di Malta.

I componenti del Comitato Etico, ai sensi della DGR Lazio n. 146 del 12 giugno 2013, sono nominati dal Direttore Generale dell'Azienda in cui lo stesso ha sede logistica.

- ***Ufficio Sperimentazioni Cliniche***

Come previsto dal Regolamento e procedure operative del Comitato Etico Lazio 2, presso l'Azienda è istituito l'Ufficio Sperimentazioni Cliniche della ASL Roma 2.

L'Ufficio Sperimentazioni, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, è diretto da un dirigente del ruolo sanitario o amministrativo, in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza nel settore delle sperimentazioni cliniche dei medicinali e nell'ambito dei Comitati Etici. Tale Ufficio provvede all'archiviazione ed alla conservazione, in osservanza alle disposizioni vigenti, e comunque per un periodo non inferiore a 7 anni dal termine della sperimentazione, la documentazione relativa alle sperimentazioni effettuate presso i Centri aziendali. Oltre a questo, l'Ufficio Sperimentazioni garantirà le seguenti attività:

- front-office per gli sperimentatori in sede locale;
- istruttoria contratto/convenzione;
- redazione degli atti amministrativi propedeutici alla stipula di convenzioni ed alla ripartizione degli introiti derivanti dallo svolgimento delle sperimentazioni;
- formalizzazione per avvio sperimentazione in sede locale;
- richieste emissione fatture e liquidazione compensi per attività svolta in merito agli studi condotti presso il proprio centro.

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

Il Comitato, così come previsto dall'art. 57 del D.Lgs 165/2001, sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità ed i comitati paritetici sul fenomeno mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni. E' un Comitato che ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un numero

pari di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambe i generi. Il presidente del Comitato unico è designato dall'amministrazione.

Nell'ambito della sfera di pertinenza, il CUG è dotato delle funzioni e dei poteri propositivi, consultivi e di verifica, allo stesso demandate a norma dell'art.21 della legge n. 183/2010, così come esplicitate al punto 3.2 delle Linee Guida -Direttiva 4 marzo 2011 del Dipartimento della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità, e s.m.i. 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.

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.

**- Commissione per il prontuario terapeutico.**

La Commissione per il prontuario terapeutico è un organismo consultivo con la funzione di aggiornare e diffondere periodicamente il Prontuario Terapeutico Aziendale e valutare le richieste di inserimento nel Prontuario di nuovi farmaci, in base ai seguenti criteri:

- a) corrispondenza al Prontuario Terapeutico Regionale
- b) efficacia documentata da studi clinici in modalità controllata
- c) sicurezza ed economicità
- d) tollerabilità e accettabilità da parte del paziente
- e) fornire suggerimenti in ordine alle procedure di controllo nella distribuzione dei farmaci.

La Commissione adotta inoltre schede informative, raccomandazioni d'uso su singoli farmaci e linee guida terapeutiche.

**- Comitato per il buon uso del sangue.**

Il Comitato per il buon uso del sangue, costituito ai sensi del D.M. Sanità del 01.09.1995, è un organismo consultivo che ha la responsabilità di elaborare e diffondere le linee guida per l'uso razionale, sicuro e appropriato del sangue e degli emoderivati; sviluppare le azioni per l'incremento delle donazioni di sangue, anche al fine del perseguimento dell'autosufficienza, aziendale e regionale, di sangue, emocomponenti e plasmaderivati; promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del predeposito di sangue per gli interventi programmati, nonché di definire indicatori clinici di appropriatezza prescrittiva e loro monitoraggio

- ***Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA).***

Il Comitato per la Lotta alle Infezioni correlate alle procedure assistenziali è costituito ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 52/85 e dell'art. 2, c. 2 punto b) del D.M. Sanità del 13.09.1988; è un organismo consultivo con la funzione di: elaborare e diffondere le linee guida sugli interventi di contenimento della diffusione delle infezioni nosocomiali; organizzare il sistema di monitoraggio e sorveglianza, mediante indagini di prevalenza ed incidenza; definire le misure di prevenzione da adottare, in particolare nelle aree a rischio e per le procedure assistenziali che possono comportare un rischio di complicanza infettiva; verificare la corretta e puntuale applicazione dei programmi di sorveglianza; promuovere la formazione del personale; fornire periodicamente reports sui risultati ottenuti.

- ***Comitato per l'ospedale senza dolore.***

Il Comitato ha lo scopo di promuovere in Azienda la terapia del dolore, programmando interventi indirizzati al miglioramento del processo assistenziale. E' un organismo consultivo con la funzione di promuovere e coordinare l'attivazione e l'integrazione a livello territoriale di azioni di cura del dolore. In particolare, ed in stretto contatto e condivisione con i livelli organizzativi e le funzioni definite dal DCA 863/2010, che costituisce e struttura la "rete integrata ospedale-territorio per il trattamento del dolore non oncologico" il Comitato si occupa di coordinare l'azione delle differenti équipe e la formazione del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore; di promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore; di promuovere gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità di farmaci analgesici, in particolare oppiacei; assicurare il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida, dei protocolli e la valutazione di efficacia; promuovere la elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti; attuare iniziative in accordo con altre strutture, organismi e comitati aziendali, interaziendali e regionali;

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

Sono in funzione presso ogni Distretto Sanitario le Commissioni per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica (CAPD). Alle stesse viene aggiunta la competenza relativa all'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici. Le Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva, svolgono la propria attività uniformandosi, per quanto attiene al funzionamento ed alla composizione, a quanto previsto dalla vigente normativa e secondo le modalità operative stabilite dalle linee guida emanate in materia dalla Regione Lazio.

Le predette Commissioni hanno competenza, ciascuna per Distretto di costituzione, anche sulle prescrizioni effettuate negli stabilimenti ospedalieri insistenti sul territorio assegnato, orientano le loro valutazioni alla appropriatezza clinica ed economica delle prescrizioni.

- ***Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CAVS)***

La ASL Roma 2, così come precedentemente le due ex ASL Roma B e Roma C, ha istituito il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri con le seguenti finalità:

- organizzazione della raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri, garantendo il rispetto degli obiettivi di mappatura predeterminati;
- pronta valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare nel contenzioso giudiziario;
- valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri (anche in un'ottica preventiva);
- integrazione della procedura di rilevazione e raccolta dei dati necessari ad un'efficace gestione dei sinistri;
- verifica dei data-base esistenti ed eventuale proposta di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sinistri necessarie al mercato assicurativo o ad altri soggetti che gestiranno in futuro i rapporti coi pazienti danneggiati;
- gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per una composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire ad un accordo diretto Azienda-danneggiati (ove la polizza preveda una franchigia e la gestione dei relativi sinistri non sia demandata alla Compagnia);
- contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

Il comitato è costituito dalle seguenti professionalità:

- Dirigente Affari Generali;
- Avvocato;
- Medico Legale;
- Risk Manager;
- Delegato della Direzione Sanitaria Aziendale;
- Rappresentante della Compagnia di Assicurazione o, in alternativa, della Società di Brokeraggio fino ad esaurimento dei rapporti contrattuali in essere.

- *Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture private accreditate.*

E' costituita secondo quanto previsto dal DCA n. U0013 del 23.03.2011, opera sotto il coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o di suo delegato, ed è composta da personale del Dipartimento di Prevenzione, da personale dell'Unità Operativa VASAC, da un esperto nell'attività specialistica oggetto di verifica, da personale qualificato iscritto al "Registro Regionale dei Facilitatori per la Qualità". I membri della Commissione mantengono la propria posizione funzionale nell'ambito dei servizi e/o delle unità operative ove prestano la propria attività.

La Commissione può essere integrata secondo necessità, su proposta del Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

#### **7.4 Il Tavolo delle Associazioni**

Il Tavolo Permanente delle Associazioni di volontariato, primo nelle AA.SS.LL della Regione Lazio e formalmente deliberato dalla ex ASL Roma B – delibere n. 1187 del 20.07.06 e n. 97 del 24.01.2008 - è costituito dai delegati eletti dalle Associazioni rappresentanti di varie aree tematiche: Cittadini stranieri, Diversamente abili, La vita in ospedale, Malattie oncologiche, Malattie rare ad alto impatto sociale, Malattie croniche e dell'anziano, Salute Mentale, La tutela dei diritti del malato, La tutela materno infantile. L'organismo è nato dalle sollecitazioni emerse nella giornata del 23 giugno 2006 - "L'ASL Roma B incontra i cittadini" - da parte delle Associazioni di familiari e volontariato al fine di favorire, attraverso la consultazione, la condivisione di scelte e di responsabilità, la partecipazione dei singoli cittadini, delle loro organizzazioni e delle associazioni di volontariato e di tutela alle scelte di politica sanitaria aziendale diventando uno strumento regionale per l'*empowerment* del cittadino e la costruzione di una cultura della salute condivisa.

La delibera n 96 del 8 febbraio 2012 s.m.i. della ex ASL Roma C istituì il Tavolo permanente con le associazioni per le seguenti aree tematiche: della tutela, delle cronicità, della disabilità, oncologica, della salute mentale e dell'infanzia e della adolescenza.

La direzione strategica della ASL ROMA 2 ha individuato pertanto nel Tavolo Misto Permanente con le associazioni lo strumento per arricchire il processo decisionale al fine di assicurare una progettazione condivisa con l'utenza.

L'ascolto del Cittadino permette infatti di modulare l'offerta sui reali bisogni nonché di migliorare l'offerta dei servizi.

## **8. I rapporti con gli enti locali**

### ***8.1 La Conferenza Locale Sociale e Sanitaria***

Strettamente correlata al Governo strategico aziendale è la Conferenza Locale Sociale e Sanitaria che è chiamata a valutare i bisogni sociali, sociosanitari e sanitari del territorio per realizzare processi integrati di protezione civile, sociosanitari e sanitaria a favore dei cittadini.

La Conferenza locale sociale e sanitaria promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria prevista dai piani sociali di zona, tenuto conto delle indicazioni del piano sociale regionale ed assicurando l'integrazione e la coerenza con i piani per la salute previsti dal piano sanitario regionale; si avvale del supporto tecnico dei responsabili degli uffici di piano ricompresi nel territorio della Asl Roma 2.

### ***8.2 La Conferenza dei Servizi***

Il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, sentita la Conferenza locale per la Sanità, una Conferenza dei Servizi, rendendo noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei servizi partecipano tutti gli stakeholders, le apicalità organizzative della ASL, i rappresentanti degli enti Locali, i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda, ai fornitori, alla Cittadinanza.

## 9. Valorizzazione delle Risorse Umane

La dotazione organica è determinata in relazione alla strutturazione e missione dell'Azienda ed al ruolo nell'ambito del SSR Lazio, al fine di pervenire ad una maggiore appropriatezza delle prestazioni, all'equilibrio tra valore della produzione e costi anche della ricerca nell'ambito di ciascun budget dipartimentale e del complessivo budget, nonché di perseguire una effettiva razionalizzazione dei costi e l'adeguamento agli indicatori di efficacia, efficienza ed economicità.

Infatti:

- Le risorse umane rappresentano il più importante capitale intellettuale ed il mezzo principale per il pieno perseguimento della missione dei valori e degli obiettivi strategici. In tale ottica l'Azienda sviluppa sistemi di pianificazione nelle politiche per il personale, articolato nei rispettivi profili professionali, in grado di garantire la coerenza tra le attività da svolgere e i servizi da erogare e le caratteristiche quali - quantitative delle risorse umane;
- L'Azienda pone la massima attenzione alla valorizzazione, alla motivazione ed alla promozione della professionalità dei propri dipendenti nella consapevolezza che un personale preparato ed aggiornato è garanzia di buona qualità delle cure ed efficace strumento per la promozione dell'autostima, nonché di armonico ed efficace sviluppo della ricerca;
- L'Azienda riconosce altresì come fondamentale un rapporto di lavoro che premi la professionalità e il merito creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori;
- L'Azienda riconosce piena e pari dignità tra tutto il personale, medico, sanitario, professionale, tecnico e amministrativo ed assicura la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne;
- La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici, per evitare che le capacità professionali possano diventare superate rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica. In tal senso rappresenta un momento strategico dell'azione manageriale l'elaborazione del piano formativo aziendale annuale.



## 10. Governo Clinico

L'Azienda, in armonia con le vigenti disposizioni, adotta i principi e gli strumenti del Governo Clinico come elementi strategici del proprio modello organizzativo orientati al miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza e mira all'attivazione di un percorso sistematico in grado di integrare la componente clinico-assistenziale con quella organizzativo-gestionale.

Tale politica gestionale tende ad assicurare il raggiungimento di specifici standard di eccellenza sia in termini di risultati raggiunti che di adozione di interventi di documentata efficacia.

La strategia che la Direzione intende perseguire basandosi sul sistema Governo Clinico si sviluppa nelle seguenti azioni:

- orientare e promuovere l'attività degli operatori sanitari e verso obiettivi di efficacia e appropriatezza mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale che si esplicitano attraverso la produzione e l'adozione di linee guida cliniche e clinico-organizzative;
- dare maggiore impulso alla formazione permanente quale leva strategica per la crescita professionale e personale dei dipendenti;
- implementare il ricorso all'utilizzo dell'audit clinico come strumento per favorire un confronto tra professionisti secondo la logica dell'autoapprendimento;
- garantire la sicurezza del paziente attraverso il monitoraggio, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi adottando un approccio strutturato di gestione del rischio;
- seguire i criteri della trasparenza e della verificabilità dei risultati per il contenimento dell'incertezza tecnica e delle variabilità in medicina e nell'assistenza con la finalità di orientare i comportamenti professionali verso una realizzazione responsabilizzata al corretto utilizzo delle risorse secondo i principi di appropriatezza ed economicità.

Per migliorare l'assistenza e le prestazioni erogate è decisivo il coinvolgimento attivo e responsabilizzato dei medici e di tutti gli operatori sanitari. A tal fine l'Azienda adotta la strategia del governo clinico inteso come una continua e attiva ricerca della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate anche sulla base delle risorse disponibili.

La strategia del governo clinico basato sull'appropriatezza permette di orientare i comportamenti professionali agli effettivi bisogni dell'utenza, focalizzando l'attenzione sulla produzione, ovvero, sulle prestazioni erogate così da dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità.

Il governo clinico presuppone contesti che favoriscano l'assunzione di comportamenti professionali individuali e di équipe condivisi.

Il governo clinico quindi rappresenta, per l'Azienda, un fondamentale sistema della gestione dell'organizzazione, le cui componenti principali sono:

- la definizione di precise linee di responsabilità individuali e collettive rispetto ai processi assistenziali gestiti. Allo scopo di assicurare l'efficace ed efficiente gestione dei processi più rilevanti, inoltre, l'Azienda promuove soluzioni organizzative orientate a responsabilizzare i professionisti coinvolti in una logica multidisciplinare e interprofessionale;
- la trasparenza dei risultati clinici ottenuti presentati anche in forma comparativa: a tale scopo l'Azienda promuove la gestione per processi quale strumento fondamentale di programmazione-controllo e valutazione dell'operato;
- i programmi di miglioramento della qualità: l'Azienda si impegna ad aderire o promuovere autonomamente, programmi orientati al miglioramento continuo della qualità sulla base di principi, criteri e piani riconosciuti a livello internazionale e con il supporto della Regione;
- l'audit e la medicina basata sulle prove d'efficacia: l'Azienda promuove l'audit, inteso come momento di revisione e verifica tra pari dei processi gestiti, e la medicina basata sulle prove d'efficacia, attraverso il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali gestiti, la comparazione degli standard clinico-assistenziali adottati per la gestione dei processi con quelli definiti in altre aziende sanitarie e a livello regionale e favorendo la comparazione degli stessi con standard riconosciuti a livello internazionale;
- la pratica della gestione e della comunicazione del rischio: l'Azienda attua e coordina tutte le azioni necessarie e possibili per la gestione del rischio includendo, pertanto, la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio;
- lo sviluppo delle attività di accreditamento professionale e di sviluppo continuo delle professionalità: l'Azienda, anche attraverso i sistemi di valutazione interna, sviluppa sistemi di accreditamento professionale attraverso la rilevazione e il monitoraggio delle esperienze compiute e della formazione effettuata dai professionisti, utili per la promozione di specifici piani di sviluppo professionale individuali.

Nella prospettiva appena delineata la gestione del governo clinico rappresenta il principale strumento di crescita professionale e di educazione continua degli operatori attraverso la costante verifica della corrispondenza tra le attività svolte, i programmi definiti, le procedure concordate e le "buone pratiche" di riferimento.

## 11. Il ciclo della performance

L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda adotta, implementa ed utilizza le tecniche di controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo, assicurando, in particolare, l'adozione di strumenti e modalità di controllo che consentano l'utilizzazione dello strumento oltre la sfera di mera valutazione economica dell'efficienza gestionale, a supporto esclusivo della direzione generale, per evolvere invece verso una connotazione dello strumento di controllo che assuma funzioni più dinamiche ed interrelabili, di supporto metodologico ed operativo alla direzione aziendale ed ai vari livelli in cui essa si articola.

L'Azienda attiva un proprio sistema di definizione, misurazione, valutazione e trasparenza della performance aziendale, volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti e alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle strutture aziendali, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati ottenuti e rendicontazione delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il funzionamento del Sistema aziendale per la definizione, misurazione, valutazione e trasparenza della performance è normato da un Regolamento.

I principi generali del sistema aziendale di definizione, misurazione, valutazione e trasparenza della performance sono i seguenti:

- attuazione del ciclo della performance supportato dalla metodica di budget e in un'ottica di integrazione con i sistemi programmatori e valutativi già esistenti, laddove compatibili con i principi recati dal D.Lgs.150/2009;
- consolidamento, integrazione e miglioramento del sistema di valutazione della amministrazione nel suo complesso, delle singole strutture aziendali, dei processi aziendali e di tutti i dipendenti, dirigenti e non;
- integrazione dei risultati della valutazione individuale della performance con il processo di valutazione degli incarichi aziendali;
- miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle singole unità organizzative, anche in funzione del soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative dell'utenza;

- garanzia della trasparenza, anche attraverso la pubblicazione sul sito internet aziendale, di tutti gli aspetti dell'attività amministrativa, dell'organizzazione aziendale e della varie fasi del ciclo della performance.

L'Azienda, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, sviluppa il ciclo della performance che si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- realizzazione delle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi;
- monitoraggio in corso di esercizio delle attività svolte e dei risultati conseguiti, con la conseguente attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance ottenuta, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle singole articolazioni aziendali e ai singoli dipendenti;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi aziendali, alle istituzioni di indirizzo,
- ai cittadini e alle altre parti interessate.

Per sostenere il ciclo della performance, l'Azienda integra tra di loro attività, processi e strumenti diversi tra i quali la gestione del bilancio, la metodica di budget, i processi di valutazione del personale e gli strumenti di comunicazione con i cittadini.

Nello svolgimento delle attività connesse al ciclo della performance, le strutture operative aziendali sono supportate dalla struttura di staff della Direzione Aziendale.

## 12. Norme transitorie finali

Si precisa che l'attuale organigramma (All. 1), comprensivo delle strutture complesse, deve considerarsi suscettibile di modifiche anche sostanziali alla luce delle future indicazioni e, pertanto, va valutato come assolutamente dinamico.

Le disposizioni contenute nel presente Atto Aziendale, nonché gli allegati, potranno essere oggetto di modifica in qualsiasi momento da parte della Direzione Aziendale anche in relazione a ulteriori prescrizioni normative nazionali e regionali, previo esperimento delle necessarie Relazioni Sindacali.

Tutte le successive ed ulteriori determinazioni necessarie a dare attuazione ai nuovi assetti definiti dal presente Atto Aziendale saranno assunte con specifiche deliberazioni, le quali preciseranno ed integreranno gli aspetti funzionali ed organizzativi che ne derivano.

Parimenti, qualsivoglia provvedimento che incida sugli incarichi dirigenziali in essere sarà assunto previo esperimento di tutte le procedure sindacali e di salvaguardia previste dai vigenti CCNL, e comunque conformemente alle disposizioni di cui al Decreto Commissariale n. 48/2011, avente ad oggetto "Recepimento regolamento per la ricollocazione e per la mobilità del personale appartenente alla Dirigenza medica e Veterinaria e alla Dirigenza SPTA a seguito di processi di ristrutturazione e riconversione".

Si precisa, infine, che con l'adozione del presente Atto Aziendale si determina, nei tempi e con le modalità in precedenza esplicitate, la soppressione degli organigrammi e degli assetti organizzativi rinvenienti dai precedenti Atti Aziendali.

Le modifiche delle UUOO organizzative a gestione universitaria troveranno effettiva attuazione all'esito del recepimento nel protocollo di intesa che disciplina i rapporti tra Regione Lazio e Università degli Studi Tor Vergata.

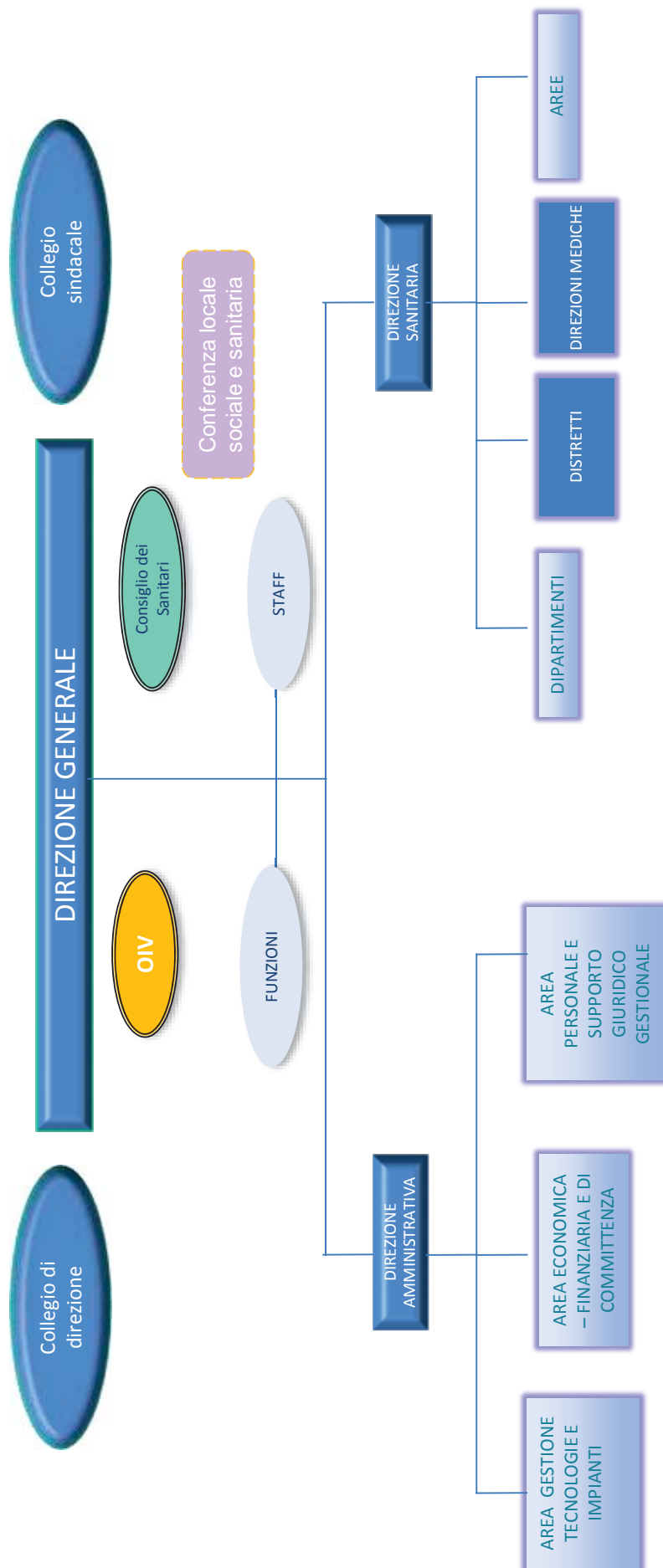
Per le materie non trattate nel presente atto, si fa esclusivo riferimento alla legislazione nazionale e regionale vigente, in particolare al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i, al D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, ai contratti collettivi nazionali di lavoro, alla L.R. 24 dicembre 1996, n. 146 e s.m.i. (Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale).

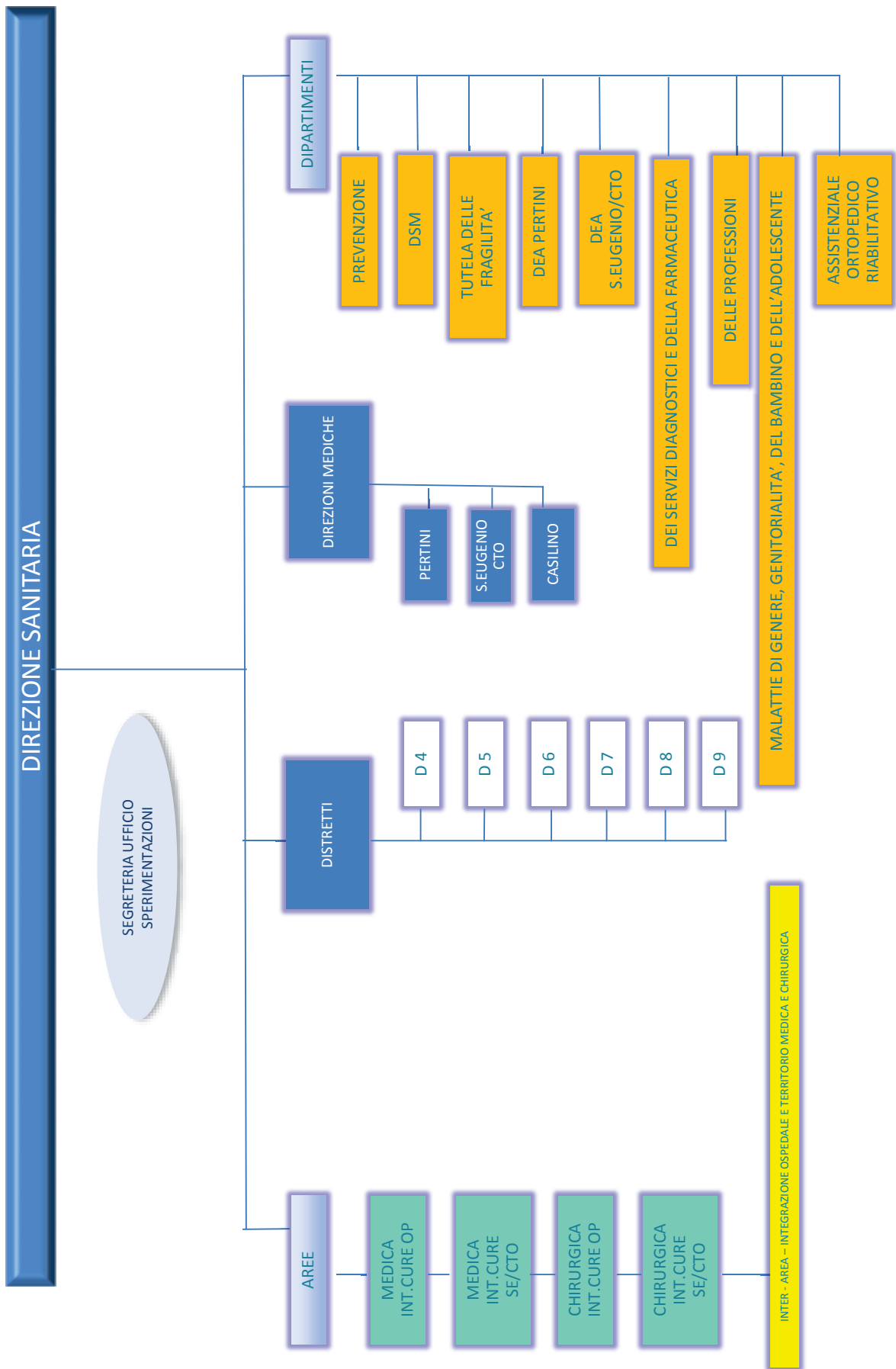


# ORGANIGRAMMA AZIENDALE

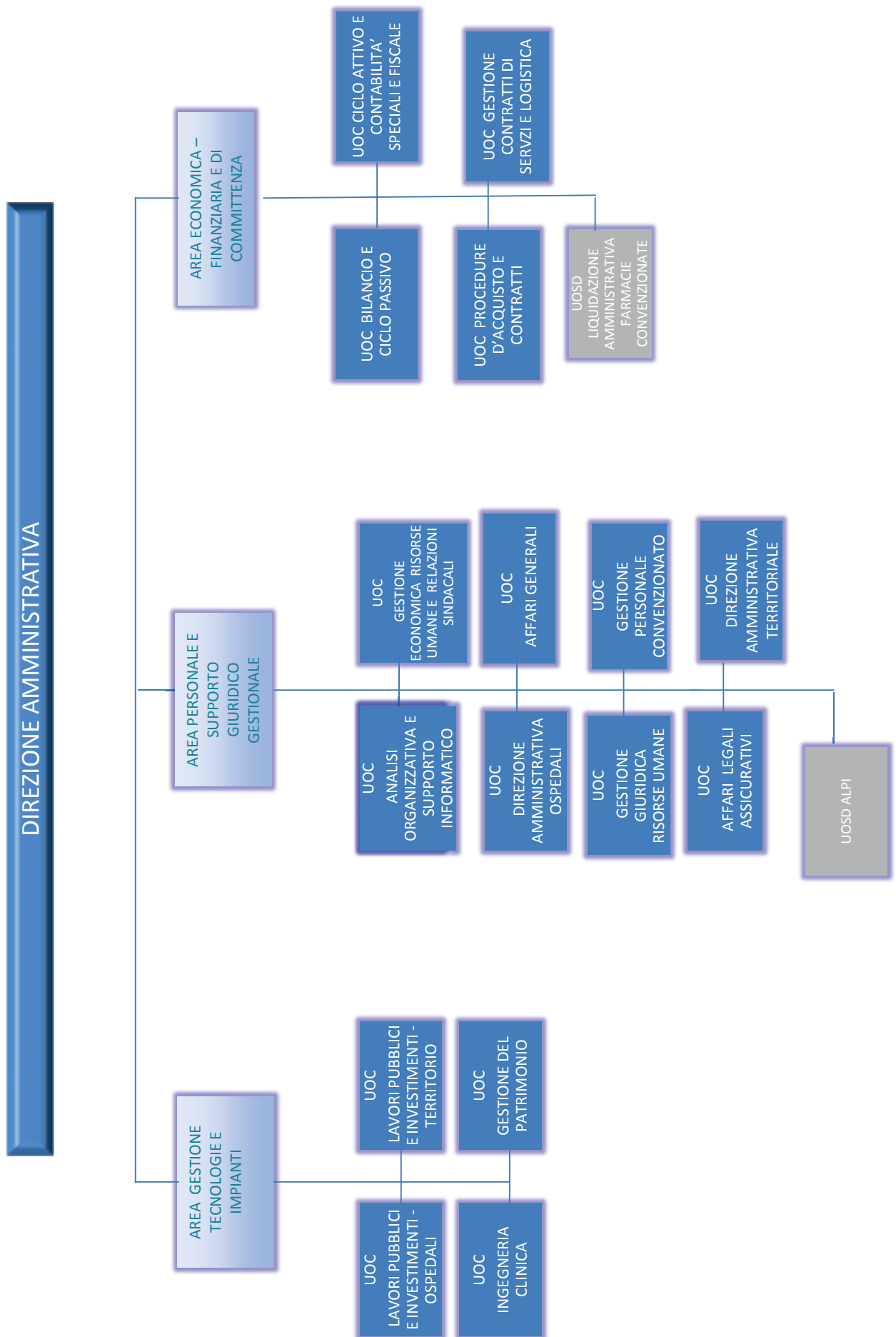
## ATTO 2016

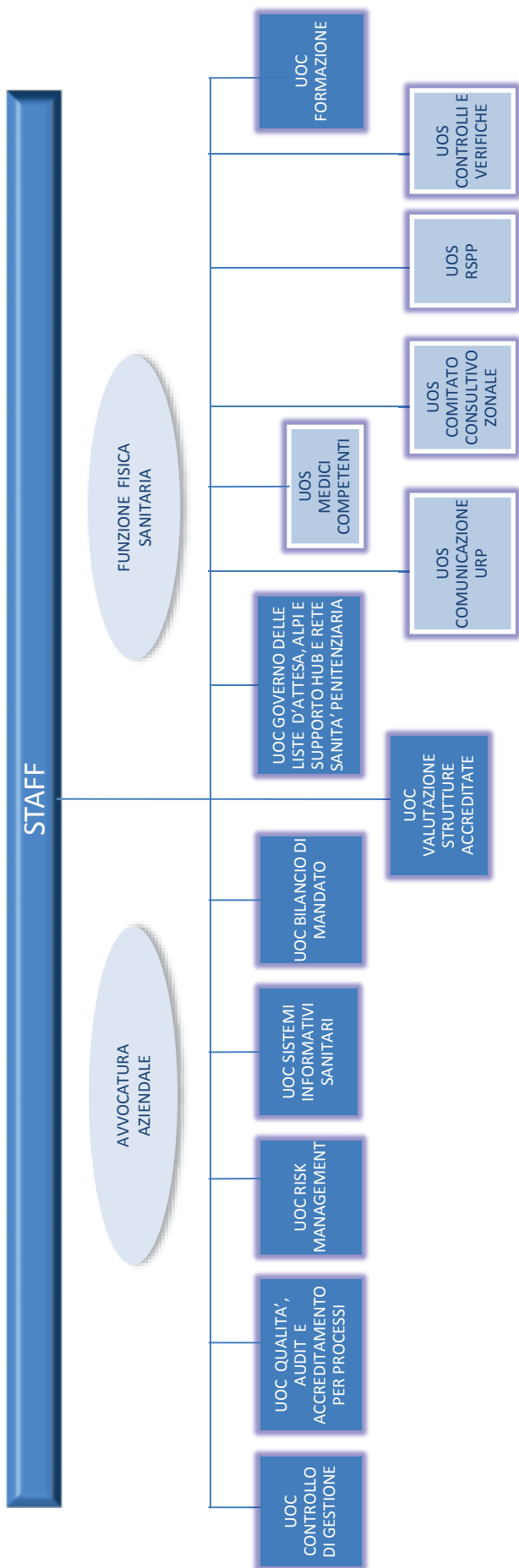
*Allegato 1 e parte integrante dell'Atto di Riorganizzazione Aziendale*

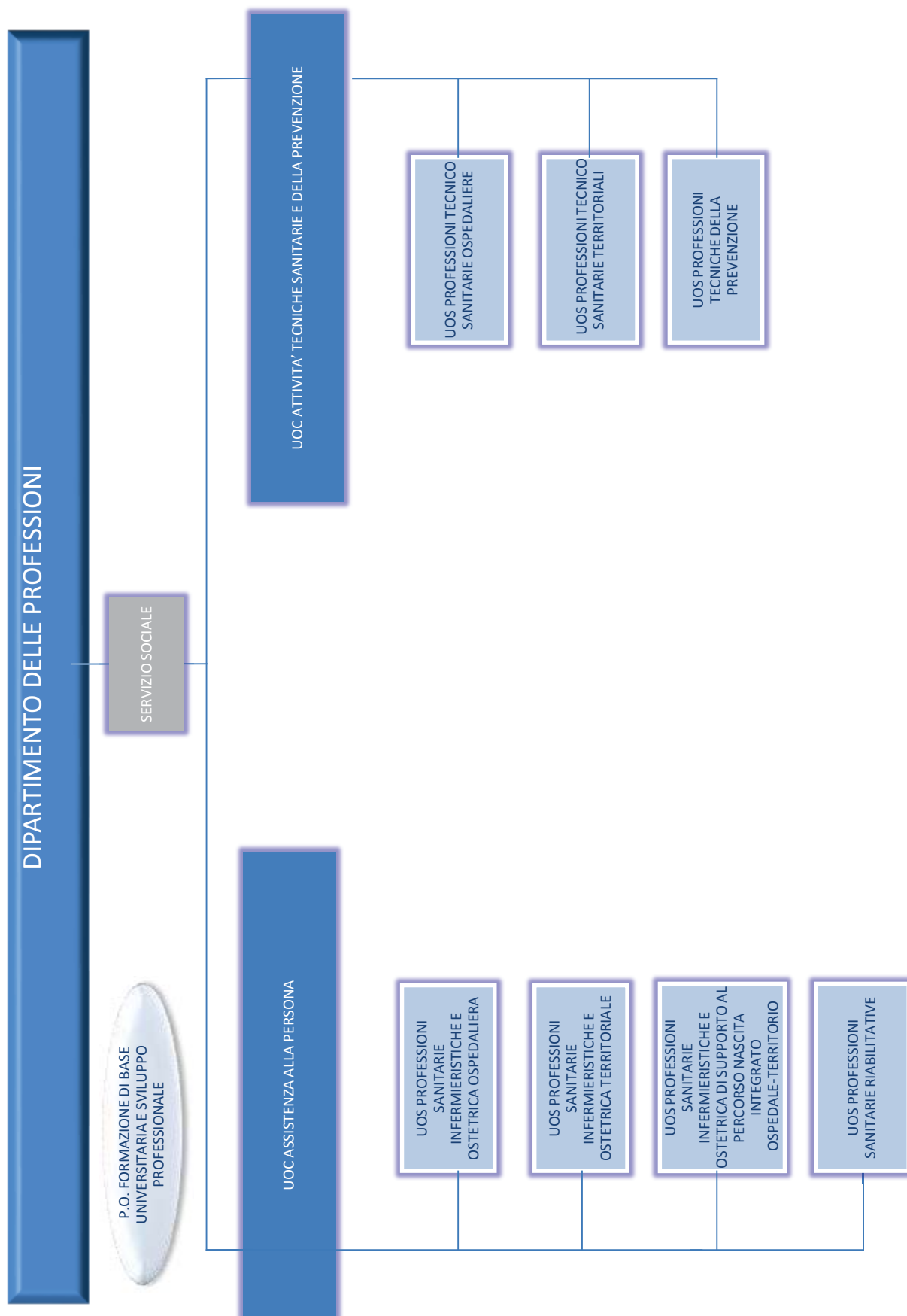


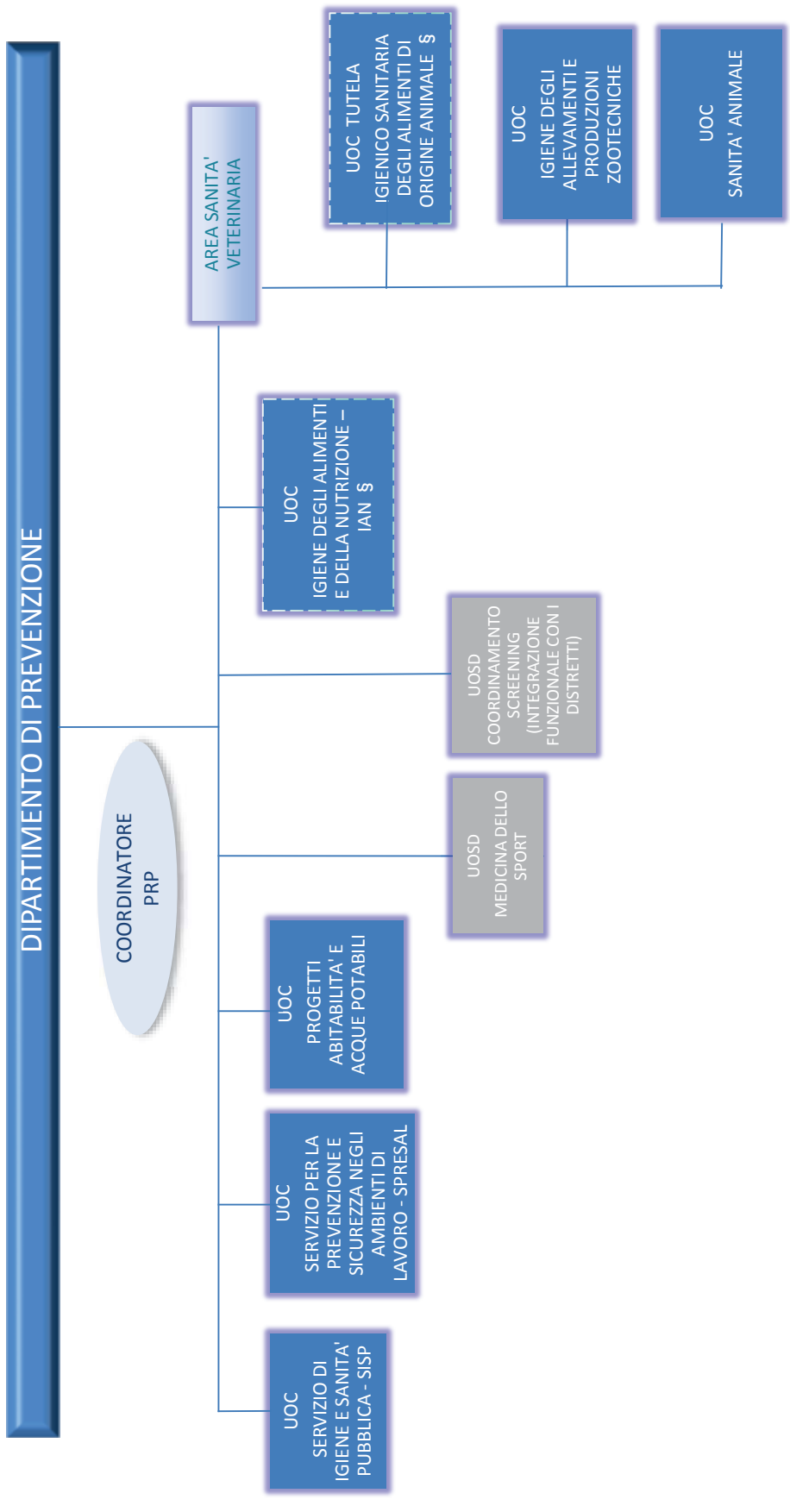




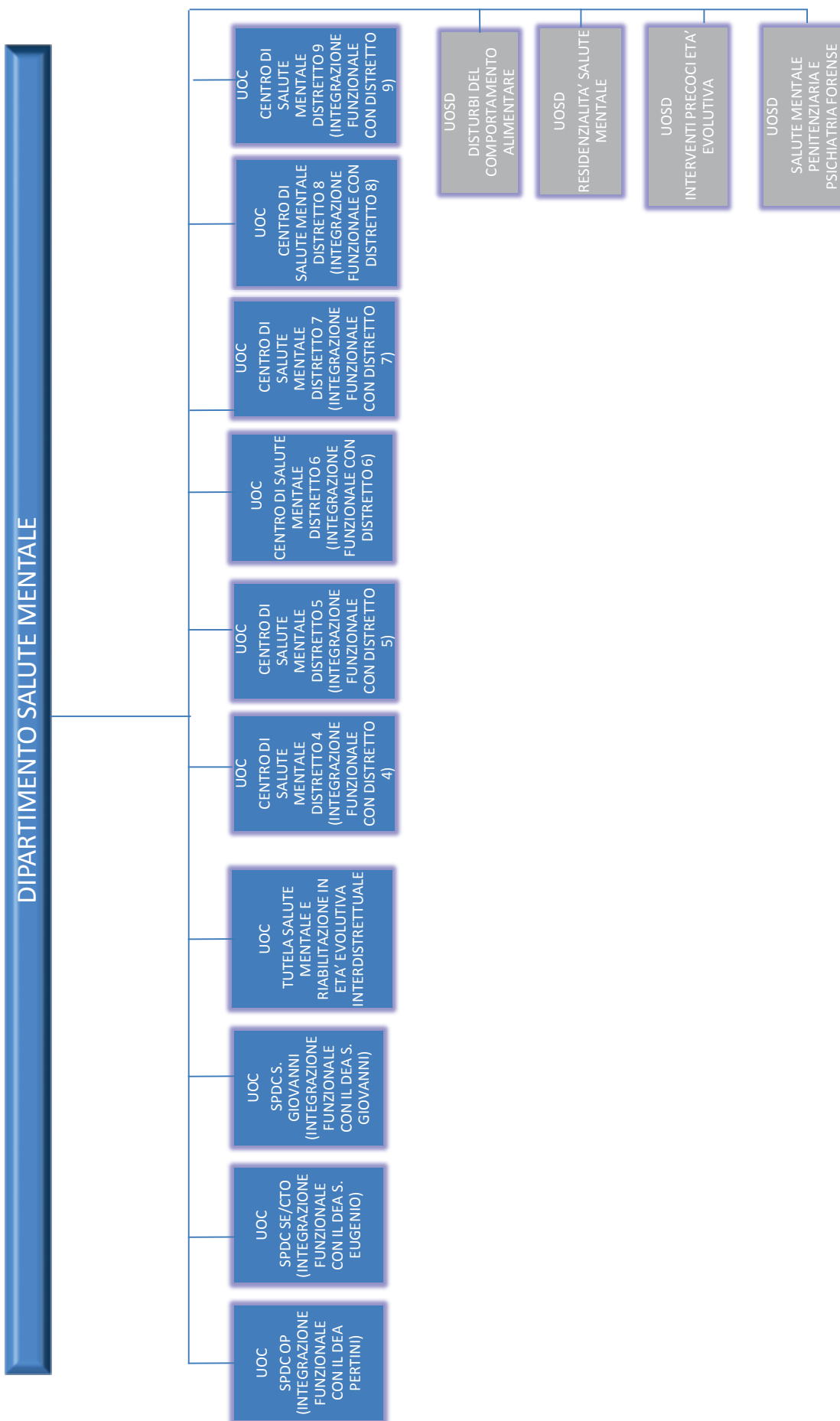


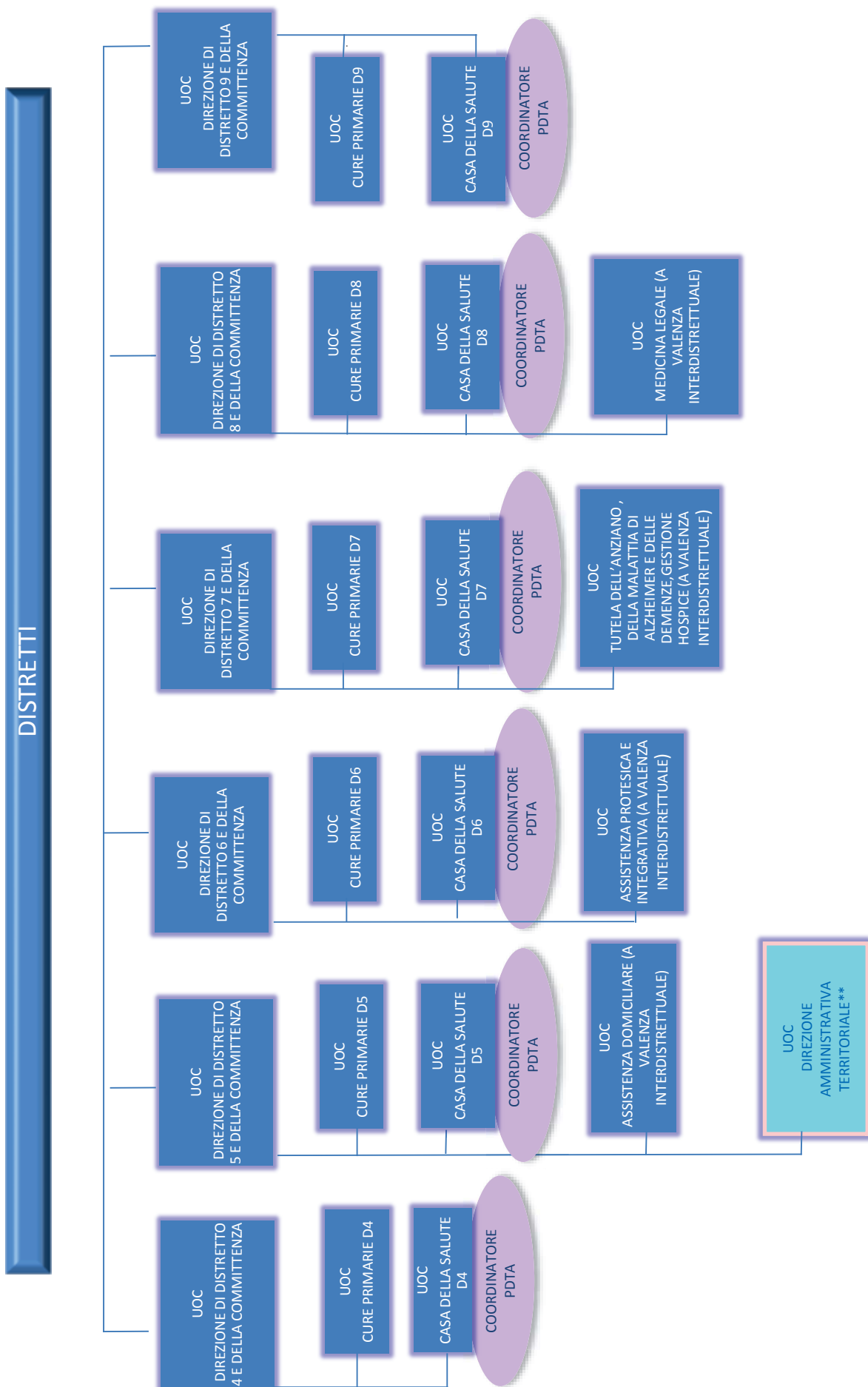




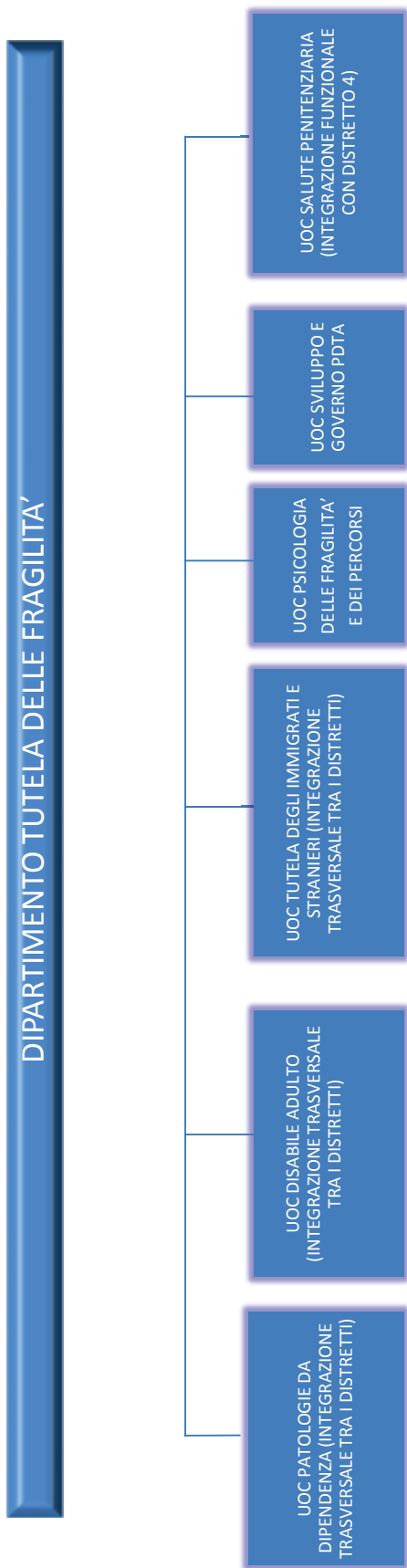


§ Strutture ad integrazione funzionale

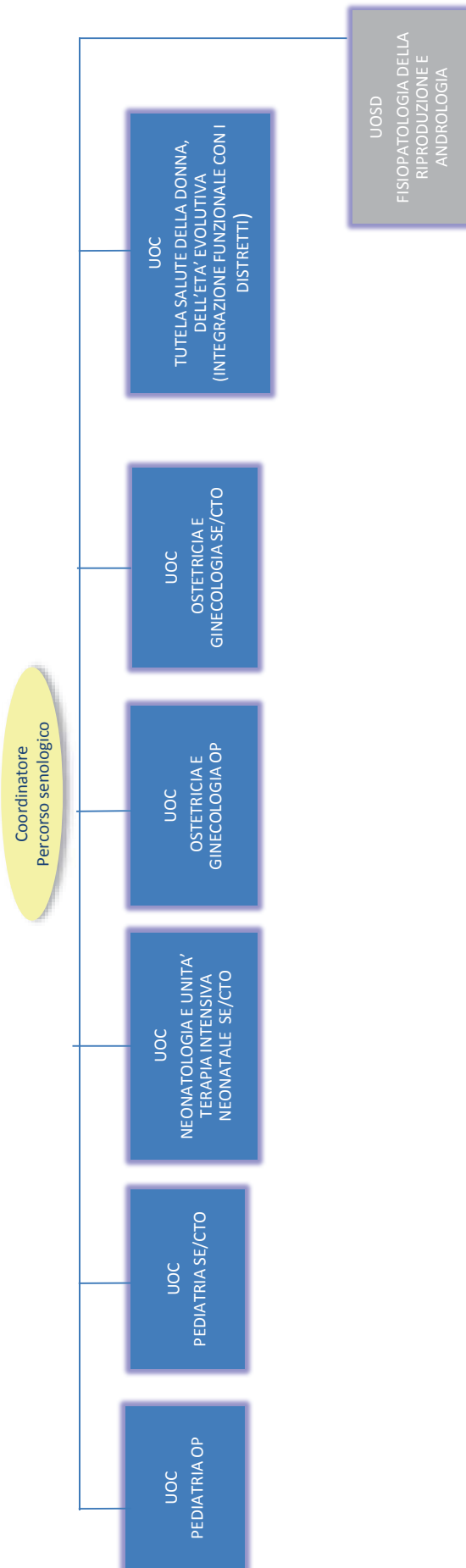




\*\* UOC GIÀ CONTEGGIATA NELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

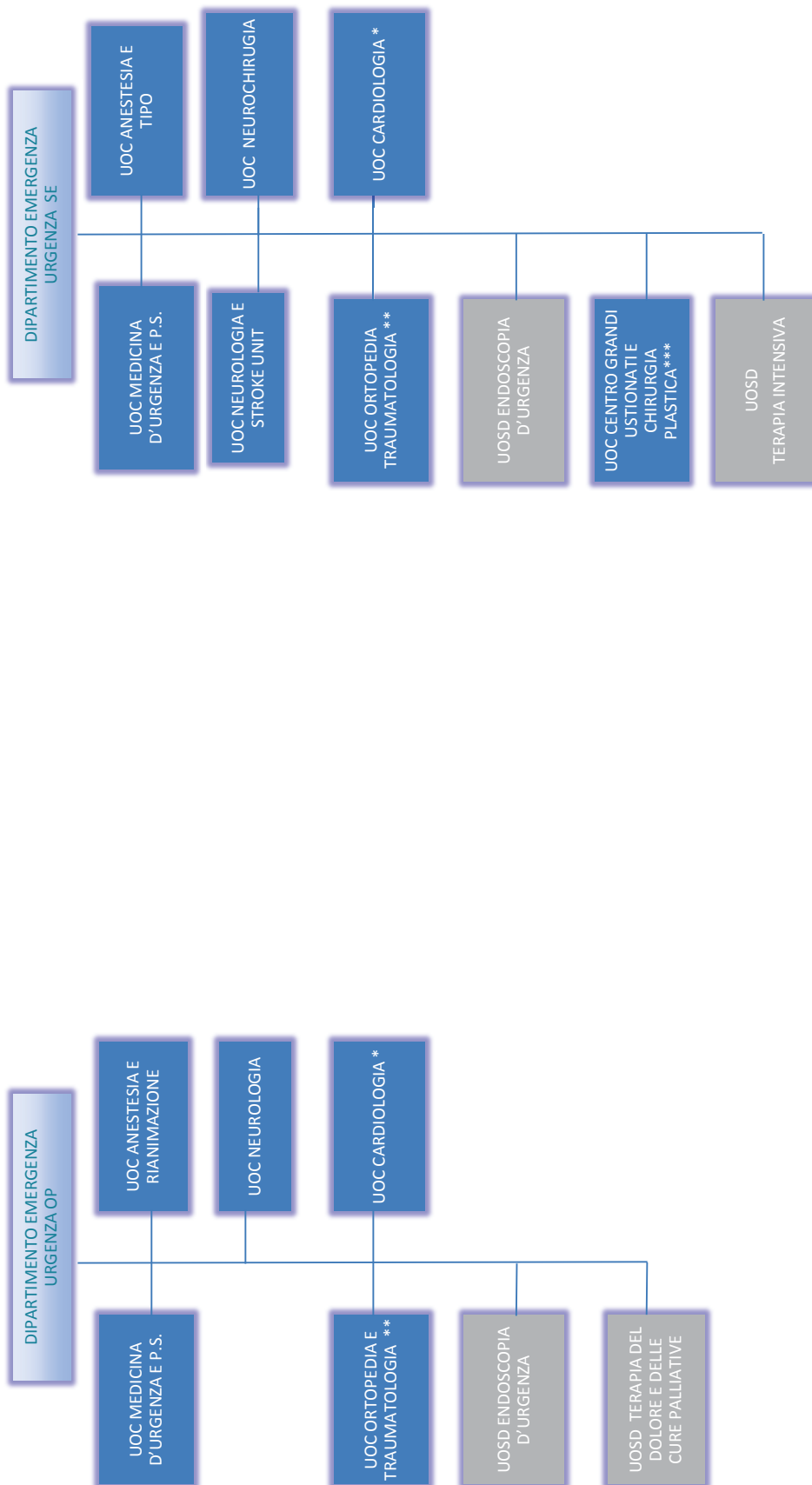


DIPARTIMENTO DELLE MALATTIE DI GENERE, DELLA GENITORIALITA', DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE



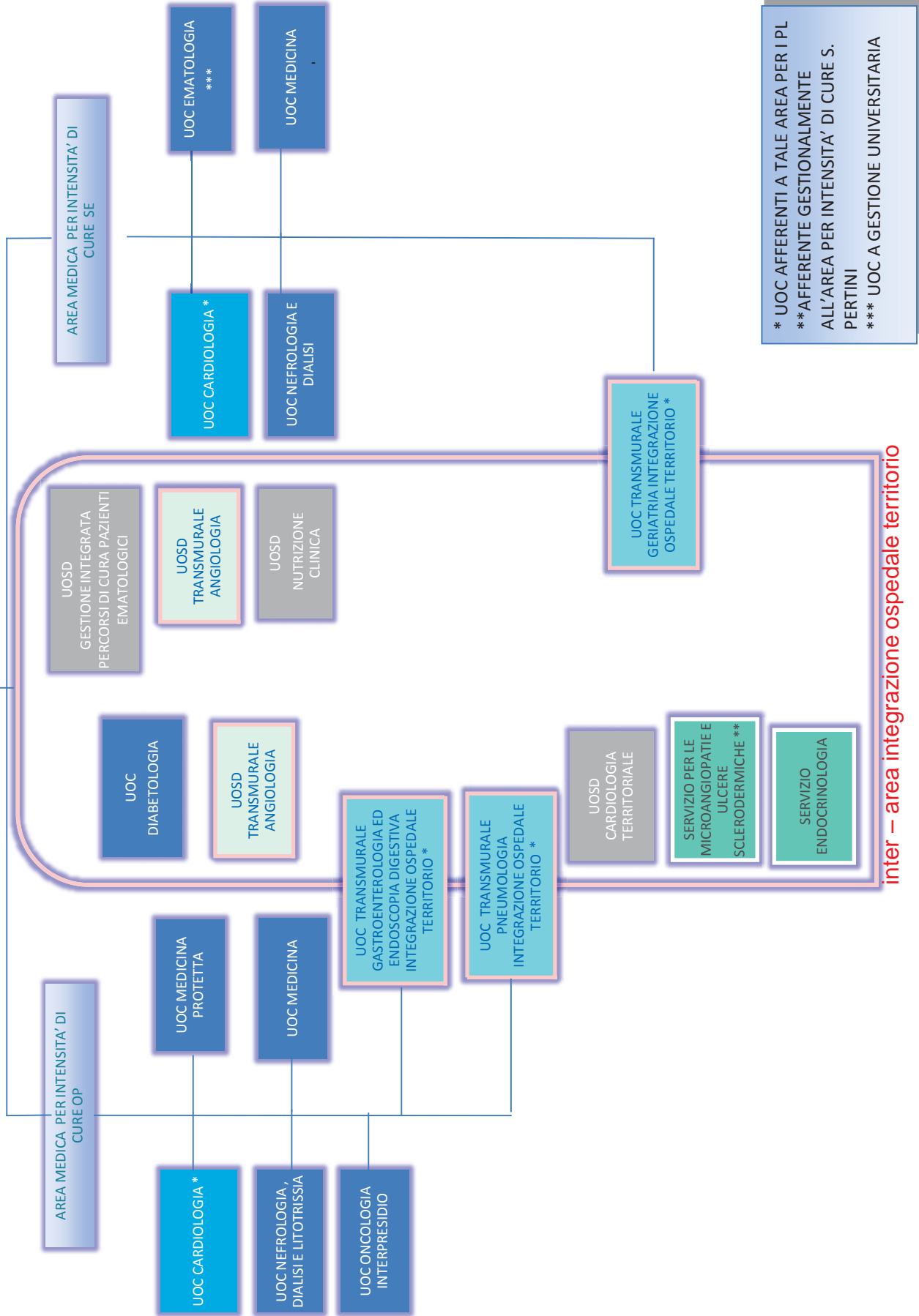


## EMERGENZA URGENZA ASL ROMA 2



AFFERENTE ALL'AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURE PER I P.L.  
 \*\* AFFERENTE ALL'AREA CHIRURGICA PER INTENSITA' DI CURE PER I P.L.  
 \*\*\* AFFERENTE ALL'AREA CHIRURGICA PER INTENSITA' DI CURE ESCLUSIVAMENTE PER I POSTI LETTO DI CHIRURGIA PLASTICA

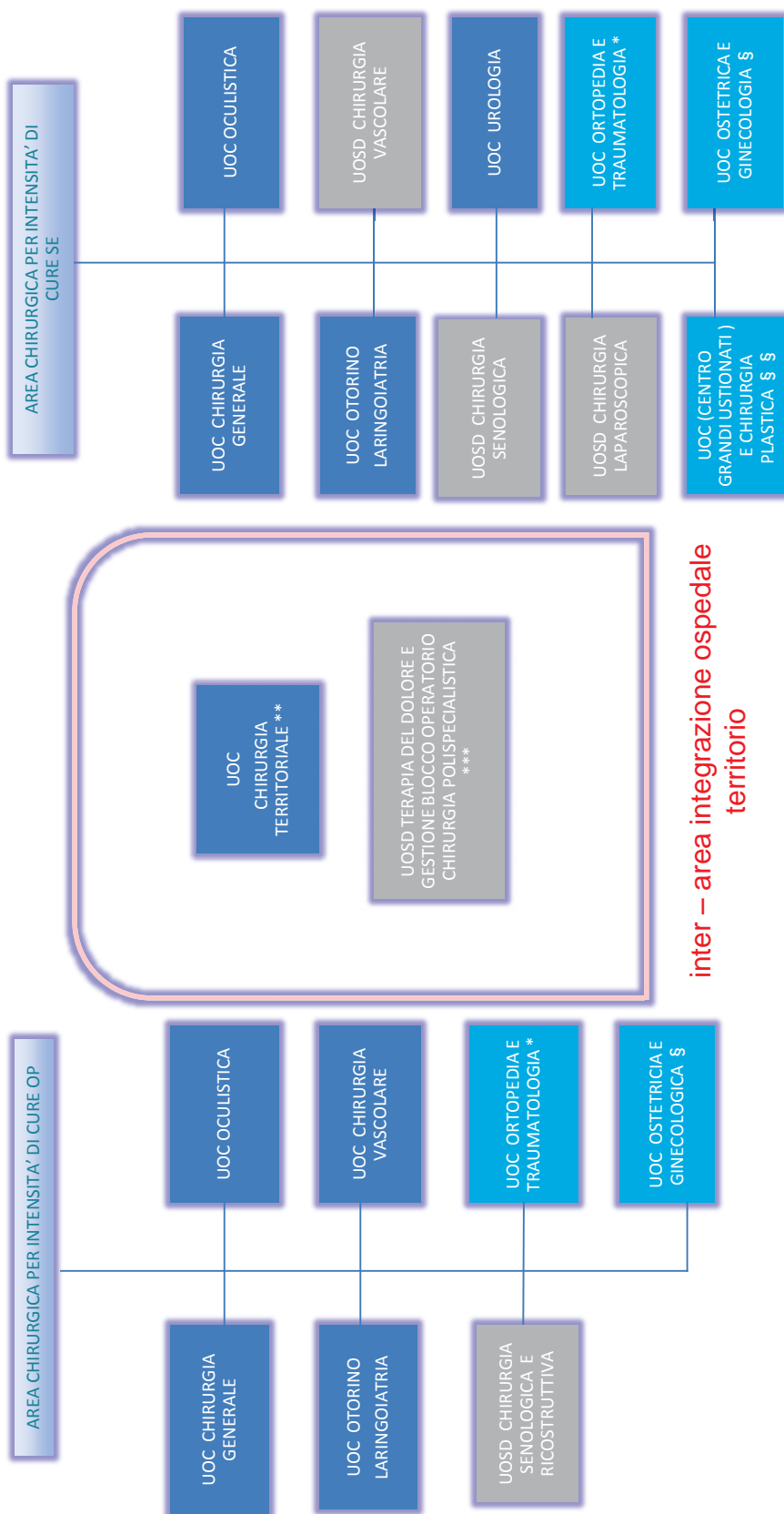
**AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURE INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO ASL ROMA 2**



\* UOC AFFERENTI A TALE AREA PER I PL  
 \*\* AFFERENTE GESTIONALMENTE ALL'AREA PER INTENSITA' DI CURE S. PERTINI  
 \*\*\* UOC A GESTIONE UNIVERSITARIA

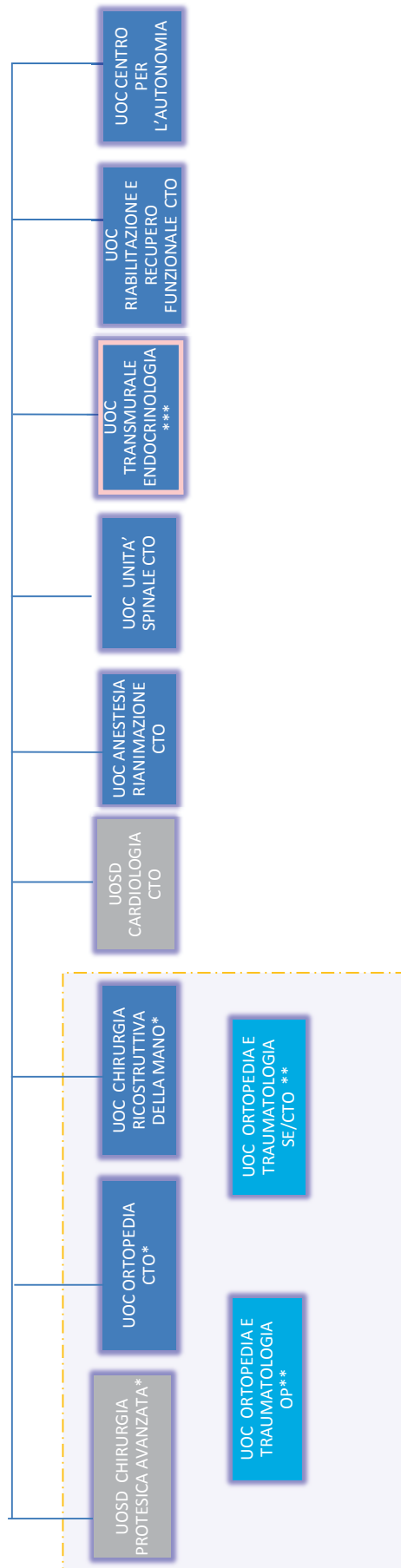
inter – area integrazione ospedale territorio

## AREA CHIRURGICA PER INTENSITA' DI CURE ASL ROMA 2



\* UOC AFFERENTE ALL'AREA PER LA GESTIONE DEI P.L.  
 § ESCLUSIVAMENTE PER I POSTI LETTO DI CHIRURGIA GINECOLOGICA  
 § § ESCLUSIVAMENTE PER I POSTI LETTO DI CHIRURGIA PLASTICA  
 \*\* UOC AFFERENTE GESTIONALMENTE AL COORDINATORE AREA CHIRURGICA PER INTENSITA' DI CURE DEL PRESIDIO S.P. - UOC AD ESAURIMENTO  
 \*\*\* UOSD AFFERENTE GESTIONALMENTE AL COORDINATORE AREA CHIRURGICA PER INTENSITA' DI CURE DEL PRESIDIO S.E.

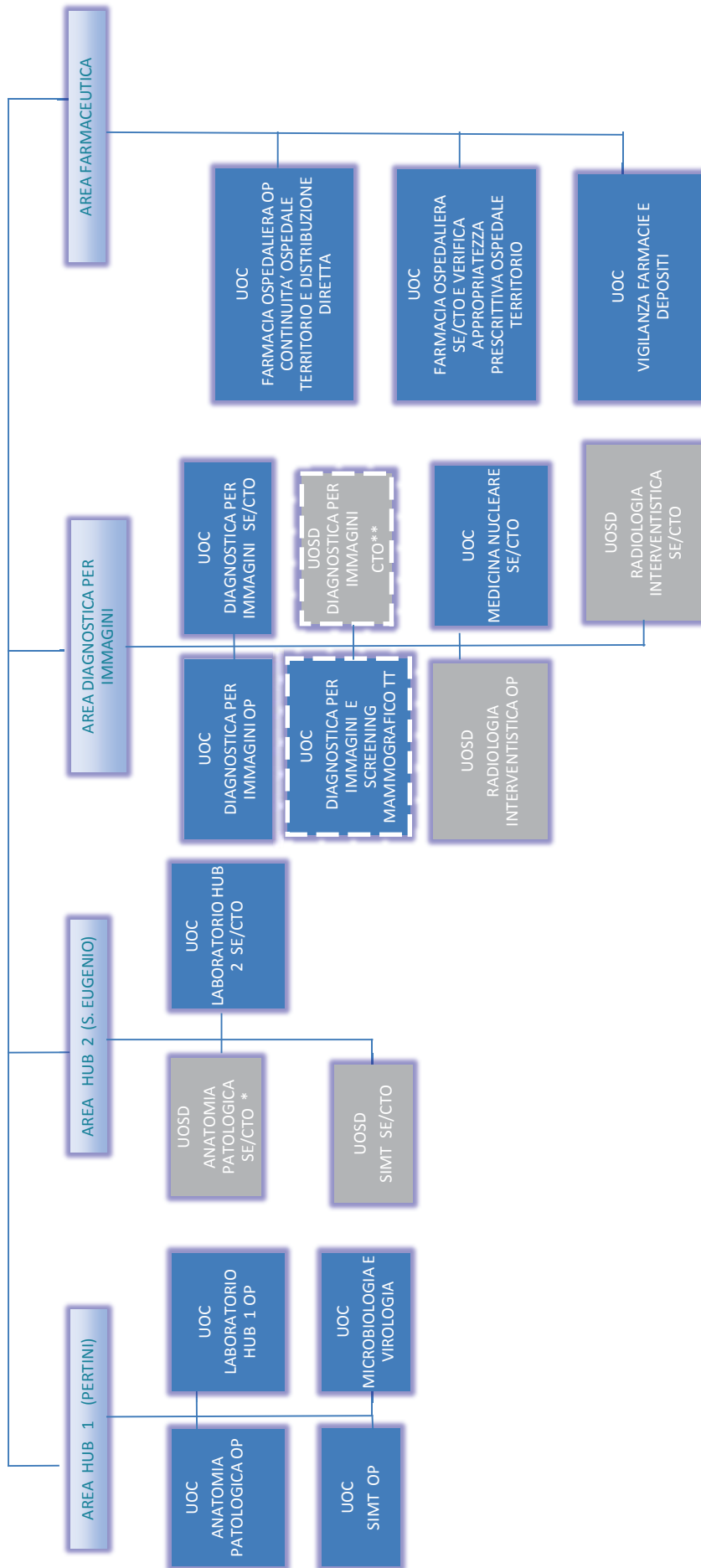
DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE ORTOPEDICO RIABILITATIVO



**Rete di integrazione clinica per intensità di cure**

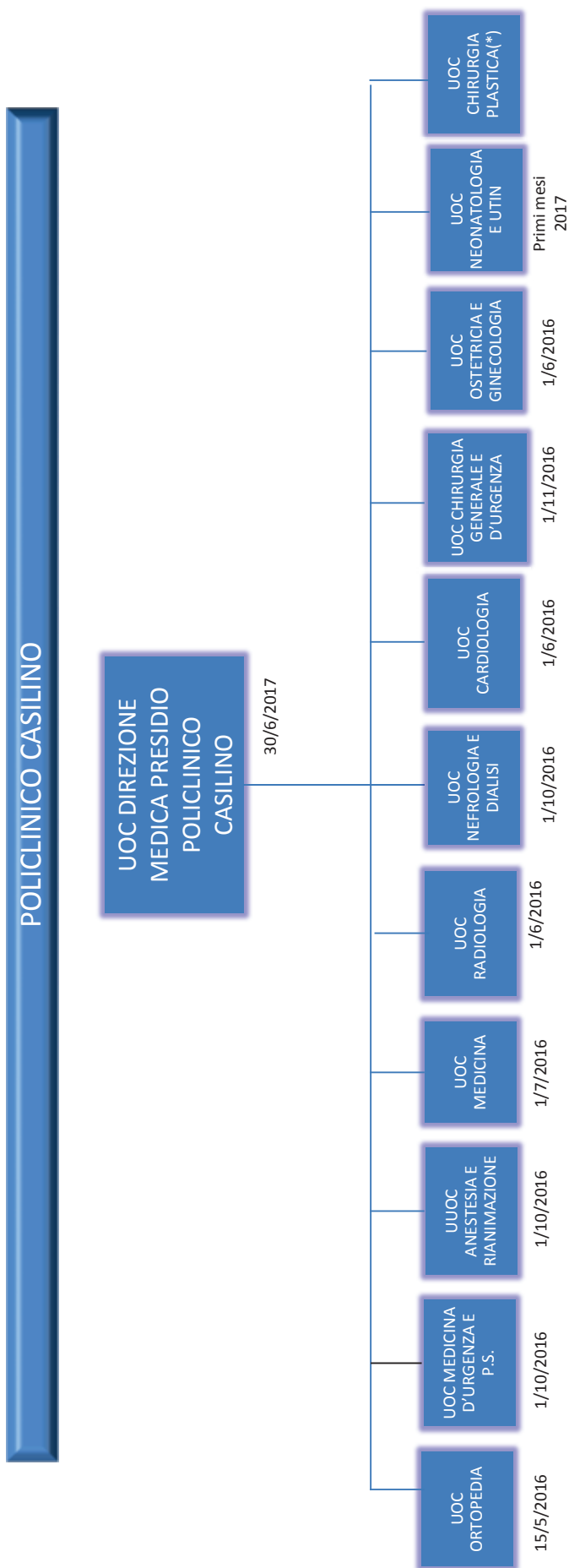
\* ARTICOLATI PER INTENSITÀ DI CURE  
 \*\* AFFERENTE ALL'AREA EMERGENZA E PER I P.L. ALL'AREA CHIRURGICA PER INTENSITA' DI CURA  
 \*\*\* UOC A GESTIONE UNIVERSITARIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E DELLA FARMACEUTICA



\* UOC A GESTIONE UNIVERSITARIA – RESTA UOC FINO ALLA REVISIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA REGIONE-UNIVERSITA'

\*\*INTEGRAZIONE FUNZIONALE CON UOC DIAGNOSTICA TERRITORIALE



TUTTE LE UNITA' OPERATIVE SONO AD ESAURIMENTO  
 Le date sotto riportate indicano la data di cessazione delle UU.OO.  
 (\*) U.O. a conduzione universitaria.