

## CURRICULUM VITAE

### INFORMAZIONI PERSONALI

<b>Nome</b>	Degrassi Flori
<b>Data di nascita</b>	28/03/1951
<b>Qualifica</b>	Dirigente II fascia
<b>Amministrazione</b>	Azienda UsI Roma D – Sede Legale: Via di Casal Bernocchi, 73
<b>Incarico attuale</b>	Direttore Distretto Sanitario Municipio XV
<b>Numero telefonico dell'ufficio</b>	06/56485219
<b>Fax dell'ufficio</b>	06/56485212
<b>E-mail istituzionale</b>	flori.degrassi@aslromad.it

### TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

<b>TITOLO DI STUDIO</b>	Laurea in Medicina e Chirurgia
<b>Altri titoli di studio e professionali</b>	<p><u>Specializzazioni e perfezionamenti universitari:</u> Argomento del corso: <b>Igiene e Medicina Preventiva</b> Durata: 4 anni Istituto Universitario Organizzatore Università degli Studi di Roma Tor Vergata Voto finale conseguito: 50/50 e lode</p> <p>Argomento del corso: <b>Chirurgia Generale</b> Durata: 5 anni Istituto universitario organizzatore: Università degli Studi di Trieste Voto finale conseguito: 70/70</p> <p><u>Altre esperienze formative:</u> USL RMC (delib. 652 del 26/04/1995) - Corso “Sviluppare la qualità dei Servizi Sanitari” dal 26/02/1996 al 15/05/1996 (84 ore di lezione) (Roma) Università degli Studi di Tor Vergata -Master in Economia Sanitaria i (conseguito il 04/06/1993 – durata 7 mesi con prova finale) (Roma)</p> <p>Università degli Studi di Tor Vergata -Master in Epidemiologia dei Servizi Sanitari presso (conseguito il 04/06/1993 - durata 7 mesi con prova finale) (Roma)</p> <p>Università Bocconi -Corso di perfezionamento di General Management in Sanità (CO.GE.M.SAN) (21/07/1997-15/10/1997). Valutazione con esito positivo (il corso si è tenuto a Roma, l'esame finale a Milano)</p> <p>SDA Bocconi - Aco S. Filippo Neri-Roma - Corso di formazione per Direttori di Struttura Complessa pari a n. 120 ore ( 2002) (Roma)</p>

**CURRICULUM VITAE**

	<p>SDA Bocconi -Corso per le Direzioni Sanitarie della Toscana organizzato dalle Aziende Ospedaliere della Toscana (dal 22 gennaio al 12 marzo 2003) (Siena, Firenze e Pisa)</p> <p>SDA Bocconi – “ Lo sviluppo organizzativo nelle Aziende Sanitarie” 22,23,24 novembre, 16 e 17 dicembre 2004 (Milano)</p> <p>Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione in convenzione con la Regione Lazio - Corso di formazione per i Direttori generali delle AA.SS.LL. e delle Aziende ospedaliere in materia di Sanità Pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria pari a 120 ore (dal 04.07.2006 al 15.02.2007) con esame finale (Roma)</p> <p>Giugno 2011/aprile 2012 + stage a San Francisco (12-14 ottobre 2011)– Corso di formazione manageriale ed iniziative di studio promosse dalla Regione Toscana ed organizzate dal laboratorio MES della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa.</p>												
<b>Abilitazioni</b>	<table border="1"><tr><td>Abilitazione all’esercizio della Professione</td><td>Medico Chirurgo</td></tr><tr><td>Data</td><td>Aprile 1977</td></tr><tr><td>Iscrizione all’albo professionale</td><td>Ordine dei Medici di Trieste</td></tr><tr><td>Data</td><td>07/07/1977</td></tr><tr><td>Iscrizione all’albo professionale</td><td>Ordine dei Medici di Roma e Provincia</td></tr><tr><td>Data</td><td>23/04/1981</td></tr></table>	Abilitazione all’esercizio della Professione	Medico Chirurgo	Data	Aprile 1977	Iscrizione all’albo professionale	Ordine dei Medici di Trieste	Data	07/07/1977	Iscrizione all’albo professionale	Ordine dei Medici di Roma e Provincia	Data	23/04/1981
Abilitazione all’esercizio della Professione	Medico Chirurgo												
Data	Aprile 1977												
Iscrizione all’albo professionale	Ordine dei Medici di Trieste												
Data	07/07/1977												
Iscrizione all’albo professionale	Ordine dei Medici di Roma e Provincia												
Data	23/04/1981												
<b>Esperienze professionali (incarichi ricoperti)</b>	<p><u>Esperienze di direzione</u></p> <p><b>1 - Ente.</b> Azienda Usl Roma D Sede via Casal Bernocchi 73 00125 Roma Budget direttamente gestito 8.326.657,27 (2011) Personale direttamente gestito: 104 Unità</p> <p><b>Prima assunzione nell’Ente:</b> 16/04/2012 Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario di Distretto XV Periodo dal 16/04/2012 ad oggi</p> <p><b>2- Ente.</b> Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena “ Santa Maria alle Scotte” Sede: Via Strada delle Scotte 14 53100 Siena Natura: Amministrazione Pubblica di cui all’art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993 Budget direttamente gestito quello riferibile alla parte sanitaria del bilancio Aziendale di circa 289.976.680 euro Personale: 2554 ospedalieri, 298 universitari, 70 contratti</p> <p><b>Prima assunzione nell’Ente:</b> 01/11/2010 Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario d’Azienda Periodo dal 01/11/2010 al 15/04/2012</p>												

**Sintetica descrizione del ruolo svolto:** tutte le funzioni previste dalla Legge per il DSA. In applicazione del D.Lgs 502/1992 partecipa unitamente al Direttore Generale ed Amministrativo alla Direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con l' a formulazione di proposte e di pareri, alla formulazione delle decisioni della direzione generale.

**Relazioni con ambiente esterno:**

Comune di Siena  
Sindacati Provinciali

**Relazioni orizzontali:**

Direttori sanitari di Area Vasta sud est in quanto Coordinatore di Area Vasta  
Direttori Sanitari aziende Toscane  
Direttori regionali dell'Assessorato

**Relazioni gerarchiche e funzionali verso l'alto:**

Direzione Generale  
Direttori generali di Area Vasta  
Assessore alla sanità

**Obietti assegnati per il raggiungimento dei risultati nello svolgimento della funzione**

**anni 2010 - 2011**

<b>OBIETTIVI</b>	
1) Negoziazione di budget	
2) Costituzione gruppo di lavoro per la revisione dell'attività dei laboratori dell'AOUS	
3) Riorganizzazione attività chirurgica	
4)Integrazione dell'AOUS con il territorio	
5) spostamento dell'attività di emergenza/urgenza ed organizzazione del nuovo DEA	
6) revisione dei percorsi assistenziali di Area Vasta per le patologie urgenti/emergenti di pertinenza Centro HUB	
7) Proposte di coerenza organizzativa dei DAI	
8) avvio percorso senologico	
9) Avvii di percorsi dipartimentali in relazione all'accreditamento istituzionale ed al miglioramento assistenziale	
10) tutoraggio a supporto alle Unità Operative per l'accettazione dei ricoveri	

**Gli obiettivi sono stati tutti raggiunti.**

**Cambiamenti organizzativi direttamente guidati:** dare coerenza strategica ed organizzativa ai nuovi Dipartimenti Assistenziali Integrati e realizzazione delle azioni previste sugli obiettivi sopra elencati.

**Decisioni o provvedimenti più importanti direttamente assunti nell'ultimo periodo di riferimento:**

- riorganizzazione posizioni organizzative;
- indicazioni in merito alla riorganizzazione delle Unità Operative Semplici e Semplici Autonome in coerenza con le linee guida dello Statuto Aziendale;
- riorganizzazione delle deleghe;
- riorganizzazione delle procedure dell'Ufficio Accettazione Unificata;
- riorganizzazione delle Sale Operatorie;
- attivazione nuovo DEA (Dipartimento di Emergenza/Urgenza);
- riorganizzazione di tutta l'area laboratoristica e tecnica.

In qualità di Coordinatore dei Direttori Sanitari dell' Area Vasta Sud Est:

- attivazione telerefertazione e teleconsulto aziende area vasta;
- approvazione firma elettronica per i laboratori.

**Principali negoziazioni formali a cui si è partecipato:** negoziazioni con le organizzazioni sindacali mediche e del comparto.

**3 - Ente.** Azienda Sanitaria Locale Roma D

Sede: Via Casal Bernocchi n. 73 - 00125

Budget direttamente gestito come Area: Euro 12.000.000,00 circa

Personale direttamente gestito 40 unità

**Prima assunzione nell'Ente:** 01/07/2010

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Struttura Complessa. Verifica e Valutazione Attività Sanitaria Interna e Responsabile Area Sviluppo Controllo e Monitoraggio del Sistema Sanitario ASL Roma D  
Periodo dal 01/07/2010 al 31.10.2010

**Posizione occupata:** livello di inquadramento contrattuale: Direttore Struttura Complessa. Verifica e Valutazione Attività Sanitaria Interna e Responsabile Area Sviluppo Controllo e Monitoraggio del Sistema Sanitario ASL Roma D.

Periodo dal 01/07/2010 ad 31.10.2010

**4 - Ente:** Azienda Sanitaria Locale Roma B

Sede: Via Filippo Meda n. 35 cap 00157 Roma

Natura: Amministrazione Pubblica di cui all'art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993 ovvero enti e strutture private

Budget direttamente gestito: Euro 1.334.500.000 budget aziendale anno 2009. N. dipendenti: 2782 dipendenti – 827 MMG, PLS e Continuità Assistenziale – 269 Medici Specialisti

**Prima assunzione nell'Ente:** 16/08/2005

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Generale

**Posizione occupata:** livello di inquadramento contrattuale: Direttore Generale

Periodo: dal 16/08/2005 al 30/06/2010

**Sintetica descrizione del ruolo svolto:**

Organizza e gestisce tutta l'attività dell'Azienda, che si estende per 220,44 kmq; con una popolazione residente di 707.181 abitanti, articolata in: 4 Distretti, 2 Poli Ospedalieri; Strutture provvisoriamente accreditate: 5 case di cura, 8 RSA, 87 ambulatori specialistici, 7 centri di riabilitazione ex art. 26

**Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi con cui si interagisce:**

## a) Relazioni con ambiente esterno:

- ✓ Organi Regionali
- ✓ Agenzia di Sanità Pubblica
- ✓ Università
- ✓ Comune di Roma
- ✓ Municipi
- ✓ Aziende Sanitarie
- ✓ Imprese, Ditte, Fornitori vari
- ✓ Associazioni
- ✓ Sindacati

## b) Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto

Regione Lazio – Assessorato alla Sanità

Regione Lazio – Dipartimento Sociale Programmazione Sanitaria

## c) Relazioni orizzontali

Direzioni Generali Aziende Sanitarie Regione Lazio

ASL RM/A, ASL RM/C, ASL RM/D, ASL RM/E, ASLRM/F, ASL RM/G, ASLRM/H, ASL RIETI, ASL VITERBO, ASL LATINA, ASL FROSINONE

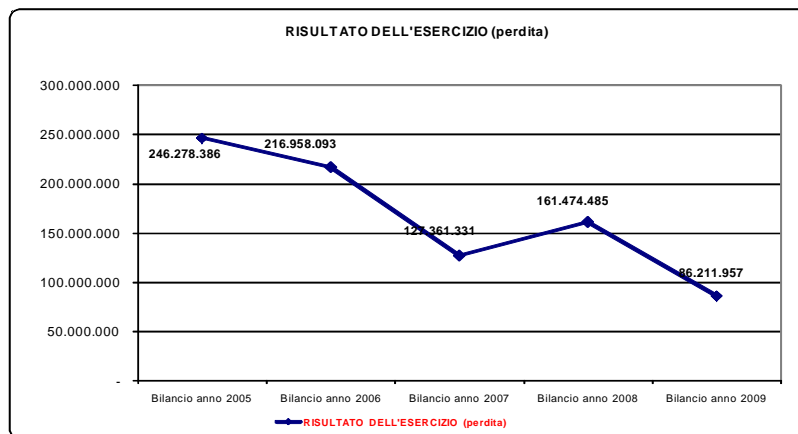
## d) Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati

Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al Direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993 n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazione comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

**Obiettivi e risultati quali-quantitativi raggiunti nello svolgimento della funzione dirigenziale****I Risultati di Bilancio 2005-2009**

I Bilanci dell'Azienda USL Roma B, nel corso degli anni 2005 – 2009 hanno evidenziato un trend in continuo miglioramento della perdita di esercizio che da

€ 246.278.386 dell'anno 2005 ha raggiunto € 86.211.957 nell'anno 2009.



#### ➤ CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI DIRETTAMENTE GUIDATI

- Revisione totale di tutte le procedure contabili amministrative utilizzando criteri di priorità:

Fin dall'insediamento, il 16/08/2005, si è trovata ad affrontare gravi situazioni, di cui alle note vicende giudiziarie per le quali gli organi di stampa hanno dato ampiamente notizia, che hanno fatto emergere una situazione Aziendale particolarmente critica, si sono evidenziate una serie di truffe amministrative e contabili che hanno avuto pesanti ripercussioni sulle finanze dell'Ente. Tali vicende hanno reso necessaria una revisione totale di tutte le procedure.

In qualità di Direttore Generale, conscia della contemporanea esigenza di adempiere al mandato istituzionale e di rimuovere le inefficienze ha utilizzato criteri di priorità:

*Criterio di Trasparenza:* è stato utilizzato fin dal proprio insediamento per la immediata segnalazione delle anomalie riscontrate, mediante redazione di atto deliberativo di presa d'atto.

*Criterio della continuità assistenziale:* laddove il mancato tempestivo adempimento minava la prosecuzione dell'assistenza ai cittadini, si procedeva con immediatezza, provvedendo a regolarizzare anche l'aspetto procedurale.

*Criterio della sistemazione trasparente delle anomalie riscontrate:* attraverso l'adozione di atti deliberativi si è proceduto alla autorizzazione a regolarizzare specifiche e rilevanti problematiche emerse. L'atto deliberativo, oltre a garantire trasparenza, trasmesso al Collegio Sindacale, era così sottoposto ad ulteriore esame.

*Criterio della definizione della procedura e della individuazione del responsabile* sono stati esaminati i procedimenti amministrativi, a partire da quelli più critici e con particolare riferimento a quelli dell'Area di attività Programmazione e Bilancio e sono stati individuati i Responsabili del Procedimento.

*Criterio del blocco immediato dell'anomalia:* sono stati apposti una serie di blocchi e di controlli informatici e manuali tutti volti a definire chiarezza di rapporti tra le Unità Operative interessate e chiarezza dei percorsi amministrativi di approvvigionamento, riconoscimento del credito e pagamento del dovuto.

Tuttavia, il grave disallineamento della contabilità generale che emergeva, ha reso necessaria la totale ricostruzione dei dati, si è così deciso di dare la massima trasparenza e la totale revisione delle partite debitorie al 31/12/2005 attraverso la ricostruzione del debito verso fornitori affidato ad una convenzione con l'Università di Roma Tor Vergata, cattedra di Ragioneria della Facoltà di Economia. Questa operazione, è stata la prima attivata nel Lazio ed ha portato ad una novità sul piano metodologico per cui oggi si legge nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nr. 36 che ha pubblicato la Legge regionale n. 27 del 28/12/2006, che entro il 30/06/07 tutte le altre Aziende dovranno dotarsi del medesimo risultato.

In tal modo si è reso possibile ottenere il risultato di avere tutti i bilanci chiusi approvati, e si è potuto arrivare a certificare lo stato del debito verso i fornitori con totale certezza della certificazione.

Questo fatto ha significato che l'Azienda ASL RM/B, ha potuto ripartire completamente come se avesse avuto la contabilità dei fornitori sempre in regola.

In data 04/08/2007 è stato disposto dal Gip del Tribunale di Roma, Adele Rando, su richiesta del procuratore della Repubblica, Giovanni Ferrara e del procuratore aggiunto Giancarlo Capaldo, la restituzione alla ASL Roma B di 31 milioni di euro a conclusione del processo sulla megatruffa alle ASL.

La definizione ed attuazione di procedure analitiche di controllo su specifiche attività svolte ed in particolare le procedure di rendicontazione economico-contabile sono state adottate dall'Azienda sin dal 2006, procedure ovviamente aggiornate alle novità che nel tempo si registravano sui singoli argomenti. La modalità operativa di attuazione di tali procedure è stata l'adozione di atti deliberativi aventi natura regolamentare e la loro conseguente applicazione, tra queste si elencano alcuni provvedimenti:

- deliberazione per gli impegni di spesa dei conti patrimoniali;
- deliberazione per le sub-autorizzazioni nell'ambito dell'art. 6 della L.R. 45/96;
- deliberazione per la compilazione del modello ministeriale periodico denominato CE;
- deliberazione per la regolamentazione della contabilità di progetto;

Per le procedure di controllo di Magazzino, affrontate dall'Azienda con sistematicità, è stato attivato un flusso di controllo della rispondenza dei carichi di magazzino (merce in entrata) che con il successivo aggancio a fatture, ha evitato disallineamenti.

La Direzione Generale dell'Azienda ASL Roma B, con riferimento al sistema di programmazione e controllo ha avviato e sviluppato un sistema tale da consentire il monitoraggio periodico dell'andamento gestionale ed operativo dell'Azienda in tutte le sue articolazioni organizzative, attraverso l'elaborazione e la rappresentazione dei dati di attività e risorse.

Il sistema di programmazione e controllo, disegnato coerentemente alle Linee Guida Regionali e in relazione alle esigenze e fabbisogni informativi aziendali, è

così implementato:

- nell'ambito del sistema di programmazione è stato progettato un modello di budget attraverso il quale sono stati tradotti in termini operativi le strategie della Direzione Aziendale, coinvolgendo tutti gli operatori aziendali ai diversi livelli dell'organizzazione;
- nell'ambito del sistema di controllo è stato disegnato un modello di Contabilità Analitica caratterizzato da automatismi di elaborazione e rappresentazione periodica dei dati dei principali flussi informativi aziendali a supporto anche delle diverse e molteplici richieste interne ed esterne all'Azienda.

La UOS Pianificazione, Programmazione e Controllo ha predisposto sulla base degli indirizzi strategici e gestionali della Direzione Generale, i seguenti documenti:

- relazione dettagliata sull'implementazione del Sistema di Contabilità Analitica nell'Azienda ASL Roma B;
- atti adottati e attivati per tale implementazione (manuale e struttura del piano dei centri di costo coerente con il nuovo atto aziendale; il piano dei fattori produttivi coerente con il nuovo piano dei conti; esempi della reportistica e dei cruscotti elaborati e diffusi in Azienda).

Inoltre, sono state prodotte:

- Relazione sintetica delle procedure tecniche attuate in Azienda attraverso il sistema informatico gestionale amministrativo – contabile. Tale relazione, redatta dalla U.O.C. Informatica e Collegamenti con il Territorio, partendo dalla tipologia del sistema autorizzatorio aziendale, basato sull'assegnazione del Budget per conti e per tipologia di servizi, descrive le fasi operative e le procedure di controllo attivate nel ciclo di approvvigionamento di beni e servizi sia sanitari che non sanitari.
- Relazione sintetica ed atti correlati, redatta dalla U.O.C. Logistica dei Beni e Servizi, sulle procedure inerenti all'acquisizione di Beni e Servizi attivate dall'Azienda USL RM/B al fine di uniformare, velocizzare e snellire le procedure medesime;
- Documentazione a supporto dell'attivazione sistematica nell'Azienda del flusso di controllo della corrispondenza dei cosiddetti carichi di magazzino (merce in entrata) con il successivo aggancio alle fatture predisposta dalla U.O.C. Contabilità Generale e Bilancio.

#### *Appropriatezza*

Fin dall'inizio, ha valutato come prioritario, il monitoraggio delle prestazioni ospedaliere orientandole all'appropriatezza piuttosto che al volume, in coerenza con quanto stabilito dalle direttive regionali.

Pertanto si è modificato il mix delle prestazioni a favore di quelle alternative al ricovero ordinario.

L'obiettivo è il miglioramento della gestione dell'appropriatezza, clinica e organizzativa, quale elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute, nella convinzione che l'appropriatezza rappresenti un presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

Sono state definite ed attuate procedure analitiche di controllo su specifiche attività svolte. In particolare la Direzione Generale dell'Azienda ASL Roma B



ha delineato l'appropriatezza in tutti i suoi aspetti nell'ambito ospedaliero e territoriale attivando, contestualmente, tutti i sistemi di verifica possibili. In ambito ospedaliero ha perseguito l'appropriatezza di ricovero, di giornata di degenza, organizzativa e prescrittiva, attraverso:

- la riorganizzazione dei ricoveri per Aree Omogenee di specialità superando la logica della diretta assegnazione dei posti letto alle Unità Operative;
- la centralizzazione e attivazione di percorsi nel Day Surgery, Day Hospital e Pre- Ospedalizzazione,;
- l'istituzione del modello organizzativo del WeeK hospital;
- l'attivazione di percorsi alternativi al ricovero rappresentati da APA, PAC e Dimissione Protetta;
- la definizione e attuazione di protocolli operativi in aderenza alle Linee Guida per patologia finalizzati all'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica.

Tale riorganizzazione, finalizzata all'appropriatezza, è collegata anche al miglioramento della gestione dell'attività in elezione ed in emergenza. Con particolare riferimento al pronto soccorso, è stata rivisitata completamente dal punto di vista organizzativo l'attività di emergenza con l'attivazione dell'O.B.I. della Cardiologia d'urgenza e della Medicina d'urgenza ed è stata istituita, inoltre, la figura del Bed Manager. La parte di riorganizzazione strutturale è in fase di completamento.

Nell'ambito del miglioramento e dell'appropriatezza presso il Presidio Ospedaliero Sandro Pertini, sono state riunite in una unica palazzina tutte le attività di degenza ordinaria (Palazzina A), i ricoveri di un giorno e attività APA (Palazzina B) e le attività ambulatoriali (Palazzina C). E' stato realizzato il percorso senologico con integrazione di tutti i professionisti che intervengono sulla patologia dalla diagnosi alla riabilitazione, con la partecipazione e l'intervento delle Associazioni di volontariato coinvolte. Inoltre, sono stati definiti ed implementati i percorsi di "presa in carico per la continuità assistenziale ospedale/territorio (domiciliarità residenzialità) rivolti alla popolazione fragile in dimissione dalla medicina ospedaliera. Sono stati formati i Case Manager per la presa in carico dei pazienti nell'ambito dei percorsi di integrazione ospedaliera.

Presso il Presidio Ospedaliero Policlinico Casilino, il Piano di riorganizzazione ha comportato la rimodulazione dei posti letto nell'area di degenza, l'ampliamento della Medicina d'urgenza e della Cardiologia Interventistica.

L'Azienda ASL Roma B ha attivato le procedure per la verifica dell'appropriatezza e della congruità delle attività di ricovero effettuata dai presidi aziendali e delle strutture provvisoriamente accreditate afferenti al territorio della ASL Roma B. I controlli esterni hanno riguardato la congruità, la corretta codifica della scheda RAD e l'appropriatezza dei ricoveri sia in regime ordinario che Day Hospital. Rispettando il campionamento effettuato da LazioSanità ASP sono state esaminate, per l'anno 2008 per la riabilitazione e per i ricoveri in acuzie, un totale di 1252 cartelle cliniche. Sono stati inoltre effettuati monitoraggi periodici delle attività APA e PAC, e sviluppati percorsi di formazione per la corretta codifica della scheda RAD al fine di migliorare l'appropriatezza del ricovero.

Sono attive procedure di controllo relative alla erogazione delle prestazioni nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci e dei dispositivi medici; la Farmaceutica Territoriale attua le seguenti procedure anche con riferimento all'appropriatezza agli utenti residenti nei quattro Distretti: Ossigeno terapia a

lungo termine, Farmaci del PHT, dispositivi per diabetici, prodotti nutrizionali per alimentazione artificiale enterale parenterale, prodotti farmaceutici per pazienti affetti da Fibrosi cistica, i farmaci OFF Label, farmaci H OSP2, Farmaci innovativi/sperimentali Legge 648/96. Si precisa che vengono applicate procedure di controllo a campione e si evidenziano le ricette in difformità con addebito alle farmacie. La Farmaceutica Territoriale, inoltre, con riferimento all'erogazione diretta dell'ossigeno al domicilio del paziente ha attivato la procedura di Customer Satisfaction agli utenti finalizzata all'analisi e quantificazione degli inconvenienti per la risoluzione tempestiva, in collaborazione con la ditta, per la risoluzione delle problematiche sollevate. Si procede inoltre all'inserimento dei farmaci in erogazione diretta nel File F secondo quanto previsto dalla Determinazione Dirigenziale N° D4333 del 26.11.2007

Per l'attività di verifica dell'appropriatezza prescrittiva svolta nella rete distrettuale dell'Azienda, è stato predisposto un Regolamento per il funzionamento delle Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza Prescrittiva.

*Acquisto di beni e servizi ed in particolare di farmaci : (distribuzione diretta)*

La Direzione Generale dell'Azienda ASL Roma B ha attivato procedure di verifica e controllo che hanno riguardato i seguenti ambiti:

- Informatica: relazione sulle procedure tecniche adottate in Azienda attraverso il sistema informatico gestionale – contabile – amministrativo;
- Contabilità dei cespiti: relazione e documentazione a supporto dell'attività di verifica e controllo attivata nell'Azienda relativamente alla contabilità sezionale riferita all'acquisizione dei beni durevoli;
- Contabilità Analitica: attivazione delle procedure di consuntivazione nel modulo di programmazione controllo (SPC) nel Sistema Oliamm e redazione del Manuale delle procedure di consuntivazione del sistema di Programmazione e Controllo.
- Farmaceutica territoriale: attivazione della procedura gestione degli ordini che stabilisce modalità operative e responsabilità degli operatori nella gestione degli acquisti di materiale farmaceutico.

*Controllo Utilizzo utenze telefoniche*

Abbiamo attivato un contratto con TIM per una tariffa a costo zero per tutte le chiamate intercom grazie alla quale tutti i dipendenti, utilizzando le utenze mobili comunicano tra loro gratuitamente.

La spesa sostenuta dall'Azienda per tale voce attiene unicamente alle chiamate effettuate per motivi di servizio verso utenze non aziendali (la maggior parte del personale è abilitato solo alle chiamate intercom); se si considera che oltre il 70% della spesa a tale titolo è da riferirsi all'applicazione sui contratti di telefonia mobile della "tassa di concessione governativa", appaiono evidenti i vantaggi e l'utilità dell'impiego della telefonia mobile tra gli operatori aziendali che svolgono la propria attività distribuiti oltre 70 sedi lavorative e che, per la natura sanitaria dei propri compiti, hanno necessità di essere rintracciabili. Tale sistema consente tale rintracciabilità a costo zero, a parte l'incidenza gravosa della

concessione governativa, per la quale questa ASL ha proposto ricorso tributario avverso il pagamento della tassa predetta.

Per quanto riguarda gli apparati di telefonia mobile, questo sono stati concessi soltanto ad un numero limitato di personale dirigente e del personale reperibile. A tutto il personale è stata concessa la possibilità di acquistare alla condizioni ottenute sempre nel contratto suddetto, cellulari con ritenuta diretta in busta paga e, pertanto, con costi non a carico della ASL ed inoltre, la possibilità di chiamare numeri diversi da quelli aziendali digitando apposito codice. Le telefonate precedute da detto codice sono personali e quindi addebitate tramite apposita fattura emessa dal gestore telefonico.

Si ritiene di evidenziare, che da anni la ASL Roma B si adopera per contenere al massimo le spese ed ottenere, attraverso una razionalizzazione dei contratti, miglioramenti tecnologici atti a delimitare le infrastrutture tecnologiche ad un adeguato dimensionamento. Si riporta di seguito la spesa di bilancio del conto relativo alla telefonia e telecomunicazioni riferita al periodo 2005/2008:

<b>ANNO</b>	<b>CONTO</b>	<b>DESCRIZIONE CONTO</b>	<b>IMPORTO</b>
2005	502670203	Telefonia fissa e telecomunicazioni	1.532.125,00
2006	502670203	Telefonia fissa e telecomunicazioni	1.437.790,00
2007	502670203	Telefonia fissa e telecomunicazioni	1.218.179,00
2008	50202010860	Telefonia fissa e telecomunicazioni	1.032.192,00

Si evidenzia inoltre, che dal 2007 è stato attivato un progetto per trasferire tutta la vecchia rete telefonica su tecnologia IP per ottenere risparmi in quanto per la dismissione di tutte le linee RTG e tutte le linee CDN, CDF e CDA. Sono state inoltre attivate servizi di trasduzione di segnale fisso/mobile che permettono il contenimento del costo delle chiamate verso tutti gli operatori di telefonia mobile, ed a costo zero verso la rete mobile aziendale.

*Adempimenti connessi al Sistema TS (art.50 L.326/2003)*

La Direzione Generale dell'Azienda ASL Roma B, in ottemperanza alle direttive nazionali e regionali in materia, ha attivato le seguenti procedure relative agli adempimenti art. 50 L. 326/2003 connessi al sistema TS:

- la procedura effettuata dall'Azienda e le risultanze relative alla verifica mensile e alla correzione dati da inviare alla SOGEI (UOC Informatica e collegamenti con il territorio);
- lo sviluppo del progetto TEAM sul territorio dell'Azienda Asl Roma B con abilitazione sul territorio alle diverse funzionalità del sistema che viene utilizzato per attività specifiche (es.: anagrafica farmacie- UOC Farmaceutica Territoriale) e per attività correnti da svolgersi presso gli sportelli CUP (es.: scelta e revoca del medico) (UOC Informatica e collegamenti con il territorio);
- la procedura aziendale e le risultanze per quanto riguarda i flussi informativi collegati alle prestazioni erogate a stranieri (ENI e STP) – UOC Sistemi Informativi Sanitari)
- la procedura di distribuzione dei ricettari presso le strutture sanitarie adottata dall'Azienda e trasmessa alla Regione Lazio.

- le informative e le procedure in ottemperanza dell'art.50 L. 326/2003, relativamente alla comunicazione alle strutture provvisoriamente accreditate del Lazio sulle modalità di invio dei dati presenti nelle ricette.

#### *Azioni inerenti problematiche tempi di attesa*

Ha istituito un gruppo di lavoro, ha nominato il referente per le liste di attesa, ha riorganizzato il servizio CUP aziendale unificando il Cup Ospedale Pertini / territorio in un unico CUP aziendale.

E' stato redatto il Piano di acquisto apparecchiature ed attrezzature sanitarie per un importo complessivo di 2.400.000,00 Euro, il progetto è stato approvato con ammissione al finanziamento.

Sono stati aperti due centri di riferimento per la prima accoglienza e valutazione per i trattamenti riabilitativi ex art. 26, al fine di assicurare la continuità assistenziale agli utenti seguiti dai centri ex IKT, rimasti senza assistenza a seguito dei noti fatti di cronaca riguardanti "Lady ASL".

#### *Modello organizzativo dell'assistenza domiciliare*

Ha individuato l'Assistenza Domiciliare come una linea di produzione strategica. Ha attivato un gruppo di lavoro cui hanno partecipato tutte le professionalità mediche di assistenza coinvolte per omogeneizzare il percorso di accesso, di gestione sanitaria ed assistenziale.

E' stato definito con i Presidenti dei Municipi ed il Delegato del Sindaco un approccio congiunto al fine di concordare un modello di risposta più appropriato per tipologia e bisogno.

I tempi di attesa per l'accesso alla Assistenza Domiciliare nella forma programmata ed integrata di norma non supera i tre giorni.

#### *Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.*

I servizi sanitari per gli STP nel territorio della ASL RM/B erano già assicurati e realizzati diffusamente, pertanto si è puntato a realizzare servizi ancora mancanti, necessari, riorientati alla fruibilità degli stessi attraverso la osservazione e risposta puntuale ai bisogni dell'utenza immigrata a rischio di patologie sociali, all'accoglienza mirata con mediazione transculturale per prestazioni di medicina generale in presenza di utenza immigrata con difficoltà linguistiche culturali, e la progettazione di percorsi assistenziali nei riguardi dell'utenza consultoriale.

#### *Vaccinazioni*

La problematica relativa alla presenza di campi nomadi rappresenta per l'Azienda una rilevante criticità, insistendo sul territorio di competenza circa il 40% della popolazione nomade presente a Roma, corrispondente a circa 3.200 persone, distribuiti in 14 campi, di cui circa il 40% di età inferiore a 15 anni {dati ASP / Anno 2006}. Già nel 1999 prende via un progetto, dapprima sperimentale, di assistenza socio-sanitaria finanziato di concerto dal Comune di Roma e dall'Azienda USL RM/B e attivato con la collaborazione dell'Opera Nomadi ed il supporto dei gruppi N.A.E. e dei VV.UU.

A fine febbraio 2009 è stata effettuata la vaccinazione di 330 bambini dai 0 ai 15

anni, censiti nel Campo di Via Casilina 900 a cura della Croce Rossa Italiana, con la presenza dei medici della ASL Roma B con la funzione di supervisione e di verifica della congruità del Piano vaccinale per ogni singolo bambino.

Il progetto ha previsto l'organizzazione preventiva di alcuni provvedimenti propedeutici alla realizzazione dell'iniziativa, dapprima sono stati messi a confronto i registri vaccinali della ASL Roma B con l'elenco dei minori registrati presso il Campo dalla Croce Rossa Italiana.

Successivamente sono state predisposte dai medici della ASL le schede nominative per ogni bambino dalle quali è emerso che il 50% di loro è già stato avviato ai piani di vaccinazione, secondo le indicazioni dei Piani vaccinali della Regione Lazio.

Le schede, nelle quali sono indicate il tipo di vaccinazione e la data in cui è stata effettuata, sono consegnate ai genitori dei bambini ed i dati registrati in formato cartaceo sono inseriti nel data-base della ASL e quindi trasferiti, come da normativa, agli Uffici Regionali competenti.

Contestualmente alla somministrazione dei vaccini, acquistati con fondi finalizzati della Regione Lazio, i Pediatri volontari della Croce Rossa Italiana effettuano una visita medica per la valutazione delle condizioni generali dei bambini; a questo proposito la ASL ha previsto due diversi tipi di percorsi assistenziali qualora si rilevino casi in fase acuta o patologie croniche.

La ASL Roma B ospita sul proprio territorio circa il 40% della popolazione nomade della intera città di Roma

Le attività, svolte con l'utilizzo di un presidio mobile, sono affidate ad una equipe multidisciplinare, costituita da un medico, un infermiere, un'assistente sociale ed un autista-mediatore culturale. In particolare la prestazioni riguardano: interventi sanitari, interventi di educazione alla salute rivolti al singolo e a gruppi, indagini epidemiologiche in caso di rilevamento di malattie infettive e diffuse, consulenze sociali, mediazione culturale, iniziative di informazione all'utenza con l'obiettivo di facilitare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari aziendali.

#### *Rapporto con i Municipi*

I rapporti con i 4 Municipi presenti sul territorio della ASL che sono diventati sempre più strutturati, ed è in atto una rivisitazione comune dei processi socio-sanitari.

Sono stati realizzati sportelli SUSS, è stato attivato un numero di emergenza per la continuità assistenziale per i minori in trattamento riabilitativo.

E' stato predisposto un decentramento della domanda di invalidità civile nei nove sportelli decentrati presso i CUP dei Distretti Sanitari.

L'Azienda USL RM/B è in fase permanente di ascolto dei Cittadini che spontaneamente forniscono il loro contributo sia singolarmente che attraverso forme associative. Si è rafforzato il rapporto con le Associazioni di volontariato e di tutela che a vario titolo operano nel territorio della ASL RM/B già costituite nel Tavolo Permanente di confronto con le Associazioni di Volontariato.

L'Azienda USL RM/B promuove appositi progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale ai sensi dell'art. 141 della legge regionale n. 4/2006.

#### *Riorganizzazione del sistema Ospedaliero*

L'Azienda USL RM/B assicura l'assistenza ospedaliera per acuti attraverso due

## CURRICULUM VITAE

presidi a gestione diretta, l'Ospedale Sandro Pertini e il Policlinico Casilino, per un numero complessivo di 640 posti letto.

	<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>DAY HOSPITAL</b>	<b>DAY SURGERY</b>
<b>OSPEDALE PERTINI</b>	429	47	25
<b>POLICLINICO CASILINO</b>	211 + 16*	7	11

*\*16 posti letto di cui 14 ordinari e 2 DH in convenzione con il Policlinico Tor Vergata*

In relazione al Piano di Rientro 2007 di cui alla DGR 149 del 6 marzo 2007, la Direzione Generale ha assunto iniziative nell'ambito del sistema ospedaliero pubblico, esplicitate nel documento "Piano di Rientro dei Presidi Ospedalieri ASL Roma B". Tale documento è stato elaborato a seguito di una analisi organizzativa e sono stati previsti una serie di interventi strutturali, economici ed organizzativi.

L'Ospedale Pertini, secondo quanto stabilito dalla Regione Lazio e dall'ASP, risulta non aver subito sostanziali riduzioni di posti letto rispetto alla dotazione storica, tuttavia è stata ridefinita una significativa riconversione dei posti letto dal regime di degenza ordinaria al regime di day-hospital e day-surgery.

La riorganizzazione del Presidio è non tanto di tipo strutturale ma soprattutto di tipo gestionale/organizzativo in quanto il recupero dell'efficienza e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse è stata garantita attraverso l'implementazione e lo sviluppo di nuovi modelli e percorsi assistenziali. Il riferimento generale del modello è stata la presa in carico del paziente da parte del case manager che sceglierà i percorsi assistenziali appropriati. La scelta di tali percorsi diventa di fondamentale importanza nell'ambito del Pronto Soccorso dove si sono sviluppati ambulatori filtro in grado di orientare l'utente con accesso diretto verso regimi di ricovero e prestazioni appropriati.

La Direzione Generale della ASL Roma B ha inteso organizzare il Presidio Ospedaliero Sandro Pertini secondo il modello per intensità di cure e assistenziale che prevede il riassetto organizzativo e gestionale dei ricoveri ospedalieri attraverso la collocazione degli utenti su posti letto afferenti ad aree differenziate di degenza in funzione dell'intensità di cura e/o assistenziale richiesta e della durata presunta del ricovero stesso. L'implementazione del modello, sperimentato in alcune realtà pubbliche e private del settore sanitario, consiste nell'individuare aree di specialità entro le quali prendere in carico i pazienti secondo il numero di giornate di degenza necessarie a garantire un trattamento efficace.

Il modello organizzativo scelto determina una completa riorganizzazione legata alle risorse umane in quanto devono essere valutati coerentemente al nuovo sistema le turnazioni del personale assistenziale e le dotazioni della dirigenza medica necessaria a mantenere i livelli di produttività individuati in base alla redistribuzione dei posti letto. L'obiettivo è stato quello di determinare un graduale recupero dell'efficienza ed un contenimento dei costi.

### Attuazione modello di riorganizzazione ospedaliera.

La Direzione Generale dell'Azienda ASL Roma B, per ciò che concerne la definizione ed attuazione di procedure analitiche di controllo su specifiche attività svolte, ha definito ed implementato una serie di azioni che, nell'ambito generale di miglioramento dell'appropriatezza, sono state attuate nella rete ospedaliera e

territoriale. In ambito ospedaliero ha perseguito l'appropriatezza di ricovero, di giornata di degenza, organizzativa e prescrittiva

Nell'ambito del miglioramento e dell'appropriatezza presso il Presidio Ospedaliero Sandro Pertini, sono state riunite in una unica palazzina tutte le attività di degenza ordinaria (Palazzina A), i ricoveri di un giorno e attività APA (Palazzina B) e le attività ambulatoriali (Palazzina C).

E' stato realizzato il percorso senologico con integrazione di tutti i professionisti che intervengono sulla patologia dalla diagnosi alla riabilitazione, con la partecipazione e l'intervento delle Associazioni di volontariato coinvolte. Inoltre, sono stati definiti ed implementati i percorsi di presa in carico per la continuità assistenziale ospedale/territorio (domiciliarità residenzialità) rivolti alla popolazione fragile in dimissione dalla medicina ospedaliera. Sono stati formati i Case Manager per la presa in carico dei pazienti nell'ambito dei percorsi di integrazione ospedaliera.

L'Azienda ASL Roma B ha attivato le procedure per la verifica dell'appropriatezza e della congruità delle attività di ricovero effettuata dai presidi aziendali e delle strutture provvisoriamente accreditate afferenti al territorio della ASL Roma B. I controlli esterni hanno riguardato la congruità, la corretta codifica della scheda RAD e l'appropriatezza dei ricoveri sia in regime ordinario che Day Hospital. Sono stati inoltre effettuati monitoraggi periodici delle attività APA e PAC, e sviluppati percorsi di formazione per la corretta codifica della scheda RAD al fine di migliorare l'appropriatezza del ricovero. Il processo di riorganizzazione ha interessato:

- Dipartimento Chirurgico e delle specialità chirurgiche per il quale sono stati avviate e sviluppate:
  - o la riorganizzazione dei ricoveri per Aree Omogenee di specialità con superamento della logica della diretta assegnazione dei posti letto alle Unità Operative
  - o la centralizzazione e attivazione di percorsi nel Day Surgery, e Pre - ospedalizzazione,;
  - o l'istituzione del modello organizzativo del WeeK hospital;
  - o l'attivazione di percorsi alternativi al ricovero rappresentati da APA, PAC e Dimissione Protetta;
  - o la definizione e attuazione di protocolli operativi in aderenza alle Linee Guida per patologia finalizzati all'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica.
  - o la riorganizzazione dei blocchi operatori e dei percorsi del paziente chirurgico.

In sintesi il modello utilizzato nell'Area Chirurgica ha interessato la riorganizzazione dei blocchi operatori e dei percorsi del paziente chirurgico, nonché la pianificazione dei ricoveri per Aree Omogenee di specialità con il superamento della logica della diretta assegnazione dei posti letto alle Unità Operative.

Il modello scelto prevede un'organizzazione basata sull'intensità di cura: si separa il percorso delle urgenze dal quello di elezione, i pazienti in elezione vengono tutti preospedalizzati in modo da essere ricoverati lo stesso giorno dell'intervento e

una volta stabilito il numero di giornate di degenza necessarie a garantire un trattamento efficace, vengono distinte in due diverse unità di degenza: classe Long, (nei casi che necessitano di degenza superiore ai 5 giorni) e classe Week (nei casi di degenza inferiore ai 5 giorni, che viene chiusa il venerdì, consentendo in questo modo un notevole risparmio di risorse umane ed economiche).

Sono stati attivati i percorsi per il Day Surgery e per la Pre – Ospedalizzazione e la struttura di Chirurgia Territoriale, decentrata nel distretto, che svolge tutta l'attività chirurgica ambulatoriale ed anche l'attività di APA, prima struttura nella Regione Lazio.

- Dipartimento Medico e delle specialità mediche per il quale sono stati avviate e sviluppate:

- la riorganizzazione dell' Area di degenza medica per “letti funzionali” attraverso l'identificazione dei diversi “livelli di intensità assistenziale”;
- l'istituzione dei “nuclei di assistenza” ognuno dei quali gestirà un certo numero di posti letto definendo al suo interno le variabili di intensità di cura (medio e alta) accogliendo, quindi, diverse tipologie di pazienti legate ad una valutazione dell'indice di complessità assistenziale ed instabilità clinica
- la centralizzazione e attivazione di percorsi nel Day Hospital,;
- l'attivazione di percorsi alternativi al ricovero rappresentati PAC e Dimissione Protetta;
- la definizione e attuazione di protocolli operativi in aderenza alle Linee Guida per patologia finalizzati all'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica.

In sintesi l'Area Medica è stata riorganizzata attraverso l'istituzione dei “letti funzionali” definiti in base alle variabili di intensità di cura (medio e alta) e a secondo delle diverse tipologie di pazienti, legate ad una valutazione dell'indice di complessità assistenziale ed instabilità clinica.

I letti funzionali sono collocati nei “nuclei di assistenza” identificati con 8 colori diversi (rosso, giallo, arancio, azzurro, verde, salmone, lilla, celeste) in base ai principi della cromoterapia.

L'utente viene assegnato al nucleo di assistenza e preso in carico da parte del gruppo assistenziale. Un medico specialista tutor e un infermiere referente lo accompagna in tutto il suo iter diagnostico terapeutico assistenziale.

Sono stati inoltre attivati percorsi assistenziali realizzati da Case manager infermieri per agevolare la dimissioni di utenti con situazioni complesse al proprio domicilio attraverso la continuità assistenziale Ospedale – Territorio.

Tale riorganizzazione, finalizzata all'appropriatezza, è collegata anche al miglioramento della gestione dell'attività in elezione ed in emergenza.

- Pronto Soccorso dell' Ospedale Sandro Pertini: la ristrutturazione del (anno 2009)

I lavori che interessano la zona nevralgica del Pronto Soccorso (area accoglienza, triage, ecc.) sono finalizzati al miglioramento dei percorsi, dell'assistenza e della qualità delle cure ed all'aumento della capacità recettiva del Pronto Soccorso. Ciò ha interessato sia gli spazi relativi alla camera calda (l'area riscaldata e coperta



dove arrivano le ambulanze) sia lo spazio riservato all'accoglienza dei pazienti e/o degli accompagnatori che è stato ampliato e reso più confortevole per i circa 250 accessi giornalieri, nonché il locale del Triage, dove ai pazienti viene attribuito un codice colore in base alla gravità del loro stato.

Dal punto di vista della riorganizzazione sono stati creati due percorsi: uno dedicato all'emergenza-urgenza, cioè ai pazienti più gravi che afferiscono direttamente alla zona riservata ai codici rossi; l'altro, sviluppato attorno al Triage, è dedicato agli utenti con codici di media e bassa gravità che, in attesa di essere visitati, sostano in aree di accoglienza riservate per i deambulanti e i non-deambulanti per poi, nel caso in cui sia necessario, essere accompagnati nell'area di osservazione, dove i pazienti vengono sottoposti ad osservazione clinica ed esami in attesa di definire una diagnosi. La distinzione tra l'area visite e l'area di osservazione ha permesso di meglio articolare le varie aree del Pronto Soccorso identificando percorsi specifici dedicati all'area traumatologica – ortopedica dotata di moderne strumentazioni ad uso esclusivo, all'area pediatrica e all'area ginecologica che confluiranno nei rispettivi Reparti. Infine, è stata rivisitata l'attività di emergenza con l'attivazione dell'O.B.I. della Cardiologia d'urgenza e della Medicina d'urgenza ed è stata istituita la figura del Bed Manager.

#### *Assistenza Farmaceutica Territoriale*

E' proseguita l'attività di sportello rivolta alla distribuzione diretta di presidi sanitari agli assistiti ed in particolare di prodotti a pazienti diabetici, di medicinali, dispositivi medici e prodotti dietoterapici a pazienti affetti da specifiche patologie per la quali è richiesto il controllo ricorrente del paziente ed uno specifico piano terapeutico della struttura ospedaliera o specialistica pubblica.

L'attivazione della distribuzione diretta da parte della ASL ha comportato un risparmio della spesa farmaceutica convenzionata sia a livello aziendale che regionale. Analizzando i dati di spesa convenzionata COSISAN nel mese di gennaio e febbraio 2007 verso gli stessi mesi del 2006, si è evidenziava una riduzione della spesa lorda convenzionata rispettivamente del -8,13% e del 11,89%.

Nel mese di marzo 2007 il trend della spesa in diminuzione era confermato e rispetto allo stesso mese dell'anno precedente il risparmio netto è stato pari a 2.322.733 euro.

C'è da osservare inoltre che la ASL RM/B ha la spesa convenzionata per l'assistenza integrativa più bassa di tutte le altre AASSLL, nonostante la popolazione più numerosa e questo è dovuto proprio all'effetto della erogazione dei dispositivi medici ai pazienti diabetici.

La ASL RM/B si colloca nel panorama regionale come quella Azienda Sanitaria che raggiunge il tasso di copertura della popolazione più alto per l'assistenza farmaceutica territoriale a diretta erogazione, per la quasi totalità delle patologie previste dalla normativa vigente. In tal modo si è determinato un corrispondente risparmio per le finanze regionali per la mancata spesa farmaceutica a prezzo pieno. (erogazione diretta ai cittadini attraverso le farmacie convenzionate).

In adempimento alle disposizioni regionali l'Azienda, per i seguenti punti, ha provveduto a:

- 1) trasmettere i fabbisogni annuali relativi a farmaci, vaccini, e presidi medico-chirurgici sulla base della ricognizione effettuata;
- 2) comunicare i contratti, in vigore e in prossima scadenza, relativi agli acquisti di

farmaci, vaccini, e presidi medico-chirurgici,  
3) uniformare la classificazione dei dispositivi medici al nomenclatore nazionale aggiornato al D.M. 13 marzo 2008;

4) allargare la distribuzione diretta dei medicinali inseriti nel PHT, di cui alla determinazione AIFA del 29.10.2004. Con riferimento a tale obiettivo si rappresenta che l'Azienda ha provveduto all'erogazione diretta dei farmaci PHT ottenendo un notevole risparmio.

5) aggiudicazione della gara a procedura aperta per l'affidamento del servizio per la fornitura, presso il domicilio degli aventi diritto di Ossigeno terapeutico liquido per un periodo pari a tre anni. L'erogazione dell'ossigeno è iniziata ad aprile 2008 e risulta a regime a partire da novembre 2008. Le bombole consegnate al 31/12/2008 risultano essere 13.974 ed hanno prodotto un risparmio di euro pari a 1.615.395.

L'Azienda ha attivato la procedura di CUSTOMER STATISFACTION attraverso la somministrazione di questionari agli utenti finalizzata all'analisi e quantificazione degli inconvenienti per la risoluzione tempestiva.

L'erogazione diretta di tutti i dispositivi per diabetici, seppur non inseriti nella lista PHT, ha consentito nell'anno 2008 un risparmio sulla spesa convenzionata (oltre il 7%) pari a euro 9.255.725.

#### *Progetti assistenziali*

Sono stati mantenuti attivi i progetti per alcune linee di assistenza che risultano particolarmente critiche quali le cure palliative e l'assistenza a domicilio dei malati terminali.

L'erogazione a domicilio di prestazioni usualmente espletate in ambito ospedaliero permette di migliorare la qualità della vita dei pazienti in condizione di salute critica ai quali vengono evitati i disagi degli spostamenti e dei ricoveri, contenendo, nel contempo, la spesa per assistito.

Attività di assistenza oncologia: Terapia del dolore e cure palliative;

Attività di assistenza al paziente diabetico;

Attività territoriale rivolta alla disassuefazione dal tabagismo, espletata nei Centri Antifumo dove vengono assicurate visite mediche, assistenza psicologica sia individuale che di gruppo, esami strumentali.

#### *Gestione della Prevenzione e Sicurezza del Lavoro*

La Direzione Generale della ASL Roma B ha analizzato in profondità gli aspetti relativi alla applicazione delle normative di sicurezza e lo stato dell'organizzazione della prevenzione. A seguito di questa analisi ha ritenuto di dover approvare un nuovo regolamento interno che chiarisce nel dettaglio i compiti delle varie figure ed ha provveduto a rivedere il sistema delle deleghe rendendolo sempre più efficace, con una previsione di disponibilità reali. Vi è un sistema relazionale e di reporting tra le varie figure previste.

Attraverso l'implementazione delle attività di Prevenzione, Sicurezza, Formazione e campagna di informazione, si è avuta una diminuzione degli infortuni e malattie professionali.

Ha assegnato l'obiettivo della riduzione degli infortuni al Servizio SPISSL della ASL RM/B e verificato la congruità degli obiettivi specifici e gli strumenti proposti. Il Servizio ha iniziato fin dal 2005 il piano di comparto carpenterie,

portando contemporaneamente a conclusione quello avviato sulle falegnamerie negli anni precedenti. I piani di comparto vedono preliminarmente un dialogo con le forze sociali (organizzazioni datoriali e sindacali) e si esplicano prima della attività di vigilanza e controllo attraverso una forte azione di informazione e assistenza alle imprese con la produzione e diffusione capillare di linee guida e l'offerta di incontri ad ogni singola azienda per attuare una analisi congiunta dell'organizzazione della prevenzione; inoltre vengono offerte iniziative di formazione gratuite ai lavoratori e ai datori di lavoro che vedono sempre una buona partecipazione. In questa attività viene coinvolta l'INAIL. L'impatto dell'intervento viene valutato nell'anno successivo alla conclusione del piano di vigilanza attraverso l'analisi dei registri degli infortuni delle aziende del settore, non esistendo una disaggregazione dei dati infortunistici a livello della ASL romane. I risultati nel comparto falegnamerie hanno visto un campione di aziende monitorate, una significativa riduzione degli infortuni, dell'ordine del 30%. La valutazione del comparto carpenterie sta dando indicazioni simili. Il modello di intervento è stato discusso in diversi convegni e proposto alla Regione e all'ASP nell'ambito dei PNP 2005-2007 ed è stato assunto nelle linee guida regionali.

Riguardo al miglioramento dell'efficienza nonché al rafforzamento di vigilanza degli SPRESAL, si è mantenuta una costante attenzione sul settore dell'edilizia garantendo sia un buon numero di cantieri visitati, mediamente tra i 5 - 600 l'anno, sia migliorando la qualità: per ogni intervento viene compilata una scheda di sopralluogo concordata a livello regionale che rappresenta lo standard di qualità dell'intervento condiviso tra gli operatori dei servizi. In questi due anni si sono svolte numerose iniziative di formazione verso le imprese di settore. Si è data attuazione alla determinazione n. D5366 per gli aspetti relativi alla formazione delle imprese e dei lavoratori attribuendo peraltro alla iniziativa risorse superiori a quelle messe a disposizione dalla Regione.

Inoltre è stata attuata una formazione diretta agli operatori nei cantieri che ha raggiunto circa 600 lavoratori. Il materiale prodotto dalla nostra ASL per gli interventi di formazione è stato scelto dal CTP e dalla Regione per essere diffusa a livello regionale.

*Procedure di verifica e controllo concernente la contabilità dei cespiti (Inventario e Libro dei cespiti ammortizzabili)*

Ai fini della compilazione dello Stato Patrimoniale dei Bilanci di competenza si procede alla inventariazione dei cespiti ammortizzabili, questo compito si estrinseca in due fasi:

1. acquisizione contabile a titolo di proprietà dei beni materiali e immateriali (comprese le donazioni) che dà titolo all'entrata del bene nel patrimonio aziendale;
2. individuazione fisica (etichettatura) dei beni materiali acquisiti a titolo di proprietà nella prima fase e distribuiti nei vari presidi.

Preso l'Azienda, la prassi di lavoro instaurata ormai da anni riguarda, per la prima fase, la implementazione dei dati all'interno dell'applicativo OLIAMM – modulo "cespiti", quale sottosistema della procedura informatica di Contabilità Generale che consente una gestione analitica delle immobilizzazioni materiali (beni mobili/immobili) ed immateriali (software, interventi su beni di terzi, etc.) Il modulo, dando visibilità di tutti gli elementi che hanno portato all'acquisizione del cespite, (ordine, bolla di consegna, fattura) consente la verifica della corretta

consistenza patrimoniale e della fattibilità dell'inventariazione.

La UOC Ingegneria mette in atto procedure di controllo e verifica, a cui segue l'implementazione del modulo dei dati dei cespiti ai quali viene attribuito un numero identificativo che contraddistingue il cespite stesso.

Nel caso di acquisizione di donazioni, ovvero di acquisiti per finanziamenti ex art. 20 Legge 67/88 nonché nei casi di dismissioni, le fasi sopradescritte variano in quanto il modulo viene implementato direttamente per singolo cespite attraverso la preventiva verifica della tradizione del bene donato, la sussistenza dei documenti contabili riferiti agli acquisiti per finanziamento in c/capitale, la sussistenza dei verbali di "fuori uso".

Le procedure adottate consentono al sistema di Contabilità Generale OLIAMM di leggere automaticamente l'incremento della consistenza patrimoniale nonché il calcolo dell'incidenza degli ammortamenti per singolo anno e consentono la redazione del Registro dei Cespiti ammortizzabili, distinto per singolo Conto di Immobilizzazione, con la visualizzazione delle quote di ammortamento e dell'implementazione del relativo fondo, nonché la redazione del Libro degli Inventari, distinto analiticamente per singolo cespite.

Il processo si conclude con la materiale apposizione delle etichette sui beni precedentemente inventariati. Tale fase consente di verificare l'effettiva presenza dei beni nei Centri di Costo di destinazione.

Tutto quanto sopra consente annualmente l'allineamento dei dati inventariali con la Contabilità Generale.

#### *Gestione dell'Assistenza Penitenziaria*

L'Azienda ASL Roma B ha analizzato l'attività assistenziale svolta a favore delle persone ristrette nell'ambito degli istituti penitenziari che insistono sul territorio, con l'obiettivo di evidenziare l'impegno e le energie necessarie ad assolvere tale compito istituzionale al fine di svolgere la stessa secondo criteri di efficacia ed efficienza.

La ASL RM/B effettua nelle strutture carcerarie di Rebibbia interventi di Prevenzione e di assistenza ai detenuti ed ai tossicodipendenti ristretti, e, presso la Unità Operativa Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini (22 p.l.) gli accertamenti diagnostici e l'attività di ricovero. Tale U.O.- gestisce, oltre ai reclusi del Complesso del Complesso Carcerario di Rebibbia, anche i detenuti degli altri Istituti penitenziari del Lazio.

Allo stato, è stato completato il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria ai sensi del DPCM 1 aprile 2008.

#### *Gestione del personale*

L'attività svolta si è riferita in particolare alla gestione della Pianta organica, al monitoraggio e all'aggiornamento della stessa. E' stata avviata una ricognizione del personale in servizio finalizzata ad individuare eventuali carenze. Ciò ha condotto all'indizione di una serie di avvisi pubblici sia per procedere ad una sostituzione di personale assente sia finalizzati alla stipula di contratti a tempo determinato, nelle more dell'indizione dei relativi concorsi.

Si è proceduto all'indizione di alcune selezioni volte ad individuare alcuni Direttori di Strutture Complesse, ponendo fine anche alla formalizzazione di incarichi provvisori.

Si è proceduto a perfezionare, a copertura delle cessazioni maturate, una serie di mobilità in entrata di varie figure professionali.

Riguardo alla gestione dello stato giuridico dei dipendenti è stato adottato un sistema di archiviazione dei fascicoli rispondente alle norme in materia di privacy, dettate dalla legge 196/2003.

Infine si è attuata una ricognizione del personale assegnato a ciascuna unità operativa, che ha prodotto un documento informatico che oltre a rappresentare uno strumento indispensabile per una corretta contrattazione di budget può essere un utile mezzo di monitoraggio dei carichi di lavoro assegnati al personale in relazione al corrispondente bacino di utenza.

E' stata data attuazione alla delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008.

Ulteriore blocco dei turn over, riduzione delle strutture complesse, delle posizioni organizzative e di coordinamento. Riduzione dei costi della spesa della medicina a convenzione (specialisti ambulatoriali interni e continuità assistenziale)

Con particolare riferimento alla riduzione dei costi della spesa della medicina in convenzione, si evidenzia come l'Azienda ha rispettato il budget economico anno 2008, nonostante sia stato richiesto dall'Azienda e concessa dalla Regione l'autorizzazione di incremento delle ore di specialistica in regime derogatorio. Tale necessità derivava, infatti, da una serie di eventi peculiari sopraggiunti nel corso dell'anno, rappresentati dalla cessazione di convenzioni illegittime di consorzi che erogavano prestazioni assistenziali ambulatoriali e dal trasferimento dell'assistenza penitenziaria dal Ministero di Grazie e Giustizia alle Aziende Sanitarie (DPCM del 01/04/08).

Infine, presso l'Azienda ASL Roma B è stato effettuato un monitoraggio del personale, con particolare riferimento a quello dirigenziale e a quello che ricopre posizioni apicali, in possesso dei requisiti previsti dall'art. 72, c.11 della L. 133/08, ai sensi del quale:

In presenza delle necessarie condizioni (quali determinate dai processi di riorganizzazione, riqualificazione e riconversione aziendale posti in essere in applicazione del Piano di rientro), nonché del possesso dei requisiti di cui al comma 11 della L. 133/08, i Direttori Generali possono procedere alla risoluzione del rapporto di lavoro con il preavviso di mesi 6, fermo restando quanto previsto dalla disciplina vigente in materia di decorrenza dei trattamenti pensionistici;

A tal fine sono stati prodotti i seguenti atti:

- Il monitoraggio del personale in possesso dei requisiti di cui all'art. 72 c. 11 della L. 133/08;
- Il criterio per la risoluzione del rapporto di lavoro per il raggiungimento dell'anzianità contributiva di 40 anni (deliberazione n. 1314 del 30/10/2008);
- Contratto aziendale tipo per il conferimento degli incarichi dirigenziali con inserimento di specifica clausola contrattuale in cui viene espressamente indicata la facoltà dell'azienda di procedere alla risoluzione del contratto al raggiungimento dell'anzianità contributiva di 40 anni.
- Adozione da parte dell'Azienda delle indicazioni di cui al comma 7 dell'art. 72 della legge 133/08, relativamente alla facoltà dell'Azienda di accogliere le domande di mantenimento in servizio per coloro che hanno compiuto i 65 anni di età, non accogliendo ad oggi nessuna istanza.

*Attività di controllo e vigilanza delle strutture ambulatoriali provvisoriamente accreditate*

Elaborazione di un protocollo per la valutazione delle strutture private provvisoriamente accreditate da utilizzare per le attività di controllo e vigilanza; tale procedura è finalizzata alla verifica documentale e ai sopralluoghi presso le sedi operative degli ambulatori specialistici.

Elaborazione di un protocollo per le strutture private provvisoriamente accreditate da utilizzare per le attività di controllo e vigilanza delle RSA con incremento delle attività di controllo; tale procedura ha la finalità di standardizzare l'attività di controllo e della vigilanza delle RSA private provvisoriamente accreditate afferenti il territorio della ASL RM/B. È stato analizzato il percorso per l'ammissione e la permanenza dei pazienti in RSA; è stato descritto il processo tecnico-professionale specifico attraverso il quale viene effettuato il controllo sulla qualità, relativo alle prestazioni erogate dalla RSA. L'elaborazione di detta procedura ha permesso di valutare la congruità dell'attività assistenziale delle strutture in argomento al fine di migliorare l'offerta sanitaria.

Incremento delle attività di controllo sulle impegnative dei presidi provvisoriamente accreditati attraverso il raffronto dei dati relativi alle prestazioni dichiarate dagli erogatori (SIAS) con le impegnative consegnate dagli erogatori stessi dell'azienda.

Tale procedura prevede un iter che vede coinvolte diverse strutture aziendali alle quali vengono richiesti dati o documenti per l'effettuazione del riscontro tra prestazioni erogate e ricette. L'elaborazione di tale procedura ha permesso di richiamare i soggetti erogatori delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ad una maggiore osservanza degli obblighi di legge cui sono tenuti, nonché la segnalazione alla Regione dei recuperi economici per le irregolarità riscontrate nelle impegnative controllate.

Definizione della corretta attuazione dei percorsi relativi alla recente normativa regionale sulla mobilità passiva interregionale. Tale documento prevede un sistema di trasmissione di flussi informativi mensili, già regolamentati, al fine di consentire la compensazione della mobilità sanitaria intra ed extra regionale. Si è provveduto pertanto a creare file riepilogativi relativi a tutte le strutture per ciascuna tipologia di prestazioni, indicando le fatture totali e relative note di credito ripartite in base ai costi riferiti alle singole ASL di residenza degli assistiti.

*Interventi correlati alle attività di disinnescamento e rimozione da parte del genio pionieri di un ordigno bellico rinvenuto nella zona parcheggio del presidio ospedaliero Policlinico Casilino della ASL Roma B*

Il rinvenimento di un ordigno bellico, durante le operazioni di scavo in un cantiere edile in una zona attigua al Presidio Ospedaliero Policlinico Casilino, ha reso necessari una serie di azioni e interventi di carattere sanitario posti in atto dalla Azienda ASL Roma B, correlati alle attività di disinnescamento e rimozione da parte del Genio Pionieri.

Le caratteristiche dell'ordigno, bomba d'aereo della seconda guerra mondiale da 500 libbre lunga 114 cm e del diametro di 35,5 contenente circa 120 kg di esplosivo,

hanno evidenziato la necessità di evacuare durante le operazioni di disimpegno la popolazione residente nella zona in un raggio pari a 350 metri dal punto di ritrovamento del residuo bellico e, quindi, anche il Presidio Ospedaliero Policlinico Casilino.

E' stato predisposto pertanto il Piano Aziendale per la gestione dell'emergenza, che ha previsto:

1. Il coordinamento complessivo delle attività;
2. La gestione unitaria delle attività correlate al Piano di Evacuazione in sicurezza dei ricoverati dell'Ospedale, anche attraverso una Unità di Crisi costituita presso il Policlinico;
3. La gestione degli effetti sull'Ospedale Sandro Pertini, altro Presidio Ospedaliero della ASL Roma B, del Piano di Evacuazione anche attraverso una Unità di Supporto istituita presso il medesimo Presidio Ospedaliero Pertini;
4. L'individuazione precoce di eventuali criticità assistenziali negli Utenti assunti in carico nei programmi di assistenza domiciliare e residenti nel territorio oggetto dell'evacuazione e per il supporto al Comune di Roma per le attività di sgombero della popolazione residente anche attraverso l'Unità di Supporto istituita presso l'Unità Operativa di Cure Domiciliari e Telemedicina.

Il Piano di Evacuazione, ha individuato i seguenti obiettivi:

1. Riduzione massima del numero di Utenti in stato di ricovero ordinario;
2. Individuazione delle aree di degenza di altri Ospedali dove trasferire gli Utenti non dimissibili, in modo da garantire la prosecuzione delle cure da parte della stessa équipe curante del Presidio Policlinico Casilino nel rispetto del principio della continuità assistenziale;
3. Sgancio progressivo del Presidio Policlinico Casilino dalla rete dell'emergenza mediata dal sistema di trasporto ARES 118;
4. Sospensione delle attività del Pronto Soccorso del Presidio Policlinico Casilino

Il successo delle operazioni, è derivato dalla minuziosa attività di programmazione con il supporto della Protezione Civile e nell'integrazione funzionale tra l'Azienda ASL Roma B, Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata e l'ARES 118.

L'elaborazione delle informazioni relative alle modalità con le quali i diversi ospedali hanno assorbito l'effetto prodottosi a seguito della chiusura del Policlinico Casilino, in termini di incremento di accessi di pronto soccorso e di aumentata disponibilità di posti letto per il ricovero non di elezione, possono rappresentare un utile strumento di valutazione del sistema di emergenza.

#### **Decisioni o provvedimenti assunti**

*Adozione del Piano Strategico Aziendale per gli anni 2007-2009*

Con delibera del 30 marzo 2007 n. 461, è stato adottato il Piano Strategico

Aziendale per gli anni 2007-2009 che rappresenta la concretizzazione delle scelte dell'Azienda USL RM/B per rispondere in maniera coerente al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dal Patto per la Salute, dei Piani sanitari Nazionali e Regionali. Significato e significante del Piano Strategico è la scelta di pieno coinvolgimento delle istanze sociali e di tutti gli attori coinvolti, dal cittadino, ai professionisti, agli stakeholders, per un orientamento dell'offerta complessiva dell'azienda sostenibile efficace ed efficiente. Il Piano è stato progettato sulla centralità della persona, del Cittadino/Utente che si relaziona con il SSN, al fine di garantire un sistema di erogazione che sia oggettivamente accessibile a tutte le fasce della popolazione, soprattutto le più fragili, nel rispetto di uguali ed eque opportunità di fruibilità e leggibilità dell'offerta prestazionale e, soprattutto per personalizzare i livelli di offerta della risposta a tutti i bisogni di salute espressi ed inespressi, in un'ottica di miglioramento continuo e di corretta allocazione delle risorse.

*Adozione dell'Atto di Autonomia Aziendale*

Con delibera del 14 marzo 2007 n. 716, è stato adottato l'Atto di Autonomia Aziendale, tenendo conto delle linee guida regionali e con modalità operative finalizzate al perseguimento degli obiettivi previsti dal piano di Rientro approvato dalla Giunta regionale, anche attraverso l'adozione di un nuovo modello organizzativo e funzionale a garanzia della tutela della salute del cittadino e alla salvaguardia delle fragilità. Si è proceduto alla stesura del nuovo Atto Aziendale sulla base anche del Piano Strategico; l'Atto ha avuto l'approvazione del Collegio di Direzione ed è stato sottoposto all'attenzione dei tavoli sindacali (comparto-SPTA, medici e veterinari, SUMAI), del Consiglio dei Sanitari ed è stato trasmesso al Collegio Sindacale e al Nucleo di Valutazione ed illustrato alla Conferenza dei Servizi.

*Provvedimento del 12/11/2008 relativo all'adozione del Piano Attuativo Locale: 2008-2010 (PAL)*

E' stato realizzato Il Piano Attuativo Locale, sentita la Conferenza Sanitaria Locale, con la partecipazione dei Direttori dei Distretti che hanno condiviso gli obiettivi ed impostato il Cronogramma.

Vuole significare una risposta al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dal Patto per la Salute, dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali coinvolgendo le istanze sociali e tutti gli attori – cittadini, professionisti, stakeholders – nel processo di orientamento dell'offerta complessiva dell'Azienda verso modalità di sostenibilità, efficacia ed efficienza.

*Provvedimento sulla Graduazione degli incarichi*

14/11/2008 è stato adottato il provvedimento relativo al conferimento degli incarichi professionali in attuazione del nuovo Atto Aziendale, in particolare sono stati graduati i Dipartimenti in tre fasce decrescenti (D1, D2, D3), le Strutture Complesse in tre fasce decrescenti (SC1, SC2, SC3), le Strutture Semplici Dipartimentali e le Strutture Operative Semplici articolazioni di struttura Complessa in tre fasce decrescenti (SS1, SS2, SS3) e gli incarichi professionali in cinque fasce in ordine decrescente (IP1,IP2,IP3,IP4,IP5)



Si è provveduto inoltre a graduare le tre Aree Amministrative (Area politiche del personale, Area Politiche Economiche ed Amministrative ed Area delle Tecnologie e della rete Territoriale) parametrando, in coerenza con i principi cui si uniforma l'organizzazione dipartimentale al livello base previsto per i Dipartimenti

*Piano per la riorganizzazione della diagnostica di laboratorio: 17/11/2008*

In ottemperanza alle direttive regionali definite nel Piano di Rientro Regionale. Il Piano di riorganizzazione, piano operativo di attuazione per la riorganizzazione della diagnostica di laboratorio dell'Azienda, prevede anche l'analisi economica della manovra calcolata sulla base di una stima dei contenimenti di spesa e dei risparmi derivanti dalla definizione concreta dei singoli procedimenti attuativi. Le Aziende Sanitarie procedono alla redazione di un "Piano operativo di attuazione", per il territorio di competenza, del Piano di Riorganizzazione della medicina di laboratorio, ivi compresi i servizi trasfusionali. Il "Piano operativo di attuazione" dovrà recepire le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel Piano per la Riorganizzazione della Medicina di Laboratorio, formulando azioni di riorganizzazione in accordo con le scelte organizzative e con le peculiarità territoriali dell'azienda, tenendo conto in particolare del riequilibrio tra prestazioni erogate direttamente e prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, nella misura e secondo le modalità indicate dal medesimo piano. Le azioni di riorganizzazione dovranno essere tese al recupero di efficienza delle strutture di erogazione delle prestazioni di medicina di laboratorio, e dovranno essere formulate in chiave strettamente operativa (ambito, tempi, modalità) e sempre corredate da una valutazione di impatto economico.

*Provvedimento processo di budget 2009*

Il processo di Budget anno 2009 dell'Azienda USL RM/B, è stato avviato dalla Direzione Strategica nella continuità di quanto già implementato negli anni precedenti e secondo le disposizioni del decreto n. U0046 del 25/11/2008 e successiva nota esplicativa sulla materia in oggetto della Regione Lazio del 16/12/2008.

Il processo è stato avviato con la trasmissione, alle Macrostrutture dell'Azienda e dei centri di costo afferenti, delle Linee Guida, del Regolamento di Budget e dei conti economici di contabilità analitica sulla base dei quali negoziare gli obiettivi economici.

Nelle Linee Guida e nel Regolamento sono stati indicati gli obiettivi generali che la Direzione Generale assegna ai Titolari di Budget e specificatamente:

- Obiettivi strategici per Area Territoriale ed Ospedaliera: *Piena attuazione degli obiettivi strategici definiti nel Piano Strategico Aziendale anno 2007 – 2009, attraverso il completamento di quelli già pianificati ed attivati (2007-2008) ed il conseguimento di quelli non ancora realizzati definiti nel Piano Strategico Aziendale anno 2007 -2009;*
- Obiettivi economici: *assegnazione di budget economici, diversificati in relazione alla tipologia di Macrostrutture Aziendali, coerenti con gli obiettivi di risparmio effettivo della spesa sanitaria, con finalità di governo delle risorse direttamente assegnate alle macrostrutture stesse e alle relative unità*

Con riferimento agli obiettivi economici, la Direzione Strategica ha assegnato obiettivi per l'anno 2009 in funzione della tipologia di governo economico di cui i Titolari di Budget sono responsabili stabilendo:

- Titolare di Budget Economico Macroautorizzatore di Spesa: obiettivo di monitoraggio mensile/trimestrale degli andamenti di costo correlati alle richieste di beni e servizi delle macrostrutture utilizzatrici;
- Titolare di Budget Economico Produttore (Allegato B1 Scheda di Budget): obiettivo di riduzione del consumo di beni sanitari e non sanitari, nella percentuale del 7% rispetto all'anno 2008; obiettivo di riduzione del costo per voci stipendiali di straordinario del personale dipendente, nella percentuale del 5% rispetto all'anno 2008; obiettivo di riduzione del costo per attività in libera professione ex Art. 55 co 2 - Acquisto Prestazioni Aggiuntive (APA), nella percentuale del 10% rispetto all'anno 2008; obiettivo di riduzione del costo per attività in libera professione ex Art. 55 co 2 - Guardia Medica, nella percentuale del 5% rispetto all'anno 2008.

*Provvedimento definizione di operazioni di budgeting 2009 con assegnazione dei budget per singolo centro di costo- i Budget dovranno tenere in considerazione le azioni di risparmio effettivo per la spesa sanitaria del 2009 in coerenza con gli obiettivi individuati nel Piano di Rientro Regionale.*

*Provvedimento definizione ed attuazione di procedure analitiche di controllo su specifiche attività svolte dalle Aziende Sanitarie Locali, in particolare le attività coinvolte riguardano le procedure di rendicontazione economico-contabile. Predisposizione del Manuale "Procedure di consuntivazione nel modulo di programmazione e controllo SPC nel sistema OLIAMM".*

*Provvedimento del 11/02/2009 relativo al Protocollo d'intesa per l'approvazione del Punto Unico d'Accesso integrato sanitario e sociale (PUA) sottoscritto dall'Azienda, dal Presidente del V municipio e dal Delegato del Sindaco (deliberazione n. 119 del 11/02/2009)*

*Provvedimento del 23/10/2009 relativo al Protocollo d'intesa per l'attivazione del Punto Unico d'Accesso integrato sanitario e sociale (PUA) sottoscritto dall'Azienda, dal Presidente del X Municipio e dal Delegato del Sindaco (deliberazione n. 1052 del 23/10/2009)*

Dimensione economica del budget effettivamente gestito nell'anno 2008 Euro 1.385.384.000

Nell'anno 2009 budget aziendale di previsione Euro 1.334.500.000

Metodologie informative (contabili o altro) utilizzate per lo svolgimento delle attività

direzionali proprie:

- Centralizzazione degli acquisti
- Gestione dei ricoveri per Aree, informatizzazione dei dati relativi all'accettazione, preospedalizzazione, camera operatoria, ricoveri, esami diagnostici.
- Contabilità analitica
- Sistemi informatici

- Sistema Informativo Sanitario Regionale
- Flussi Sanitari Sistema Informativo Ospedaliero
- Flussi Sanitari Sistema Informativo Assistenza Specialistica
- Flussi Sanitari Sistema Informativo Epidemiologico Sanitario
- Flussi Sanitari Sistema Informativo Assistenza Riabilitativa

Principali negoziazioni svolte nel ruolo di Direttore Generale

- Budget Regionale
- Budget Aziendale
- Organizzazioni Sindacali Mediche, SPTA
- Organizzazioni Sindacali Comparto
- Associazioni territoriali – Tavolo permanente
- Municipi –Piani di Integrazione Socio-sanitaria

**6 Ente:** Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Sede: Via Toti n. 4 - Ancona

Natura: Amministrazione Pubblica di cui all'art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993  
ovvero enti e strutture private

Budget direttamente gestito: Euro 45.998.351

N. dipendenti a diretta responsabilità: 660 unità

**Prima assunzione nell'Ente:** 01/01/2004

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Presidio  
Alta Specializzazione Salesi

Posizione occupata: livello di inquadramento contrattuale: Direttore Presidio  
Alta Specializzazione Salesi

Periodo: dal 01/01/2004 al 15/08/2005

**Sintetica descrizione del ruolo svolto:**

Detto incarico è previsto dalla Legge 13 della Regione Marche, è nominato dalla Giunta regionale con il parere della Conferenza permanente tra gli iscritti nell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art.3 bis del decreto legislativo 502/92, ha il compenso da Direttore Generale, gode di completa autonomia gestionale, negozia il budget con la Regione alla quale risponde direttamente dell'uso delle risorse assegnate, gestisce tutte le problematiche dal personale al patrimonio mobiliare ed immobiliare, ed effettua gli investimenti interni al Presidio. Viene Valutato dalla Giunta regionale sugli obiettivi negoziati.

**Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi con cui si interagisce:**

a) Relazioni con ambiente esterno:

- ✓ Organi Regionali
- ✓ Università
- ✓ Comune
- ✓ Provincia
- ✓ Aziende Sanitarie

- ✓ Imprese, Ditte, Fornitori vari
- ✓ Associazioni
- ✓ Sindacati

b) Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto  
Regione Marche – Assessorato alla Sanità

c) Relazioni orizzontali  
Direzioni Generali Aziende Sanitarie Regionali

d) Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati  
Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al Direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazione comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

**Obiettivi e risultati quali-quantitativi raggiunti nello svolgimento della funzione dirigenziale**

*Cambiamenti organizzativi direttamente guidati*

Nell'ambito di questo particolare incarico ha portato avanti l'attività del Presidio aumentandone il livello di specializzazione anche attraverso la presentazione di cinque progetti di sviluppo inerenti le aree: neonatale, procreazione medico assistita, trapianto di midollo eterologo, trattamento dell'epilessia farmaco-resistente, malattie rare, tutti approvati dalla Regione con finanziamento aggiuntivo di 1.333.809 Euro, rispetto al budget approvato.

Ha riorganizzato la dipartimentalizzazione, rimodulando completamente l'attività di ricovero in aree di degenza articolate per intensità di cura, potenziando l'attività di D.S. (492 casi in più e 450 interventi chirurgici in più in un anno), aumentando contemporaneamente il peso medio del Drg che è passato da 0,8316 a 0,933, ed in alcune unità operative come ad esempio la fibrosi cistica è passato da 0,904 ad 1,021 (+ 16,21 %) e riducendo la degenza media e il numero dei ricoveri ordinari.

Il numero dei parti è passato da 2.121 a 2.241.

Tutta questa attività è stata svolta rispettando il budget assegnato dall'Assessore della Sanità nell'ambito della negoziazione.

Ha lavorato al Progetto Ospedale senza Dolore, obiettivo della Fondazione Salesi per l'anno 2005.

Con il Comune di Ancona, la Regione, il Provveditorato, la Telecom e l'Aetra ha portato avanti la scuola in ospedale.

Come Fondazione ha gestito una casa di accoglienza per i disagiati sociali.

Ha gestito nel corso del 2004 l'attività sindacale per tutto il personale del

Presidio.

Ha raggiunto gli obiettivi concordati con l'Ente Regionale.

### **Decisioni o provvedimenti assunti**

A luglio 2004 ha fondato la Fondazione Salesi insieme al Comune di Ancona, la Provincia di Ancona e l'Associazione le "Patronesse".

La promozione dell'Associazione è avvenuta attraverso i concerti del Resto del Carlino.

Questa maggior visibilità del Presidio ha consentito la pubblicazione sul Corriere Adriatico di una serie di articoli tematici sulle alte specialità presenti al Salesi per cui è aumentata la mobilità attiva extraregionale ed extraprovinciale.

Ha lavorato sullo spostamento dell'attività ambulatoriale ad una struttura esterna, ma vicina all'ospedale, per decongestionarlo.

Ha attivato il trasporto neonatale per tutta la Regione, ha stabilito percorsi preferenziali con i medici della continuità assistenziale che hanno prestato la loro opera al Pronto Soccorso Pediatrico per ridurre gli accessi impropri ( il Salesi è sede dell'unico DEA pediatrico della Regione), ha riorganizzato l'attività di screening mammario.

Ha organizzato la preospedalizzazione chirurgica intrattenendo i bambini con giochi ed attività ludiche.

Dimensione economica – budget direttamente gestito: Euro 45.998.351

#### **Principali negoziazioni**

- Budget Regionale
- Organizzazioni Sindacali Mediche
- Organizzazioni Sindacali Comparto
- Associazioni territoriali
- Comune
- Provincia

#### **7 Ente: Azienda Unità Sanitaria Locale 5 di Pisa**

Sede: Via Zamenhof, 1 - Pisa

Natura: Amministrazione Pubblica di cui all'art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993 ovvero enti e strutture private

Fatturato o spesa corrente: Euro 430.000.000

N. dipendenti : 2000 unità

**Prima assunzione nell'Ente:** 01/12/2002

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario

C3.3 Posizione occupata livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario

Periodo: dal 01/12/2002 al 31/12/2003

**Sintetica descrizione del ruolo svolto:**

Organizzare e gestire tutta l'attività sanitaria di un'Azienda territoriale di circa 300.000 abitanti

Articolata in tre Distretti/Zone ed in due poli ospedalieri: Pontedera e Volterra

**Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi con cui si interagisce:**

a) Relazioni con ambiente esterno:

- ✓ Organi Regionali
- ✓ Università
- ✓ Comune
- ✓ Aziende Sanitarie
- ✓ Imprese, Ditte, Fornitori vari
- ✓ Associazioni
- ✓ Sindacati

b) Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto  
Direttore Generale

c) Relazioni orizzontali  
Direzioni Sanitarie Aziende Sanitarie Regionali

d) Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati  
Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

**Obiettivi e risultati quali-quantitativi raggiunti nello svolgimento della funzione dirigenziale**

*cambiamenti organizzativi direttamente guidati*

- rivisitazione del blocco operatorio e dei percorsi per l'urgenza e per l'elezione
- potenziamento della preospedalizzazione

Come Direttore Sanitario dell'USL 5 di Pisa, nell'ambito progetto dell'Ospedale Etico, del quale è stata coordinatrice, ha organizzato l'ospedale per intensità di cure riorganizzando l'Area chirurgica, sopprimendo le cinque unità operative specialistiche ed organizzando moduli di degenza operativi due su sette giorni, due su cinque giorni per gli interventi programmati, necessitanti di degenza compresa dai cinque ai due giorni, un modulo di Day surgery e la chirurgia ambulatoriale.

Con questo sistema oltre ad offrire all'utente il giusto trattamento nei giusti tempi si è ottenuta una razionalizzazione del personale infermieristico.

I pazienti venivano chiamati dalla lista di attesa dalla caposala d'Area.

Ha ridisegnato anche l'Area Medica.

Assieme alla SDA Bocconi ha elaborato un corso di formazione per il personale medico per il tutoraggio clinico del paziente, e per il personale infermieristico sul miglioramento del percorso assistenziale all'utente.

Ha partecipato alle riunioni dei Direttori Sanitari di Area Vasta, contribuendo all'analisi delle attività assistenziali complessive ed alle proposte di programmazione sanitaria dell'Area.

Ha coordinato i gruppi di lavoro della Neurologia, Neurochirurgia e della Riabilitazione.

Ha raggiunto gli obiettivi negoziati con la Direzione Generale.

Decisioni o provvedimenti assunti

Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure;

Riorganizzazione dell'Area chirurgica;

Soppressione di cinque unità operative specialistiche

Organizzazione moduli di degenza.

Attività caratterizzanti la propria settimana tipo

Principali negoziazioni

- Organizzazioni Sindacali Mediche
- Organizzazioni Sindacali Comparto
- Associazioni territoriali
- Comune

**8 Ente:** Azienda Sanitaria Locale Roma D

Sede: Via C.G. Viola, 31 Roma

Natura: Amministrazione Pubblica di cui all'art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993 ovvero enti e strutture private

Fatturato o spesa corrente: Euro 112.263.655

N. dipendenti a diretta responsabilità: 900 unità

Prima assunzione nell'Ente: 10/08/2002

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Responsabile

Dipartimento Ospedaliero

Posizione occupata livello di inquadramento contrattuale: Responsabile

Dipartimento Ospedaliero

Periodo: dal 10/08/2002 al 30/11/2002

**Sintetica descrizione del ruolo svolto:**

Organizzazione e gestione di tutta l'attività dipartimentale

**Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi con cui si interagisce:**

a) Relazioni con ambiente esterno:

- ✓ Organi Regionali
- ✓ Università
- ✓ Aziende Sanitarie
- ✓ Imprese, Ditte, Fornitori vari
- ✓ Associazioni

b) Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto

Direttore Generale

Direttore Sanitario

c) Relazioni orizzontali

dipartimenti presenti nell'azienda  
dipartimenti altre aziende sanitarie

d) Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati

Il Direttore del Dipartimento rappresenta il dipartimento e garantisce l'assolvimento dei compiti assegnati al Dipartimento.

**Obiettivi e risultati quali-quantitativi raggiunti nello svolgimento della funzione dirigenziale**

In quanto responsabile dell'Area Ospedaliera ha coordinato tre presidi:  
Ospedale G.B.Grassi: sede di DEA di I livello con 283 posti letto ordinari e 35 DH, con una dotazione di personale di 900 unità.

Presidio Ospedaliero Portuense: ospedale di zona con partner privato, 160 posti letto ordinari e 20 DH, con una dotazione di personale pubblico (laureato) di 60 unità.

Centro Paraplegici Ostia: ospedale specializzato per la riabilitazione delle mielolesioni, dotazione temporanea di 25 posti letto. Dotazione personale di 60 unità.

Principali negoziazioni

In quanto Presidente della Commissione Budget ha avviato e concluso la negoziazione con le Unità Operative Ospedaliere e territoriali.

- 9 Ente:** A.C.O. S. Filippo Neri - Roma  
Sede: Piazza S.Maria della Pietà n. 5 - Roma  
Natura: Amministrazione Pubblica di cui all'art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993 ovvero enti e strutture private  
Fatturato o spesa corrente: Euro 125.000.000  
N. dipendenti a diretta responsabilità: 1.600 unità

Prima assunzione nell'Ente: 28/07/1999

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario Aziendale

Posizione occupata livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario Aziendale

Periodo: dal 28/07/1999 al 9/08/2002

Periodo: dal 8/04/2002 al 14/07/2002 facente funzioni Direttore Generale

Sintetica descrizione del ruolo svolto:

Organizzazione e gestione di tutta l'attività sanitaria dell'Azienda

Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi con cui si interagisce:

- a) Relazioni con ambiente esterno:
  - ✓ Organi Regionali
  - ✓ Università
  - ✓ Comune



- ✓ Aziende Sanitarie
- ✓ Imprese, Ditte, Fornitori vari
- ✓ Associazioni
- ✓ Sindacati

b) Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto  
Direttore Generale

c) Relazioni orizzontali  
Direzioni Sanitarie Azienda Sanitarie Regionali

d) Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati (responsabilità ed attività connesse ai ruoli subordinati)  
Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

**Obiettivi e risultati quali-quantitativi raggiunti nello svolgimento della funzione dirigenziale**

Come Direttore Sanitario d'Azienda del S. Filippo ha partecipato alla stesura del Piano Strategico triennale basato sull'analisi della domanda sanitaria regionale e su quella del posizionamento dell'Azienda S. Filippo rispetto agli altri erogatori pubblici di prestazioni sanitarie.

Ha riorganizzato l'attività di pronto soccorso e accettazione ridisegnando il Dipartimento di Emergenza di II livello iniziando dalla formazione informatica del personale e stabilendo percorsi assistenziali e procedure comportamentali per rendere più efficace l'assistenza in emergenza.

Sono stati effettuati corsi di formazione specifici per tutto il personale.

Per ridurre la degenza pre-operatoria è stata attivata la preospedalizzazione chirurgica centralizzata per tutte le specialità.

Per riservare la degenza alle prestazioni di più alta necessità assistenziale sono stati riorganizzati il day-hospital e il day-surgery.

Ha ridisegnato l'attività ambulatoriale lavorando sulle liste d'attesa, la cui riduzione è stata negoziata nel budget.

Ha decentrato nelle unità operative che ricoverano secondo liste d'attesa consultabili dagli utenti, l'accettazione dei ricoveri d'elezione.

Ha seguito l'informatizzazione delle unità operative del Dipartimento di medicina dell'Ospedale S. Filippo per la gestione dei ricoveri del day-hospital e dell'attività ambulatoriale di reparto, e l'applicazione dei programmi informativi per la contabilità analitica e per il controllo della spesa farmaceutica, l'informatizzazione della rilevazione delle presenze e l'attivazione del S.I.O., il S.I.A.S. e il S.I.E.S..

Per correggere le discordanze degli obiettivi raggiunti da quelli negoziati nel budget, il controllo di gestione e il S.I.O., ha lavorato ad un sistema che prevedeva l'invio dei reports trimestrali alle Unità Operative e alla creazione di un gruppo che fungeva da facilitatore dei cambiamenti organizzativi necessari per il raggiungimento degli obiettivi.

La Direzione Sanitaria è stata investita nella seconda fase di progettazione dei

fondi dell'articolo 20, legge 67/88.

La riorganizzazione dell'attività ospedaliera ha portato nel 2000 e nel 2001 alla riduzione della degenza media di tutta la struttura, all'aumento del peso medio delle prestazioni, al trasferimento dei DRG a basso peso in D.H. e D.S., e di parte dell'attività erogata in D.H. a livello ambulatoriale.

Nel 2002, oltre agli obiettivi di attività e di miglioramento organizzativo, sono stati negoziati con i dipartimenti obiettivi di qualità relazionale e tecnico professionale indispensabili per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Ha riorganizzato personalmente il lavoro infermieristico di tutte le unità operative, adeguando gli organici e riducendo il ricorso al lavoro straordinario, ha organizzato il Servizio Infermieristico e l'area Tecnica, da cui dipendeva tutto il personale del comparto, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Ha messo in atto protocolli per l'utilizzo dei farmaci in tutte le degenze, alle quali trimestralmente veniva inviato il reports dei costi dei farmaci, dei presidi e delle risorse umane.

Ha messo in atto percorsi diagnostici per le principali patologie oncologiche.

Disegnata la Macrostruttura aziendale ha "pesato" i dipartimenti, le unità operative complesse e semplici in base alla complessità organizzativa, alle risorse tecnologiche, alla valenza strategica, alla domanda espressa dall'utenza e ai programmi di ricerca, i professionisti in base alle loro capacità professionali e relazionali e all'impegno scientifico.

Ha raggiunto gli obiettivi concordati dalla Direzione Generale.

#### Principali negoziazioni

Dal piano strategico è derivata la nuova riorganizzazione dipartimentale ed è stato preparato e negoziato il budget delle attività sanitarie, del personale e delle attrezzature con i responsabili e i caposala delle unità operative alla presenza dei Direttori di Dipartimento e del Responsabile Infermieristico.

Ha sempre partecipato attivamente alla negoziazione sindacale, e nel luglio 2000 sono state riunite le Associazioni di Volontariato per iniziare la collaborazione con esse attraverso l'URP e i contatti diretti con i responsabili delle Unità Operative a cui era stata chiesta disponibilità.

#### **10 Ente:** Azienda Unità Sanitaria Locale RIETI

Sede: Via Matteucci, 9 - Rieti

Natura: Amministrazione Pubblica di cui all'art. 1 comma 2 D. Lgs. 29/1993 ovvero enti e strutture private

Fatturato o spesa corrente: Euro 240 miliardi di lire

N. dipendenti a diretta responsabilità: 1.400 unità

**Prima assunzione nell'Ente:** 04/06/1997

Posizione iniziale e livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario Aziendale

Posizione occupata livello di inquadramento contrattuale: Direttore Sanitario Aziendale

Periodo: dal 04/06/1997 al 27/07/1999

**Sintetica descrizione del ruolo svolto:**

Organizzazione e gestione di tutta l'attività sanitaria dell'Azienda

Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi con cui si interagisce:

a) Relazioni con ambiente esterno:

- ✓ Organi Regionali
- ✓ Università
- ✓ Comune
- ✓ Aziende Sanitarie
- ✓ Imprese, Ditte, Fornitori vari
- ✓ Associazioni
- ✓ Sindacati

b) Relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto  
Direttore Generale

b) Relazioni orizzontali  
Direzioni Sanitarie Azienda Sanitarie Regionali

d) Relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati (responsabilità ed attività connesse ai ruoli subordinati)

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

**Obiettivi e risultati quali-quantitativi raggiunti nello svolgimento della funzione dirigenziale**

Nella ASL di Rieti oltre alle attività ospedaliere come quelle descritte per il S. Filippo e cioè l'organizzazione della pre-ospedalizzazione, del day-hospital e del day-surgery, in due anni di negoziazione di budget si è ridotta la degenza ospedaliera ed è aumentato il peso medio delle prestazioni, il tasso di operabilità delle Unità Operative chirurgiche e la disponibilità delle prestazioni ambulatoriali nelle tre strutture di Rieti, Magliano ed Amatrice.

L'attività di emergenza ha riguardato oltre gli ospedali di Rieti, sede di DEA di I livello, di Magliano ed Amatrice, sede di Pronto Soccorso, anche tutta la rete del 118 che a Rieti era provinciale.

Si è iniziato un rapporto di collaborazione fra gli ospedali e i distretti le cui attività sono state anch'esse negoziate nel budget che, il primo anno, ha comportato un'indagine epidemiologica territoriale molto accurata che ha consentito, nel secondo anno, la negoziazione per attività.

Nel primo anno, nel budget di attività, è stato valutato il costo del personale e delle attrezzature, nel secondo anche l'incidenza della spesa farmaceutica.

L'attività farmaceutica è stata completamente rivista attraverso gruppi di lavoro che hanno ridisegnato i processi operativi.

Anche a Rieti è stato attivato il triage, riorganizzato il CUP e iniziata, a livello informatico, la contabilità analitica con l'individuazione dei centri di costo da parte della Direzione Sanitaria.

La presenza della Direzione Sanitaria nelle trattative sindacali è stata costante. La valutazione degli obiettivi di budget raggiunti per le Unità Operative Sanitarie Ospedaliere e Territoriali per il raggiungimento del salario di risultato è stata effettuata dalla Direzione Sanitaria.

Durante tutto il mandato di Direttore Sanitario d'Azienda, ha sempre raggiunto il 100% degli obiettivi concordati con il Direttore Generale.

Principali negoziazioni:  
Negoziazioni di budget

**11** - Ulteriori notizie sull'esperienza acquisita nello svolgimento dell'attività dirigenziale.

Periodo dal 03/06/1997 al 26/11/1988

**DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE CTO - USL RM/C** - dal 01/04/1995 al 03/06/1997 e ad interim l'incarico di **DIRETTORE SANITARIO OSPEDALE S. EUGENIO** nel periodo dal 20/11/1996 al 06-01/1997.

Al CTO per razionalizzare le risorse umane e ridurre lo straordinario ha proposto e attivato una nuova turnazione del personale.

Ha partecipato come parte aziendale al tavolo delle trattative sindacali per il contratto decentrato. Ha organizzato il pronto soccorso affiancando all'ortopedico un internista.

Ha iniziato l'attività di pre-ospedalizzazione e aperto la breve osservazione.

Ha riorganizzato il lavoro del personale ausiliario per garantire le esigenze igieniche nell'arco delle ventiquattro ore.

Ha prolungato l'attività delle sale operatorie e degli ambulatori, ha collaborato all'apertura dell'Unità Spinale (26/4/1995) e al suo inserimento nella struttura ospedaliera.

Ha curato l'umanizzazione della struttura aprendo l'ospedale ai parenti e spostando l'orario dei pasti.

Ha collaborato alla realizzazione della carta dei servizi, lavoro per il quale ha ricevuto un encomio dal Direttore Generale.

Ha iniziato la monitorizzazione delle esposizioni professionali del personale sanitario collaborando attivamente con il medico competente, il medico autorizzato e l'esperto qualificato.

**VICEDIRETTORE SANITARIO OSPEDALE S. GIACOMO - USL RM/A** - Roma dal 23/03/1994 al 31/03/1995, con un numero di dipendenti della struttura di appartenenza di circa 600 persone.

Al S. Giacomo tra le altre cose si è occupata direttamente dell'organizzazione dell'attività ambulatoriale e delle sale operatorie riorganizzando le turnazioni del personale infermieristico e ausiliario determinando una notevolissima riduzione dello straordinario pur ampliando gli orari di apertura delle suddette strutture.

**RESPONSABILE DELLA UNITA' OPERATIVA DI II LIVELLO AIDS -**

**USL RM/7** dal 26/11/1988 al 22/03/1994, con autonomia di gestione e “budgettaria” per una spesa corrente di 200.000.000 lire.

In qualità di Responsabile dell’Unità Operativa di II livello dell’AIDS si è occupata della prevenzione delle infezioni trasmesse con liquidi organici e della difficile problematica sociale e sanitaria dei sieropositivi, dei malati di AIDS nella struttura ospedaliera per garantire la riservatezza del paziente e la sicurezza del personale.

Ha organizzato il sistema di sorveglianza per l’AIDS nella USL RM 7, ha curato i rapporti del SERT con la struttura ospedaliera, con le cliniche convenzionate e con le scuole.

Ha effettuato la sorveglianza degli incidenti da taglio e da punta accidentali e sui luoghi di lavoro per il territorio e l’ospedale.

Ha organizzato il sistema PAOD (attivo dal 11/4/1989) che prevedeva che tutte le donne che partorivano o abortivano spontaneamente o volontariamente fossero sottoposte al test di ricerca anti HIV.

I test eseguiti sono stati circa 4.500 l’anno.

Ha gestito i fondi finalizzati che sono stati utilizzati prevalentemente per la gestione informatizzata degli archivi dei dati che venivano resi anonimi.

Si è occupata della formazione e sensibilizzazione della struttura nei confronti dell’AIDS.

Nella ex USL RM 7 oltre alle attività di Direzione Sanitaria si è occupata della formazione degli operatori per i rifiuti, attività di cui si è sempre occupata direttamente.

A maggio del 1993 è stata delegata dall’allora Direttore Sanitario a prendersi carico della gestione di tutto il personale non medico dell’Ospedale, della supervisione dell’ufficio organizzativo del personale e dei rapporti con le rappresentanze sindacali.

Si è occupata attivamente della riduzione dello straordinario proponendo e attuando nuovi schemi organizzativi d’accordo con i primari, i caposala e i capotecnici.

Ha sostituito il Direttore Sanitario nei periodi di vacanza occupandosi di tutte le problematiche igienico-organizzative e gestionali della struttura.

**Esperienze professionali e lavorative antecedenti**

Periodo dal 16/03/1988 al 22/03/1994

Funzioni svolte	Medico di Direzione Sanitaria
Luogo di lavoro	Direzione Sanitaria del S. Eugenio, Roma

---

Periodo	Dal 01/02/1985 al 15/03/1988
Funzioni svolte	Medico SUMAI in Direzione Sanitaria
Luogo di lavoro	Direzione Sanitaria del S. Eugenio, Roma

---

Periodo	Dal dicembre 1985 al 25/11/1988
Funzioni svolte	Responsabile della struttura di sorveglianza divenuta in seguito Unità operativa di II livello sorveglianza AIDS.
Luogo di lavoro	USL RM 7, Roma

---

Periodo	Dal 01/06/1983 al 31/01/1985
Funzioni svolte	Medico titolare di contratto S.U.M.A.I.

**CURRICULUM VITAE**

	<p>Luogo di lavoro Periodo Funzioni svolte Luogo di lavoro</p> <p>Igiene Pubblica ex USL RM 9 (oggi C), Roma Dal febbraio 1980 al maggio 1983 Assistente Medico Roma, Casa di cura Nuova Itor, Via di Pietralata 162, Roma</p>
	<p>Periodo Funzioni svolte Luogo di lavoro</p> <p>Dal febbraio 1977 al febbraio 1980 Medico consulente per la prevenzione del cancro della mammella. Trieste, Centro Tumori</p>
	<p>Periodo Luogo di lavoro</p> <p>Dal luglio 1977 al febbraio 1980 ha usufruito di una borsa di studio convenzionata Ospedale – Università di Trieste Istituto Clinica Chirurgica, Ospedale Maggiore, Trieste</p>
	<p>Periodo Funzioni svolte Luogo di lavoro</p> <p>Dal 15/09/1977 al 14/03/1978 Tirocinio pratico ospedaliero (giudizio ottimo) Istituto di Clinica Chirurgica Generale dell'Università degli Studi di Trieste.</p>
	<p>Periodo Funzioni svolte Luogo di lavoro</p> <p>Dal 01/05/1977 al 14/09/1977 e dal 15/03/1978 al 06/07/1978 Medico interno con funzioni assistenziali (ratifica Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste) Istituto di Clinica Chirurgica Generale dell'Università degli Studi di Trieste.</p>
	<p>Periodo Funzioni svolte Luogo di lavoro</p> <p>Dal 01/03/1977 al 30/04/1977 Medico interno Istituto di Clinica Chirurgica Generale dell'Università degli Studi di Trieste.</p>
<b>Docenze</b>	<p>Istituto Scuola di Preventiva Disciplina Organizzazione sanitaria (durata e oggetto) 2006-2007</p> <p>Università degli Studi di Roma Tor Vergata – Specializzazione in Igiene e Medicina  Insegnamento: Programmazione e Tipo di contratto Tutti gli anni accademici dal 1992-1993 al  Professore a titolo gratuito</p>

## CURRICULUM VITAE

	Istituto Scuola infermieri ex USL RM 7– USL RM A Disciplina Principi di educazione Sanitaria; Epidemiologia; Igiene e Tecnica Ospedaliera Durata 1988-1989; 1989-1990; 1994-1995 (corsi di 30 ore)						
<b>Capacità linguistiche</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Lingua</th> <th style="width: 33%;">Livello Parlato</th> <th style="width: 33%;">Livello Scritto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Francese</td> <td>Buono</td> <td>Buono</td> </tr> </tbody> </table>	Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto	Francese	Buono	Buono
Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto					
Francese	Buono	Buono					
<b>Capacità nell'uso delle tecnologie</b>							
<b>Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)</b>	<p><b>Pubblicazioni</b></p> <p>Come appartenente alla Latium AIDS Collaborative Group ha pubblicato vari lavori pertinenti all'area igienico -organizzativa.                  Ha inoltre pubblicato, come unico autore o insieme ad altri, vari articoli su riviste quali "Igiene e Sanità pubblica", "Mecosan", "Annali di Igiene".</p> <p>“ Una matrice per la pianificazione della struttura di offerta. Il caso dell’A.C.O. S.Filippo Neri di Roma”- Mecosan n.34 pag 129-142, 2000                  La sintesi di questo lavoro compare a pag 167 della pubblicazione di C. Cuccurullo “ Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche” Mc Graw-Hill – 2003</p> <p>“Elaborazione di un sistema di monitoraggio della qualità delle acque nell’Ospedale S. Filippo Neri” – Comunicazione Congresso ANMDO – Bologna 2000</p> <p>“Istituzione di un Centro di Preospedalizzazione centralizzata” – Comunicazione Congresso ANMDO – Bologna 2000</p> <p>“Elaborazione di indicatori per la vigilanza e la verifica della qualità del servizio appaltato di pulizia e sanificazione ambientale” – Comunicazione Congresso SiTi – Ferrara 2000</p> <p>“La sterilizzazione e disinfezione degli endoscopi: problematiche e razionalizzazione delle procedure” – Comunicazione Congresso SiTi – Ferrara 2000</p> <p>“L’accertamento della morte cerebrale: analisi del processo ed indicatori di attività ed efficienza” – Comunicazione Congresso ANMDO – Maggio 2001</p> <p>“Istituzione di un Centro di preospedalizzazione chirurgica: l’esperienza del S.Filippo Neri di Roma” – Igiene e Sanità Pubblica – Vol. LVII, n. 3 – maggio giugno 2001 – pagg. 225-235</p> <p>“L’accreditamento di eccellenza ed il sistema di gestione della qualità. Strumenti di clinical governance della direzione sanitaria di presidio – Teme – novembre/dicembre 2005 – pagg 28-33</p>						

## CURRICULUM VITAE

“Non abbandonarlo, affidalo a noi”: Procedura di presa in carico, assistenza e cura del neonato abbandonato. - Teme n. 4 – Aprile 2007

“Il Rischio in sala Operatoria”: Definizione di indicatori di sicurezza e buone prassi di igiene per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica (IFC)  
Giornale Italiano di Infezioni Ospedaliere – Anno di pubblicazione 2007

“Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico” - un approccio multidimensionale che permette di stratificare il rischio clinico per singolo processo e/o attività avvalendosi di flussi informativi costruiti ad hoc -  
Teme - Anno di pubblicazione 2007 n. 9

“L’accreditamento Istituzionale nella Regione Lazio: l’esperienza della ASL Roma B” –

SiTi - Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica – Anno di pubblicazione 2007 pag. 321

“Promozione dell’appropriatezza organizzativa della rete assistenziale non ospedaliera nell’ASL RMB” –

SiTi - Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica – Anno di pubblicazione 2007 pag. 317

“Qualificazione dell’attività ambulatoriale: gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali nella ASL RMB – anno 2006”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica – Anno di pubblicazione 2007 pag. 316

“Utilizzazione dei dati correnti e del sistema informativo aziendale per l’analisi dei bisogni di salute della popolazione assistita – esperienza di una ASL romana”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica – Anno di pubblicazione 2007 pag. 313

“ Il Sistema Informativo Aziendale come punto d’osservazione privilegiato per lo studio dei bisogni sanitari della popolazione residente”

Quaderni CARD 8 – Congresso Nazionale CARD – Anno di pubblicazione 2007 pag. 301

“L’implementazione della comunicazione interna per una governance dei percorsi di salute partecipata e condivisa da tutti gli attori”

Quaderni CARD 8 – Congresso Nazionale CARD – Anno di pubblicazione 2007 pag. 300

“La casa di prossimità come coerente risposta alla continuità assistenziale: il progetto della ASL RMB”

Quaderni CARD 8 – Congresso Nazionale CARD – Anno di pubblicazione 2007 pag. 329

“Analisi dell’assistenza specialistica ambulatoriale nella ASL Roma B” – Congresso Nazionale SiTi Anno di pubblicazione 2008 pag. 451



## CURRICULUM VITAE

“Descrizione del percorso di nascita: il ruolo dei sistemi informativi delle Aziende Sanitarie Locali”

Congresso Nazionale SiTi – Anno di pubblicazione 2008 pag. 390

“Preso in carico, assistenza e cura del neonato abbandonato”

Volume *La Direzione Sanitaria per la creazione del valore* – 34° Congresso ANMDO - Anno di pubblicazione 2008 pag. 197

“Aspetti dello stato di salute della popolazione immigrata residente in una Asl romana (Asl Roma B). Utilizzazione dei sistemi informativi correnti per il calcolo di indicatori specifici”

Quaderni CARD 9 – Congresso Nazionale CARD - Anno di pubblicazione 2009 pag. 204

“L’Assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento nei residenti della ASL ROMA B: analisi del case mix, dell’incidenza e delle modalità di erogazione”

Quaderni CARD 9 – Congresso Nazionale CARD - Anno di pubblicazione 2009 pag. 205

“La reinternalizzazione dei servizi in sanità. L’esperienza dell’AOU di Trieste e nella ASL RMB”

Mecosan n. 71 – luglio-settembre 2009 – pag. da 151 a pag. 157

“La mortalità evitabile nella ASL Roma B” – SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica –

Anno di pubblicazione 2009 pag. 458

“Costruzione e sperimentazione di un set di indicatori per la valutazione dei bisogni sanitari e della performance dei distretti della ASL Roma B”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Anno di pubblicazione 2009 pag. 506

“Miglioramento dell’appropriatezza organizzativa: impatto dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi sui ricoveri ospedalieri”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Anno di pubblicazione 2009 pag. n. 532

“Evacuazione programmata di un ospedale romano. Il ruolo del Pronto Soccorso”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Anno di pubblicazione 2009 pag. n. 537

“La valutazione dell’attività erogata dalle strutture ambulatoriali provvisoriamente accreditate afferenti al territorio della Azienda USL Roma B”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Anno di pubblicazione 2009 pag. 542

“Piano di evacuazione di un intero ospedale romano per ritrovamento di un ordigno bellico”

SiTi – Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Anno di pubblicazione 2009 pag. 557

## CURRICULUM VITAE

	<p>“Spunti di riflessione sul management della sanità penitenziaria: il caso di “Rebibbia” - Asl Roma B” Mecosan n. 72 – Ottobre-Dicembre 2009 – pag. da 63 a pag. 88</p> <p>“Costruzione di un set di indicatori per la valutazione dei bisogni sanitari e della performance dei distretti” Igiene e Sanità Pubblica – Volume LXVI – n. 2 – Marzo / Aprile 2010 – da pag. 215 a pag. 228.</p> <p>“Razionalizzazione del Sistema di offerta ospedaliera APA e PAC – Il Caso della ASL Roma B” – MG Rizzo, F. Degrassi, A. D’Urso, P. Longo, M. Piccini, G. Punticchia – Mecosan n. 75 – 2010 pp. 119 . 131.</p> <p>“Governare Clinico connesso con il Controllo di Gestione” F. Degrassi, S. Giorni, T. Salerno – Frammenti n. 17 – 18 – Marzo/Giugno 2011 – pp 46. 47. 48.</p> <p>“Le urgenze di laboratorio tra TAT, appropriatezza e qualità: un percorso riorganizzativo” C. Scapellato- F. Degrassi - ESA DIA -pp.26-34- luglio 2012</p>
<b>Autovalutazione delle conoscenze</b>	<p><u>Convegno FIASO – “il governo del territorio delle Aziende Sanitarie: risultati dal laboratorio di ricerca FIASO” – Roma 10 luglio 2008</u></p> <p>Momento di confronto condiviso tra 13 ASL partecipanti al fine di <i>investigare</i> il senso proprio del territorio, confrontare i diversi modelli adottati, focalizzare i rapporti e relazioni esistenti all’interno del sistema sanitario e fra il sistema sociale e quello sanitario, definire elementi oggettivi o parametri di confronto, utilizzare i risultati conseguiti a livello aziendale per riorientare le risorse.</p> <p>Contributo della AUSL ROMA B – Regione Lazio – Laboratorio FIASO “Domanda Aggregata” Forme di centralizzazione degli acquisti da parte delle Aziende USL e Ospedaliere del Lazio in relazione ai beni e servizi.</p> <p><u>XXX Seminario dei Laghi 9-11 ottobre 2008 Gardone Riviera</u></p> <p>Tradizionale Seminario dei Laghi organizzato dalla Fondazione Smith Kline. Seminario sul tema “Il sistema di governo delle Aziende sanitarie”. Funzione strategica di governo delle attività operative dei servizi sanitari finalizzata a garantire l’assistenza e l’appropriatezza delle prestazioni ai cittadini.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Incontro con numerosi esperti e studiosi per tentare di ricercare il massimo della chiarezza su importanti temi:</li><li>- separazione tra i compiti di direzione politica e quelli di direzione amministrativa;</li><li>- attenuazione del principio del controllo preventivo di legittimità sugli atti dell’amministrazione il parallelo avanzare del principio del controllo successivo dei risultati;</li><li>- la rimozione degli incarichi di dirigenza in caso di esito negativo della gestione;</li><li>- adeguamento della organizzazione dei servizi all’esigenza dei cittadini in un quadro di ricerca ed economicità, della speditezza e della rispondenza al pubblico interesse dell’azione amministrativa.</li></ul> <p><u>Incontro Studio “Bilancio di salute o salute di bilancio?” – Roma 4 giugno 2008</u> <u>Accademia Nazionale di Medicina</u></p>

**Presentazione risultati progetto VISA**

Progetto di sviluppo di un pacchetto di indicatori per la Valutazione dell'Impatto sulla Salute delle attività della Aziende Sanitarie Italiane – realizzato con la collaborazione di esperti e un pool di ASL italiane.

Momento di confronto per riflettere su alcune delle questioni più calde per la Sanità in Italia, ossia cosa significhi realmente fare valutazione delle attività della Aziende Sanitarie, come si possa favorire una condivisione delle migliori esperienze, ma soprattutto quali possano essere i criteri più appropriati di misurazione.

Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie – Bologna 25 e 26 febbraio 2008

Conferenza promossa dal Ministero della Salute e organizzata in collaborazione con la regione Emilia Romagna.

Momento di riflessione sull'importanza dell'assistenza primaria per garantire servizi sanitari di qualità integrati con il più ampio sistema di welfare. In particolare la riflessione ha riguardato le esperienze di rinnovamento dell'assistenza sanitaria compiuta nel nostro paese per trovare il modo di renderle coerenti con gli interventi di assistenza sociale.

Tavolo Permanente di Lavoro Innovazione in Sanità - febbraio 2009

Il Dipartimento Innovazione e Tecnologie del Ministero per la pubblica amministrazione e l'Innovazione ha riconosciuto il Tavolo Permanente, di cui anche la scrivente fa parte, organizzato con FederSanità ANCI, come un punto di osservazione privilegiato circa l'innovazione in Sanità .

Alcune delle indicazioni contenute nella versione definitiva del documento finale di Venezia, emendato dai DG in forma collaborativa attraverso la rete, sono state recepite nel Piano e-gov 2012 del Ministro Brunetta, che contiene anche un esplicito riferimento ai bisogni espressi direttamente dai Direttori Generali.

Convegno FIASO – “il governo del territorio delle Aziende Sanitarie: risultati dal laboratorio di ricerca FIASO” – Milano 23 giugno 2009

Incontro organizzato da FIASO durante il quale sono stati illustrati i risultati del 2° step del Laboratorio “Governo del Territorio”, che rappresenta il proseguimento del percorso intrapreso da FIASO (luglio 2008) nella quale è stata analizzata la distribuzione delle risorse nei differenti ambiti di attività territoriale, correlandoli tra loro utilizzando indicatori di struttura e attività attraverso una metodologia condivisa dalle 13 ASL partecipanti. Nella seconda fase di attività del Laboratorio FIASO sono stati presentati i risultati dell'analisi sull'organizzazione dell'assistenza, l'integrazione delle cure tra i professionisti e la continuità assistenziale. Inoltre è stata avviata una riflessione sul processo di riqualificazione delle spesa sanitaria entrando nel merito dei temi della misurazione della spesa e della valutazione dell'integrazione delle cure.

Tavolo sulla sostenibilità del Sistema Sanitario – Ottobre 2009

Iniziativa di FORUM PA in collaborazione con FEDERSANITA' Anci e FIASO, partecipazione al Gruppo di Lavoro “Misurazione, valutazione e accountability nelle aziende Sanitarie e ospedaliere” del Tavolo sulla sostenibilità del sistema

	<p>sanitario. L'obiettivo di questo Gruppo di Lavoro è redigere un documento di analisi e proposte da portare alla politica nazionale.</p> <p><b>Metodi di gestione più conosciuti e già sperimentati nell'ambito della propria attività</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>funzione di produzione</i>: attraverso obiettivi che misurano la capacità di garantire servizi e prestazioni assistenziali centrati sul bisogno della persona;</li> <li>- <i>funzione di committenza</i>: attraverso la definizione dei servizi necessari (qualità e quantità delle prestazioni o attività necessarie per affrontare le patologie prevalenti) per rispondere adeguatamente ed in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione;</li> <li>- <i>Piani di integrazione Ospedale – Territorio</i></li> <li>- <i>governo economico</i>, attraverso obiettivi che misurano la capacità di rispettare il principio di economicità</li> <li>- <i>governo dei processi e dello sviluppo</i>: attraverso obiettivi che misurano la capacità di gestire i processi sanitari e programmare le proprie politiche di crescita, mantenendo elevati livelli di efficienza.</li> <li>- Centralizzazione degli acquisti</li> <li>- Gestione dei ricoveri per Aree, informatizzazione dei dati relativi all'accettazione, preospedalizzazione, camera operatoria, ricoveri, esami diagnostici.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contabilità analitica</li> <li>- Sistemi informatici</li> <li>- Sistema Informativo Sanitario Regionale</li> <li>- Flussi Sanitari Sistema Informativo Ospedaliero</li> <li>- Flussi Sanitari Sistema Informativo Assistenza Specialistica</li> <li>- Flussi Sanitari Sistema Informativo Epidemiologico Sanitario</li> <li>- Flussi Sanitari Sistema Informativo Assistenza Riabilitativa</li> <li>- Approfondita conoscenza di modelli e sistemi regionali diversi</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Volontariato</b></p>	<p>Fin dal conseguimento della Laurea si è sempre occupata della problematica del cancro della mammella fondando il 26/06/1983 il Comitato Riabilitazione Mastectomizzate, oggi A.N.D.O.S. (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno) Comitato di Roma.</p> <p>Nel 2001 al 2012 è stata Coordinatrice Nazionale dell'A.N.D.O.S. onlus Nazionale, incarico di coordinamento che prosegue ad oggi, i Comitati da coordinare sono cinquantasette in tutt'Italia. Da aprile 2012 è Presidente nazionale dell'Associazione.</p> <p>Dal momento della fondazione (novembre 1996) per due mandati triennali è stata membro del Consiglio Direttivo del Forum Italiano di Europa Donna, Movimento di Opinione europeo che riunisce le associazioni di volontariato che si occupano di cancro della mammella. Per Europa Donna ha curato la parte normativa occupandosi delle modifiche legislative da chiedere alle Parlamentari italiane di Europa Donna Parlamento.</p>

## CURRICULUM VITAE

Membro della Commissione O.N.D.A. (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna) per l'analisi delle strutture ospedaliere a dimensione donna, per l'assegnazione dei "bollini rosa" nei progetti Ospedale Donna.

---

Membro del Comitato Esecutivo della F.A.V.O., Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia – Onlus, eletta per il triennio 2010-2012.