



Deliberazione n. 304 del 18 DIC. 2014

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F. e P.I. 04733491007

STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE GENERALE

OGGETTO: Parziale modifica della deliberazione n. 677 del 12/11/2014 avente ad oggetto "Decreto del Commissario ad Acta n. U00251 del 30 luglio 2014: proposta Piano Strategico Aziendale 2014-2016".

L'estensore

(Dr.ssa Cristina Vio)

Parere del Direttore Amministrativo f.f. : Dr. Filippo Coiro

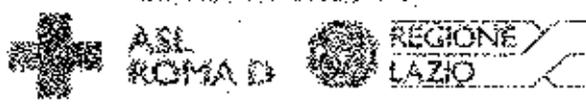
Favorevole Non favorevole (con motivazioni allegata al presente atto)

firma data

Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Flavia Simonetta Pirola

Favorevole Non favorevole (con motivazioni allegata al presente atto)

firma data

	Deliberazione n. 676 del 10 DIC. 2014	Pagina 1 di 2
---	--	-------------------------

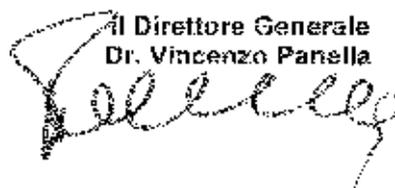
IL DIRETTORE GENERALE

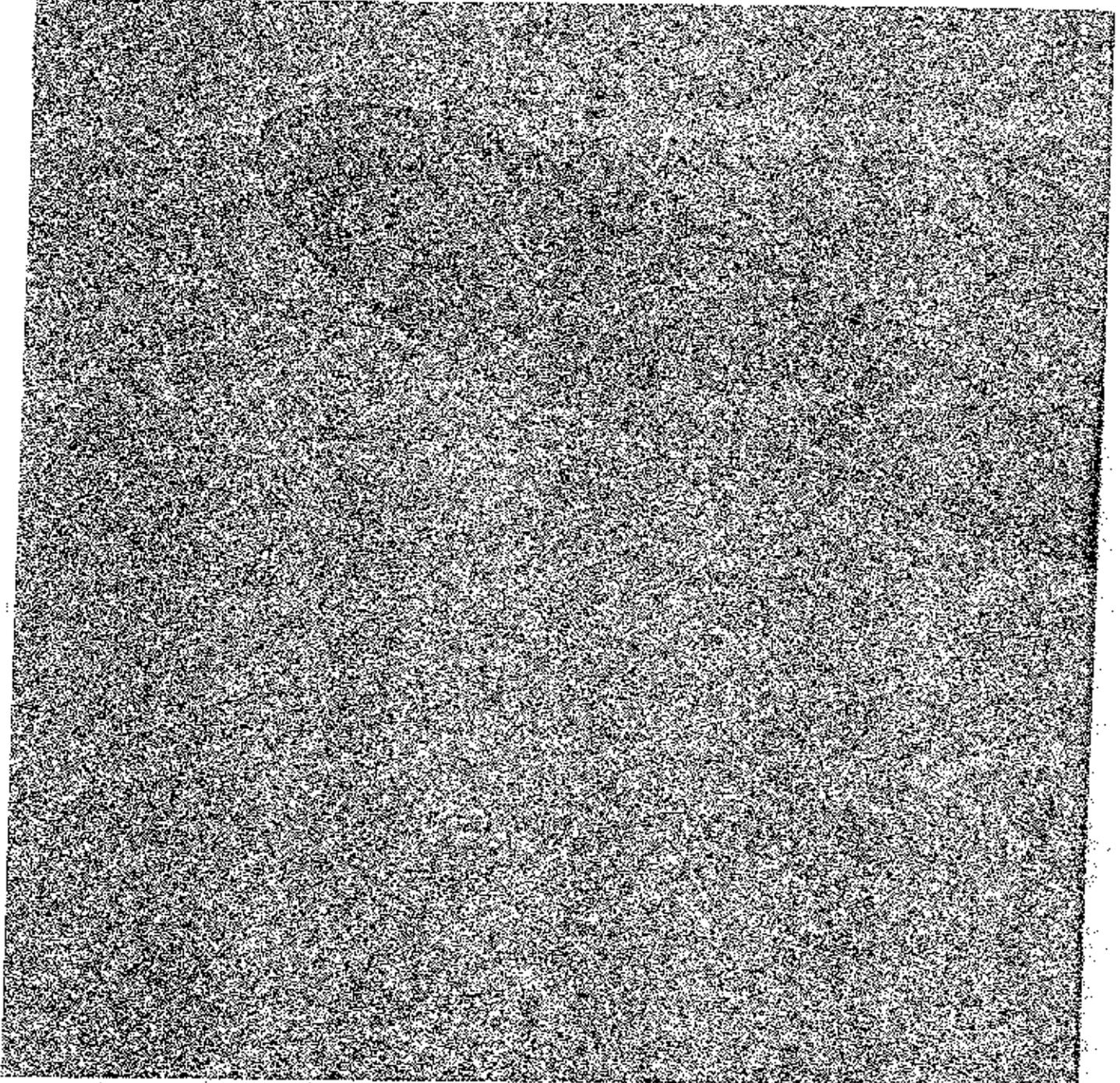
- VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00032 del 30.01.2014 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma D);
- VISTA** la propria deliberazione n. 1 del 12.02.2014;
- PREMESSO** che con deliberazione n. 677 del 12/11/2014 è stata approvata la proposta di Piano Strategico Aziendale, ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. U00251 del 30 luglio 2014;
- che con nota prot. 95224 del 14/11/2014 la citata deliberazione 676/2014 è stata trasmessa al competente Ufficio Regionale;
- CONSIDERATO** che, per mero errore materiale, non è stato inserito l'allegato 1 "Proiezione CE 2014 – 2016 con dettaglio";
- RITENUTO** pertanto, doversi procedere alla parziale modifica del Piano Strategico Aziendale inserendo, a pag. 80 la citazione "In allegato 1 è indicata la previsione CE 2014-2016 con dettaglio" ed a pag. 114 l'allegato 1 "Proiezione CE 2014 – 2016 con dettaglio";
- RITENUTO** infine di dover annullare l'allegato alla deliberazione n. 677 del 12/11/2014 ed approvare il nuovo Piano Strategico Aziendale, parte integrante del presente provvedimento;
- VISTO** il parere del Direttore Amministrativo f.f. e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, L. 241/90;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non è sottoposto a controllo regionale ai sensi del combinato disposto dall'art. 30 della L.R. 18/94 e successive modificazioni e dagli artt. 21 e 22 della L.R. 45/96 e s.m.i.;

DELIBERA

Per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente riportati:

- di modificare parzialmente la deliberazione n. 677 del 12/11/2014 avente ad oggetto "Decreto del Commissario ad Acta n. U00251 del 30 luglio 2014: proposta Piano Strategico Aziendale", inserendo a pag. 80 la citazione "In allegato 1 è indicata la previsione CE 2014-2016 con dettaglio" e inserendo a pag. 114 l'allegato 1 "Proiezione CE 2014 – 2016 con dettaglio";
- approvare, conseguentemente, il nuovo Piano Strategico Aziendale che annulla e sostituisce il precedente;
- di trasmettere tale documento alla Regione Lazio.

Il Direttore Generale
Dr. Vincenzo Panella




PIANO STRATEGICO 2014-2016

ASL ROMA D

INDICE DEL DOCUMENTO

1. INTRODUZIONE	5
1.1 Lo scenario di riferimento	5
1.2 La pianificazione strategica	6
1.3 La metodologia di lavoro adottata	8
2. ANALISI DEL CONTESTO	9
2.1 L'ambiente esterno	9
Quadro socioambientale	9
Quadro epidemiologico	15
2.2 L'ambiente interno : il contesto aziendale	16
Risorse umane disponibili	16
Sistema organizzativo	16
Assistenza ospedaliera	19
Mobilità in uscita intra ed extraregionale	22
Presidi ospedalieri a gestione diretta	31
Pronto soccorso e percorso dell'emergenza	35
Cure primarie	36
Accesso alle prestazioni e contenimento delle liste d'attesa	40
Assistenza domiciliare	41
Assistenza residenziale e semiresidenziale	42
Assistenza materno infantile	43
Assistenza farmaceutica	45
Assistenza e cura delle dipendenze	47
Salute mentale	48
Prevenzione	51
2.3 Livelli essenziali di assistenza	53
2.4 Programma regionale di valutazione degli esiti	55
Mortalità a trenta giorni post infarto miocardico acuto	56
Tempi di attesa per intervento colto del femore	58
2.5 Situazione economico finanziaria	60
2.6 In sintesi: la matrice SWOT	61
3. LA MISSION AZIENDALE E LE TRAIETTORIE DI CAMBIAMENTO	63
3.1 La missione dell'azienda	63
3.2 Le traiettorie di cambiamento	63
4. LA SOSTENIBILITA' DEI Sistema	66
4.1 La sostenibilità sociale: trasparenza e contrasto alla corruzione	66
Rafforzamento della funzione del controllo di gestione	67
Miglioramento dell'efficienza nei meccanismi di scelta dei fornitori	68
Sviluppo della formazione e della qualificazione del personale	68
Disponibilità, circolarità e accessibilità massima delle informazioni disponibili	69
4.2 la sostenibilità organizzativa e la valorizzazione del merito	69

Le professioni sanitarie	69
Valutazione e merito	72
4.3 la sostenibilità tecnologica	73
Il ruolo dell' ICT per la sostenibilità, la trasparenza e l'innovazione	73
L'eHealth come soluzione a supporto della sostenibilità e dell'innovazione nelle cure primarie	76
4.4 la sostenibilità Economico-finanziaria	79
Il quadro delle compatibilità economiche	80
Le schede di attività in incremento e decremento	81
5. LE PRIORITA' STRATEGICHE	83
5.1 CURE PRIMARIE, RETI TERRITORIALI e integrazione sociosanitaria	83
L'assistenza territoriale e sociosanitaria, la medicina generale ed i PUA: iniziativa, accessibilità e continuità	83
Azioni specifiche	84
Responsabilità esecutiva	89
Impatto atteso	89
La rete dell'assistenza materno infantile: accessibilità, accompagnamento e prevenzione	89
Azioni specifiche	89
Responsabilità esecutiva	91
Impatto atteso	91
La rete dei servizi di salute mentale: presa in carico, appropriatezza, autonomizzazione	92
Azioni specifiche	92
Responsabilità esecutiva	94
Impatto atteso	94
5.2 RETE OSPEDALIERA	95
Assistenza ospedaliera e emergenza-urgenza: sinergia, tempestività ed innovazione	95
Azioni specifiche	96
Responsabilità esecutiva	100
Impatto atteso	100
5.3 PREVENZIONE	101
I servizi di prevenzione: educazione, empowerment e sicurezza	101
Azioni specifiche	101
Responsabilità esecutiva	103
Impatto atteso	103
5.4 TECNOSTRUTTURE	104
L'area amministrativa: efficienza, valorizzazione e produttività	104
Azioni specifiche	104
Responsabilità esecutiva	106
Impatto atteso	106
L'area di supporto strategico: informatizzazione, direzionalità e accountability	107
Azioni specifiche	107
Responsabilità esecutiva	109
Impatto atteso	109
6. LA FASE DI IMPLEMENTAZIONE DELLE STRATEGIE	110

6.1 La centralità dei professionisti in azienda	116
6.2 Il ciclo delle performance e controllo strategico	110
6.3 L'attività di programmazione e controllo	111
ALLEGATO 1: Proiezione CE 2014-2016 con dettaglio	114
ALLEGATO 2: GLI OBIETTIVI 2014-16 DEL CICLO DELLE PERFORMANCE	115
RINGRAZIAMENTI	119

1. INTRODUZIONE

1.1 LO SCENARIO DI RIFERIMENTO

La Regione Lazio ha attuato un processo di pianificazione al fine di definire l'indirizzo strategico e fissare gli obiettivi di breve e medio periodo del Servizio Sanitario Regionale. Tale processo è avvenuto con la definizione dei nuovi Programmi Operativi 2013-2015, adottati con il DCA 247/2014 (Decreto del Commissario ad Acta), a salvaguardia degli obiettivi strategici di rispetto dell'erogazione dei fabbisogni sanitari (LEA, Livelli Essenziali di Assistenza) e nel contempo, di garanzia di rientro dai disavanzi nel settore sanitario.

La Asl Roma D ha redatto pertanto il proprio Piano Strategico nel presente documento, in coerenza e nel rispetto delle previsioni contenute in detti Programmi Operativi, ma anche in funzione degli obiettivi di contratto e di budget assegnati al Direttore Generale e secondo le indicazioni contenute nel DCA 251/2014 (Linee di indirizzo per la stesura del Piano Strategico).

L'attività di programmazione della Asl Roma D prende inoltre mosse anche dalla consapevolezza che il sistema sanitario sta vivendo un momento di profondo cambiamento, con spinte esogene ed endogene che producono nuovi fabbisogni gestionali rispetto al passato, tra le quali:

- il progressivo invecchiamento della popolazione e un aumento delle malattie croniche e delle potenziali condizioni di fragilità e non autosufficienza che comportano la necessità di sviluppare percorsi clinici per le principali patologie e di adottare modelli integrati di presa in carico - superando il modello tradizionale di organizzazione centrata sull'ospedale e sulle specialità medico chirurgiche a favore di modelli che favoriscono la presa in carico complessiva del paziente preferibilmente a domicilio (o comunque extraospedaliera) e la multidisciplinarietà/multidimensionalità - al fine di aumentare l'appropriatezza del "setting" assistenziale e garantire l'equità nell'accesso ai servizi;
- la presenza di sempre più forti vincoli di spesa che da un lato impongono di definire ed esplicitare strategie di sviluppo così necessarie per identificare le priorità aziendali su cui concentrare gli investimenti, e dall'altro rendono necessaria un'organizzazione dell'offerta di servizi secondo logiche di rete e il perseguimento di una elevata appropriatezza delle cure;
- l'esigenza di migliorare l'efficienza e la produttività delle risorse, che determina la ricerca di soluzioni nuove nella gestione del personale e degli "asset" produttivi quali strutture fisiche, tecnologie, sale operatorie, posti letto, ambulatori, ecc.;
- i cambiamenti nella demografia professionale, e in particolare l'invecchiamento e la sempre maggiore femminilizzazione dei professionisti e dei lavoratori sanitari e la ridefinizione dello "skill mix", che determinano nuove sfide per chi è chiamato a organizzarne il lavoro;
- la necessità di dare piena risposta alla domanda dei cittadini del territorio di riferimento, che richiede di comunicare in maniera coerente il proprio portafoglio di attività alla cittadinanza e di essere in grado di rendere conto dei risultati conseguiti.

Alla luce di questi nuovi fabbisogni si rende necessaria un'attenta attività di pianificazione che tenga conto delle potenzialità e delle aree di criticità interne, nonché delle esigenze ed opportunità collegate all'ambiente esterno in cui si opera e identifichi le traiettorie e le linee di sviluppo strategico di medio termine verso cui orientare le priorità di investimento, le scelte di organizzazione del lavoro e l'attività gestionale dell'azienda e delle sue diverse articolazioni.

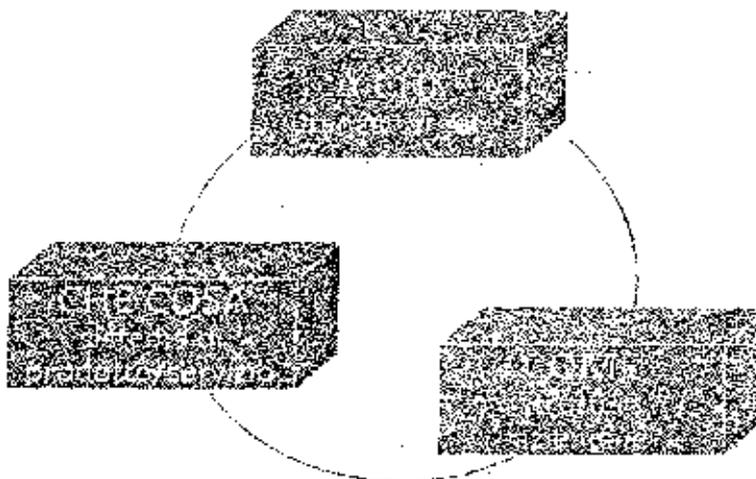
In questo modo sarà possibile avviare un cambiamento che non sia una semplice "manutenzione straordinaria", bensì una più profonda riconfigurazione del modo di funzionare dell'organizzazione, ispirata ai più moderni paradigmi dell'assistenza ospedaliera e territoriale.

1.2 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

La pianificazione strategica è l'insieme di processi decisionali che consentono di definire le finalità istituzionali e gli obiettivi di lungo periodo di un'azienda, e di adottare piani di azioni funzionali al raggiungimento di questi obiettivi. Tale attività non può prescindere dall'analisi dell'ambiente istituzionale in cui si opera, sia nelle sue componenti interne che esterne. Interne, ossia nella composizione strutturale del personale, nelle conoscenze e competenze possedute, nelle modalità organizzative adottate, nei rapporti di forza e/o collaborazione con le rappresentanze dei lavoratori. Esterne, determinate dallo stato di salute della popolazione nelle sue componenti epidemiologiche e sociali, ma anche dai portatori di interesse presenti sul territorio, quali i Sindaci, le organizzazioni ed associazioni dei pazienti e dei cittadini, le organizzazioni dei professionisti, l'industria farmaceutica e sanitaria nel suo complesso, i fornitori di beni e servizi, le organizzazioni di categoria che operano sul territorio e che per molteplici aspetti entrano in contatto con l'azienda Asl.

Lo "spazio strategico" consiste in quella sfera di azione e di discrezionalità, in parte definita dal contesto e in parte negoziabile e quindi estendibile, in cui l'azienda ha possibilità di svolgere la propria attività di programmazione. In un'azienda sanitaria pubblica tutto ciò assume una rilevanza e una complessità del tutto particolari, dal momento che nell'identificazione degli obiettivi, nella scelta delle modalità con cui perseguirli e nel rapporto con l'ambiente di riferimento diviene necessario contemperare le esigenze di una pluralità di portatori di interesse (pazienti, cittadini, Enti Locali, altre aziende private e non profit, associazioni, dipendenti, ecc.). Il processo di pianificazione viene così a rappresentare uno snodo delicato in cui le priorità politiche, la razionalità economico/organizzativa e l'esigenza di rispettare il quadro delle regole normative e istituzionali devono venire ad una sintesi. Da un punto di vista operativo, l'attività di pianificazione in un'azienda sanitaria si può vedere come costituita dai tre mattoni fondamentali riportati in Figura 1.

Figura 1. Le domande della pianificazione strategica.



Essi sono:

- la scelta del mix di prodotti/servizi da produrre/erogare, in risposta alla domanda su "che cosa" vogliamo offrire;
- la scelta dei bisogni prioritari a cui dare risposta, in risposta alla domanda "a chi" e di conseguenza l'identificazione del target di utenza;
- la scelta delle modalità organizzative con cui realizzare tali attività, cioè il "come".

Ulteriore dimensione, che assume particolare rilevanza in aziende diffuse su un territorio come - per l'appunto - l'Azienda Sanitaria Locale ASL Roma D, è quella della domanda "dove", ovvero la scelta di localizzazione dei punti di erogazione dei servizi.

I documenti di pianificazione strategica rappresentano gli strumenti che supportano questi processi decisionali, e al contempo ne consentono l'esplicitazione e la formalizzazione. Di conseguenza gli obiettivi di un piano strategico non possono che essere molteplici, in quanto tale strumento:

- esplicita ragion d'essere, identità e valori di riferimento dell'azienda, ovvero il motivo - o i motivi - per cui un'azienda sanitaria intende proporsi all'utenza (ad es. il livello delle tecnologie offerte, o la professionalità degli operatori a tutti i livelli, o la capacità di garantire servizi alle fasce più deboli, o l'integrazione tra ricerca e assistenza, o la capacità di offrire una presa in carico e l'attenzione alla risoluzione dei problemi del paziente);
- è il punto di riferimento per le decisioni, in quanto l'azienda si organizza e attrezza gli opportuni strumenti di assegnazione degli obiettivi e rilevazione delle performance attorno alle priorità individuate;
- rappresenta un patto tra i diversi attori aziendali, in cui ognuno si impegna a contribuire secondo il proprio ruolo e possibilità agli obiettivi comuni;
- è, infine, lo strumento di comunicazione istituzionale tra l'azienda, la Regione e gli interlocutori esterni, in cui si dà conto della direzione intrapresa, si fissano i traguardi che l'azienda intende raggiungere e gli strumenti per monitorarne il raggiungimento.

E' alla luce di tale "framework" di riferimento che la ASL Roma D ha inteso l'attività di pianificazione strategica ed il processo di redazione del presente Piano Strategico Triennale e lo ha sviluppato attorno a quattro pilastri fondamentali o, se si preferisce, quattro "parole chiave" quali:

- a) la "presa in carico", del paziente nelle cure primarie e nella rete territoriale;
- b) l'"intensità di cura", nella riorganizzazione ospedaliera;
- c) il "tenersi in salute", nella prevenzione e per gli stili di vita;
- d) la "sostenibilità del sistema" nella gestione amministrativa.

Il documento si sviluppa così: anzitutto viene presentata un'analisi ambientale, strumento essenziale per fare una diagnosi del contesto di riferimento, della domanda attuale e potenziale di servizi, della rete degli attori istituzionali o dei portatori di interesse, così da evidenziare e prevedere le principali opportunità e minacce. Ad essa fa seguito un'analisi di sintesi dell'azienda, in termini di risorse, assetto organizzativo e attività erogate. Tale sezione rappresenta un compendio sintetico e completo della ASL Roma D ed offre la possibilità di valutare le capacità produttive e tecnologiche, gli assetti organizzativi e la gestione delle risorse umane dell'azienda, superando la frammentazione delle informazioni che ha caratterizzato in passato l'organizzazione. Il tutto è finalizzato ad identificare le competenze e le capacità distintive nonché

le aree di criticità e miglioramento. In seguito vengono presentate la "mission" e le linee di cambiamento strategico dell'azienda e quindi le azioni e le priorità suddivise per macro - aree di intervento. Il documento illustra poi una stima delle conseguenze economiche di alcune delle azioni strategiche identificate, quelle che danno origine a variazioni economiche, e si sofferma sulle modalità con cui la pianificazione strategica si raccorda con l'attività di programmazione e controllo.

1.3 LA METODOLOGIA DI LAVORO ADOTTATA

La redazione del piano strategico si è sviluppata secondo due principali metodologie di lavoro quali il rispetto delle indicazioni regionali contenute nei diversi DCA di riferimento (stile "top-down") ed i suggerimenti provenienti dagli operatori sanitari stessi, coinvolti attraverso la costituzione di gruppi di lavoro interni (stile "bottom-up").

Per il primo asse metodologico, oltre a tener conto di quanto contenuto nel "Nuovo Patto per la Salute" tra Governo, Regioni e Province autonome per gli anni 2014-2016 di cui al documento Rep.n. 82/CSR del 10/7/2014, l'attività di redazione del Piano Strategico si è sviluppata in coerenza alle indicazioni regionali dei piani operativi "Adozione Linee Guida Piano Strategico Aziendale" DCA 251 del 30/7/2014 e "Nuovi Programmi Operativi 2013-2015" DCA 247 del 25/7/2014. Si è tenuto conto altresì del DCA 437 del 28/10/2013 "Piano Regionale per il governo delle liste d'attesa"; del DCA 156 del 19/7/2014 "Appropriatezza prescrittiva farmaceutica nella Regione Lazio; del DCA 207 del 20/6/2014 "Piano di riordino dei servizi trasfusionali della Regione Lazio"; del DCA 219 del 2/7/2014 "Riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi pubblici"; inoltre si è tenuto conto degli obiettivi declinati per la ASL Roma D nel DCA 148 del 29/4/2014 e DCA 244 del 25/7/2014 (integrazione del DCA 148 del 29/4/2014), cosiddetti "obiettivi del Direttore generale". Il documento è stato inoltre redatto in coerenza con il redigendo "Atto Aziendale" ed ai DCA ad esso connessi.

Per il secondo asse metodologico, l'Azienda ha attivato un gruppo di lavoro interno multidisciplinare articolato in diversi sotto gruppi per ogni area in cui si identifica il fabbisogno sanitario (assistenza territoriale e distrettuale, prevenzione e stili di vita, assistenza ospedaliera, materno infantile, salute mentale e dipendenze, assistenza ai disabili ed alle fasce deboli della popolazione, tra cui gli stranieri immigrati) ed un ulteriore sottogruppo per la redazione del documento. Questi team hanno lavorato guidati dalla consapevolezza che l'essere chiamati ed il rendersi disponibili alla redazione di un documento di indirizzo strategico di una ASL non è solo una esperienza di "redazione tecnica documentale" ma rappresenta anche una sfida culturale ed un momento in cui "la base", gli operatori in prima persona in questo caso, sono chiamati ad una analisi di contesto, ad una valutazione delle mutazioni ambientali che incidono sulla variazione del rapporto domanda/offerta in cui si è immersi, ad esprimere il proprio punto di vista e le proprie aspettative per la struttura sanitaria a cui si appartiene, nell'ambito della cornice normativa di riferimento. Del Piano Strategico Aziendale, così come previsto dalla norma, si è data informativa alle Organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori, si è sentito il Consiglio dei Sanitari, si è acquisito il parere del Collegio di Direzione e della Conferenza locale per la sanità.

2 ANALISI DEL CONTESTO

2.1 L'AMBIENTE ESTERNO

QUADRO SOCIOAMBIENTALE

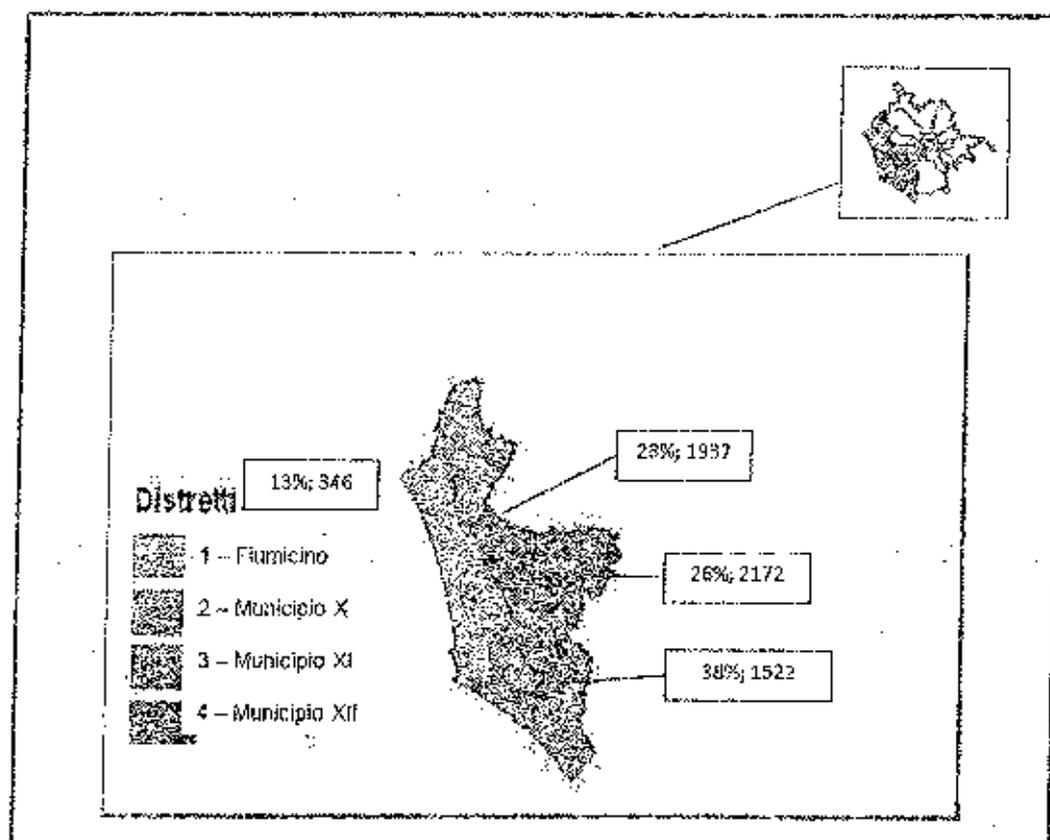
Il territorio dell'ASL Roma D presenta un'estensione complessiva di 517 Km² e copre il territorio dei Municipi X, XI e XII del Comune di Roma e quello del Comune di Fiumicino. Per consuetudine interna che utilizzeremo anche in questo documento, la Asl viene a volte suddivisa in area litoranea o marina ed area interna o romana, comprendente la prima il distretto del comune di Fiumicino ed il distretto del Municipio X (Ostia), la seconda i restanti distretti dei Municipi XI e XII.

La popolazione dei Municipi e del Comune di Fiumicino è costantemente aumentata negli anni passando da 585.094 abitanti nel 2009 a 601.771 del 2013 (dati aggiornati al 31.12 dalle anagrafi comunali), con un incremento complessivo di 16.667 pari a 2.85%. La popolazione totale ISTAT al 1.1.2013 è invece di 550.429 abitanti. Essa è distribuita in maniera disomogenea tra i vari territori di riferimento e con una densità abitativa inversamente proporzionale all'estensione di superficie. Infatti, i territori maggiormente abitati sono quelli dei distretti romani che presentano la minore estensione geografica, con densità di popolazione superiore o di poco inferiore ai 2000 abitanti per Km². Il comune di Fiumicino invece presenta la massima estensione territoriale con più del 40% del territorio Asl, collegata ad una minore popolazione residente da cui deriva una densità di abitanti al Km² di 346, la più bassa. La tabella 1 riporta nel dettaglio i dati sopra riassunti e la figura 2 ne mostra la rappresentazione topografica

Tabella 1: estensione territoriale ASL Roma D, suddivisione per distretti e popolazione residente e densità al Km² (fonte dati Comuni di Roma e Fiumicino al 31.12.2013).

ASL RMD	Distretti	Estensione In km ²	% sul totale	Popolazione residente	% sul totale	Densità al Km ²
	MUNICIPIO X	150.6 km ²	29%	229.267	38%	1522
	MUNICIPIO XI	70.9 km ²	14%	154.613	26%	2172
	MUNICIPIO XII	73.1 km ²	14%	141.594	23%	1937
	COMUNE DI FIUMICINO	222.4 km ²	43%	76.897	13%	346
	TOTALE	517 km ²	100 %	601.771	100%	

Figura 2: illustrazione topografica dei distretti della ASL Roma D con indicata la percentuale di popolazione residente sul totale della popolazione Asl e la densità per Kmq.

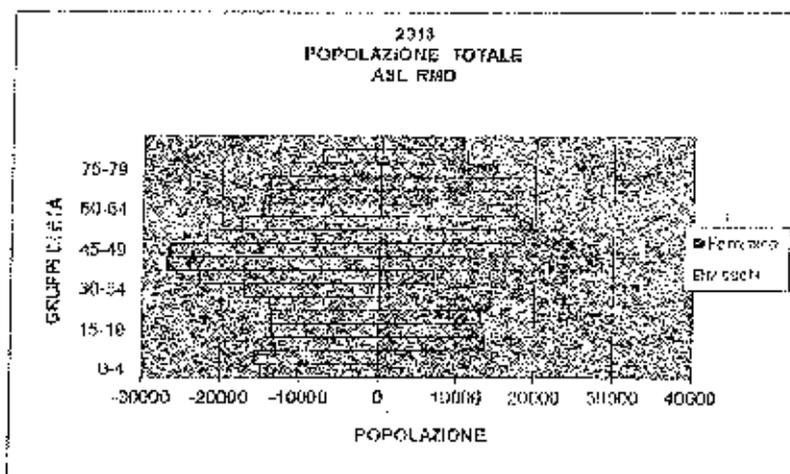


La struttura per età della popolazione mostra una quota significativa di popolazione anziana (20.7% di ultrasessantacinquenni), ma con cifre che non si discostano significativamente dalla media regionale che è pari al 20%. La tabella 2 mostra la distribuzione per classi di età, sesso e distretto della popolazione Asl Roma D, le figure 3 e 4 ne mostrano le piramidi di età corrispondenti).

Tabella 2: distribuzione per classi di età, sesso e per distretto della popolazione Asl Roma D

ETA	MUNICPIO		Municipio 10		Municipio 11		Municipio 12		Totale	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0-14	6.524	6.160	18.474	17.420	10.904	10.151	9.347	8.866	45.239	42.597
15-34	5.653	5.573	15.184	15.266	13.279	9.857	8.928	6.755	41.055	39.880
35-64	20.340	20.573	58.788	61.318	37.278	40.355	32.565	37.577	147.280	160.223
65-74	3.224	3.450	10.734	13.044	7.505	10.203	6.794	9.838	28.557	36.315
75+	2.340	2.923	8.025	11.575	6.711	10.470	6.913	11.629	23.787	36.737
Totale	38.298	38.663	118.215	119.052	72.977	81.038	62.559	77.665	285.895	316.212

Figura 3 : piramide dell'età della popolazione residente sul territorio ASL Roma D.



Dall'analisi della struttura della popolazione e dall'osservazione delle piramidi di età, si evince come all'interno del territorio aziendale si ritrovino caratteristiche demografiche piuttosto disomogenee. Infatti, le aree urbane sono caratterizzate da una popolazione prevalentemente anziana ed in rapido invecchiamento, in particolare per il Municipio XII, la frazione di ultrasessantacinquenni è pari al 24,8% e di questi più della metà (13,2% della popolazione totale del distretto,) hanno più di 75 anni, mentre le aree del litorale hanno un ritmo di crescita demografico più "giovane", con percentuali di popolazione con età inferiore ai 14 anni che superano il 15% e con i tassi di natalità più elevati. La tabella 3 riporta nel dettaglio la suddivisione della popolazione per queste fasce di età ed il numero nuovi nati con relativo tasso di natalità per distretto.

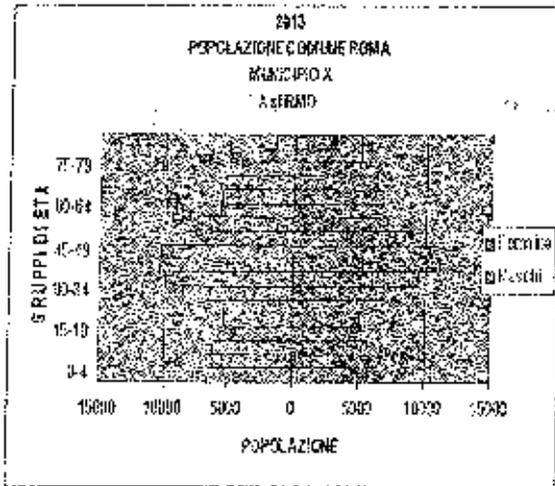
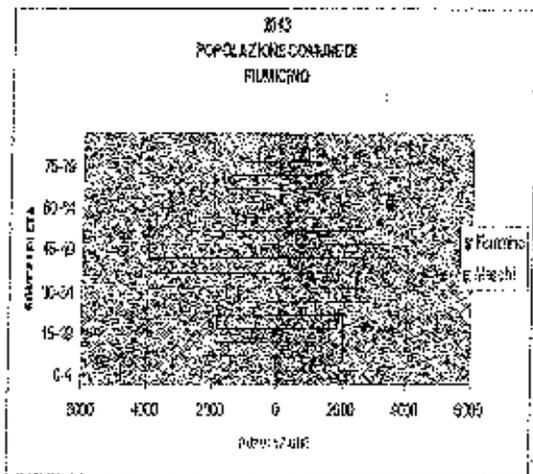
Tabella 3 : proporzioni di popolazione in funzione dell'età nei vari distretti, nuovi nati e tasso di natalità. (Fonte dei dati ibrida: dati di popolazione da anagrafe comuni Fiumicino e Roma; nuovi nati fonte Agenzia Sanità Pubblica. Elaborazione degli indici e tassi effettuata da strutture Asl Roma D)

Municipio	Popolazione totale	Pop. Over 65		Pop. Over 75		Pop. Sotto 14		Nuovi nati anno 2013	Tasso di natalità*
		Numero	%	numero	%	numero	%		
Fiumicino	76897	11005	14,3	5071	6,6	12684	16,5	776	10
Municipio X	229267	43378	18,9	19600	8,5	35894	15,7	2105	9
Municipio XI	154013	35189	22,8	17181	11,2	21055	13,7	1288	8
Municipio XII	141594	35144	24,8	18742	13,2	18233	12,9	1005	7
Totale ASL	601771	124716	20,7	60594	10,1	87866	14,6	5174	8

* numero nuovi nati per 1000 abitanti.

Figura 4 : Piramidi di età delle popolazioni residenti nei singoli Municipi e nel Comune di Fiumicino.

Area Litoranea



Area Romana

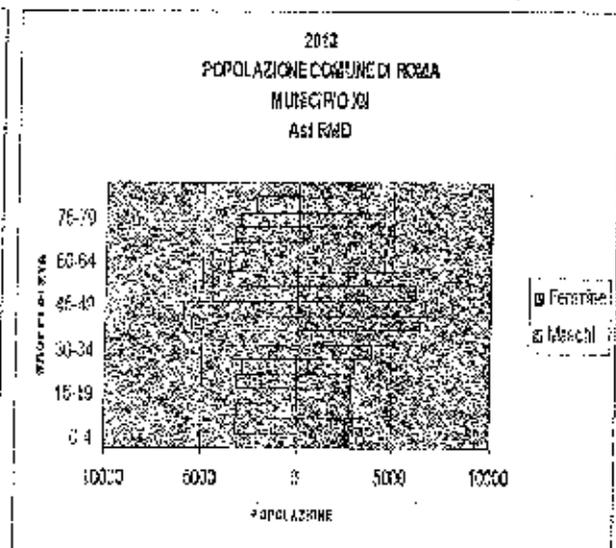
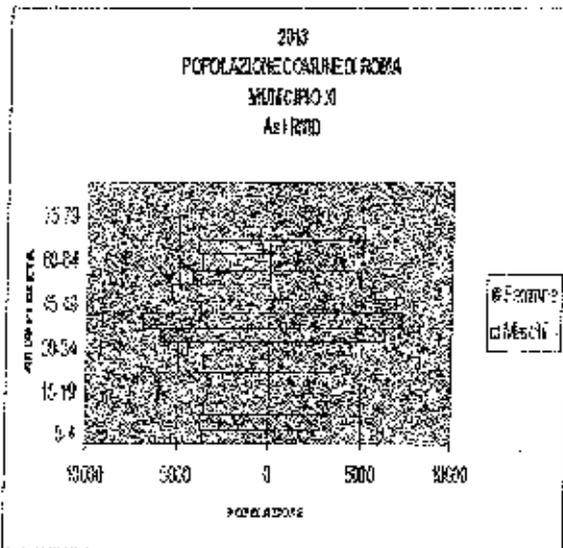


Tabella 4 : indici di vecchiaia, di dipendenza e percentuale di deprivazione ASL Roma D per distretto (dati a provenienza Ibrida : indici di vecchiaia e dipendenza da elaborazione interna; percentuale di deprivazione da Rapporto Istat anno 2010, ultimo disponibile).

Municipio	Indice vecchiaia P > 65 / P < 14 %	Indice Dipendenza P > 65/P 15-65 %	Livello di deprivazione *
Fiumicino	87	17	24
Municipio X	121	23	26
Municipio XI	167	30	6
Municipio XII	193	33	40
Totale ASL	142	26	21

*Indicatore composito ma sintetico che indica il livello di povertà monetaria; valore su 100 residenti.

L'analisi degli indici riportati nella tabella 4 , mostra come l'indice di vecchiaia confermi ulteriormente la vetustà delle popolazioni dei distretti romani ed una maggiore giovinezza dei distretti del litorale; complessivamente tuttavia la ASL Roma D con un indice di vecchiaia di 142, risulta avere un indice inferiore a quello della Regione Lazio e di quello italiano complessivo, che hanno rispettivamente valori di 149 e 151 % (fonte ISTAT, 2010); l'indice di dipendenza mostra come il grado di vetustà "pesi" sulla popolazione attiva, ancora una volta mantenendosi più elevato nei due distretti romani.

Una considerazione a parte merita la valutazione del livello di deprivazione. Questo indicatore sintetico, costruito aggregando il dato per la ASL Roma D a partenza dai dati ISTAT del rapporto annuale 2010 e riportato nel documento DEP Regione Lazio "Salute della Popolazione, efficacia ed appropriatezza delle cure, Ambiente - sez ASL Roma D, a cura del Dipartimento di epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale), rappresenta una misura importante nell'ambito dell'analisi dell'esclusione sociale. A partire da una pluralità di indicatori semplici, riferiti a diverse dimensioni del disagio economico, l'indicatore sintetico fornisce un'utile indicazione sulla diffusione di alcune difficoltà del vivere quotidiano e rappresenta un completamento all'analisi condotta in termini di povertà monetaria (Caranci N. et al. The Italian deprivation index at census block level: definition, description and association with general mortality. Epidemiol Prev 2010; 34(4):167-76).

Come altre dimensioni del disagio, anche la deprivazione mostra una forte associazione con il territorio, la struttura familiare, il livello di istruzione e la partecipazione al mercato del lavoro. Come si può osservare l'area litoranea per questo indicatore anche questa volta mostra una certa omogeneità con valori di 23 e 26, mentre un'abnorme discrepanza di valori si osserva per l'area romana, dove i due municipi presentano i due valori estremi. Il livello di deprivazione è stato calcolato in base ai profili socio economici della popolazione residente nelle sezioni di censimento della Regione Lazio. La percentuale di popolazione con maggior livello di deprivazione è stata definita in base alla distribuzione dell'indicatore a livello regionale (20% più deprivati).

A completamento degli indicatori sopra analizzati, va aggiunto l'indice di fragilità. Questo è costruito tenendo conto di età, genere, stato civile, indicatore socio-economico della sezione di censimento della propria area di residenza, numerosità dei ricoveri ospedalieri e motivo/diagnosi degli stessi (tumori maligni, diabete mellito, malattie del sistema nervoso centrale, malattie ischemiche del cuore, disturbi della conduzione, aritmie cardiache, scompenso cardiaco, altre malattie cardiovascolari, malattie polmonari croniche ostruttive, malattie epatiche, insufficienza renale, disturbi psichici, malattie cerebrovascolari),

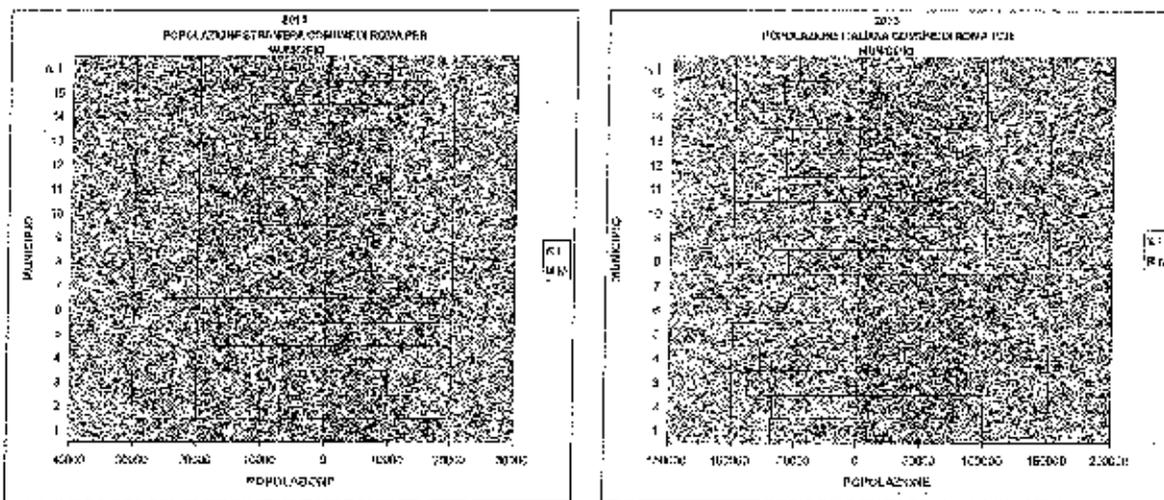
numero di ricoveri per altra causa. La tabella 5, mostra le percentuali di popolazione per genere e per distretto della ASL Roma D che hanno il valore di indice di fragilità superiore al 90° percentile della classe di appartenenza.

Tabella 5: percentuale di popolazione con valore dell'indice di fragilità superiore a quello del 90° percentile della popolazione di riferimento per classe di età, per genere (dati da Comune di Roma).

Indice di fragilità	ASL RM D		Distretto 1		Distretto 2		Distretto 3		Distretto 4	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
65-74	6,0	0,8	7,8	0,5	7,0	0,9	4,5	0,5	4,1	1,1
75-84	5,5	0,5	4,7	0,4	4,1	0,5	3,1	0,4	2,7	0,7
85-94	3,5	0,3	2,8	0,2	2,4	0,3	1,8	0,2	1,6	0,4
95-104	2,5	0,2	1,9	0,1	1,6	0,2	1,2	0,1	1,1	0,3

Un altro aspetto importante da considerare per la ASL Roma D, è l'andamento della presenza della popolazione straniera sul proprio territorio, iscritta in anagrafo e tracciabile nelle strutture sanitarie attraverso una corretta visione dei flussi informativi regionali, sia per la sezione anagrafica, sia attraverso l'assegnazione della tessera STP ed ENI. In questi flussi non è tuttavia contenuta la componente dell'immigrazione irregolare non contemplata neppure nella mobilità internazionale sul nostro territorio. I due grafici della figura 5 mettono a confronto la presenza di immigrati rispetto alla popolazione italiana nei diversi municipi della Città di Roma. Da essi si evince, per quel che riguarda la ASL Roma D, come la numerosità degli immigrati presenti segua sostanzialmente la composizione della popolazione attestandosi in media attorno al 10% della stessa e come sia il Municipio X quello ad avere la maggior presenza numerica di immigrati regolarmente registrati.

Figura 5: Presenza di immigrati e popolazione italiana nei Municipi della Città di Roma.



A completamento dell'analisi sociambientale occorre rilevare come dal punto di vista geografico il territorio della ASL Roma D, veda una distribuzione delle vie di comunicazione a favore di un ampio afflusso presso l'Ospedale Grassi di Ostia anche di pazienti non residenti provenienti da zone litoranee. Infatti, lungo la costa è questo ospedale ad essere il primo raggiungibile per un'ampia fascia costiera di estensione superiore ai limiti della ASL Roma D, avendo a Nord quale primo presidio con caratteristiche simili, il presidio ospedaliero di Civitavecchia ed a sud quello di Anzio. La geografia urbana del centro di Roma

invece rende prossime e facilmente accessibili ai residenti strutture sanitarie pubbliche o private localizzate al di fuori del territorio della ASL.

L'ubicazione sul territorio aziendale dell'aeroporto internazionale di Fiumicino genera un afflusso all'Ospedale di Ostia di pazienti in transito, soprattutto stranieri. La tabella 6 mostra come, a fronte di una riduzione negli anni degli accessi al pronto soccorso dell'ospedale di Ostia per la popolazione residente, gli accessi provenienti dall'aeroporto di Fiumicino, seppur esigui rappresentando meno dell'1%, sono costantemente aumentati e sono passati da 235 nel 2010 a 398 nel 2013 con contemporaneo aumento dei casi ospedalizzati e di quelli trasferiti in altri ospedali.

Tabella 6 : accessi da aeroporto di Fiumicino per il Pronto Soccorso del presidio ospedaliero di Ostia (dati da elaborazione interna da programma GIPSE del pronto Soccorso)

ANNO	Totale Accessi DEA	N. Accessi da Aeroporti Di Roma (a)	%	N. Ricoverati PO G.B. GRASSI (b)	% (b/a)	Di cui trasferiti (c)	% (c/a)
2010	63.927	235	0,37	40	17	16	7
2011	63.808	255	0,40	35	14	19	7
2012	61.889	276	0,45	45	16	19	7
2013	57.043	398	0,70	59	15	35	9

QUADRO EPIDEMIOLOGICO

La speranza di vita alla nascita per i residenti nella Provincia di Roma è pari a 79,1 anni per gli uomini e 83,9 anni per le donne (dato complessivo della provincia di Roma) e l'età media è pari a 43 anni.

Nella ASL Roma D il tasso di mortalità per i maschi è di 9 e per le donne di 8,4, entrambi inferiori rispetto ai rispettivi tassi regionali, per gli uomini di 9,4 e per le donne di 9,1.

Tra le principali cause di morte per i residenti ASL Roma D si ritrovano i tumori (38% uomini, 30% donne) e le malattie cardiovascolari (40% donne, 34% uomini). I confronti con la regione evidenziano un eccesso significativo di mortalità in entrambi i sessi per le malattie infettive (epatite virale), e nelle donne per tumore del polmone. I dati aziendali relativi alle esenzioni mostrano come vi siano oltre 42.000 pazienti esenti per ipertensione, 27.000 esenti per diabete mellito, 26.000 per neoplasie, 22.000 per affezioni del sistema circolatorio. I dati epidemiologici relativi alla BPCO invece (con un tasso standardizzato per 1000 residenti pari a 96) presentano una prevalenza di poco inferiore alla media regionale (pari a 101).

2.2 L'AMBIENTE INTERNO : IL CONTESTO AZIENDALE

RISORSE UMANE DISPONIBILI

Il personale dipendente della ASL Roma D al 31/8/2014 era pari a 2.278 unità, divise tra 602 dirigenti e 1676 appartenenti al comparto. La tabella 7 illustra il dettaglio della ripartizione. Ad essi si aggiungono 318 unità di personale convenzionato, suddivisi tra 85 medici di Continuità Assistenziale, 211 specialisti ambulatoriali e 72 medici medicina servizi.

Tabella 7: dotazione di personale della Asl Roma D al 31.8.2014

Personale dipendente	Agosto 2014			Dicembre 2013		
	Dirigenza medica	Dirigenza non medica	Comparto	Dirigenza medica	Dirigenza non medica	Comparto
Ruolo amministrativo		17	332	12		342
Ruolo professionale		4		5		
Ruolo sanitario	470	110	1141	475	111	1143
Ruolo tecnico		6	203		6	206
TOTALE	470	120	1676	475	124	1691
Personale convenzionato*						
Medicina dei Servizi	72					
Specialisti ambulatoriali	211					
Medici medicina generale	490					
Pediatrati libera scelta		85				
Totale medici Asl Roma D	1328					

Fonte interna ASL.

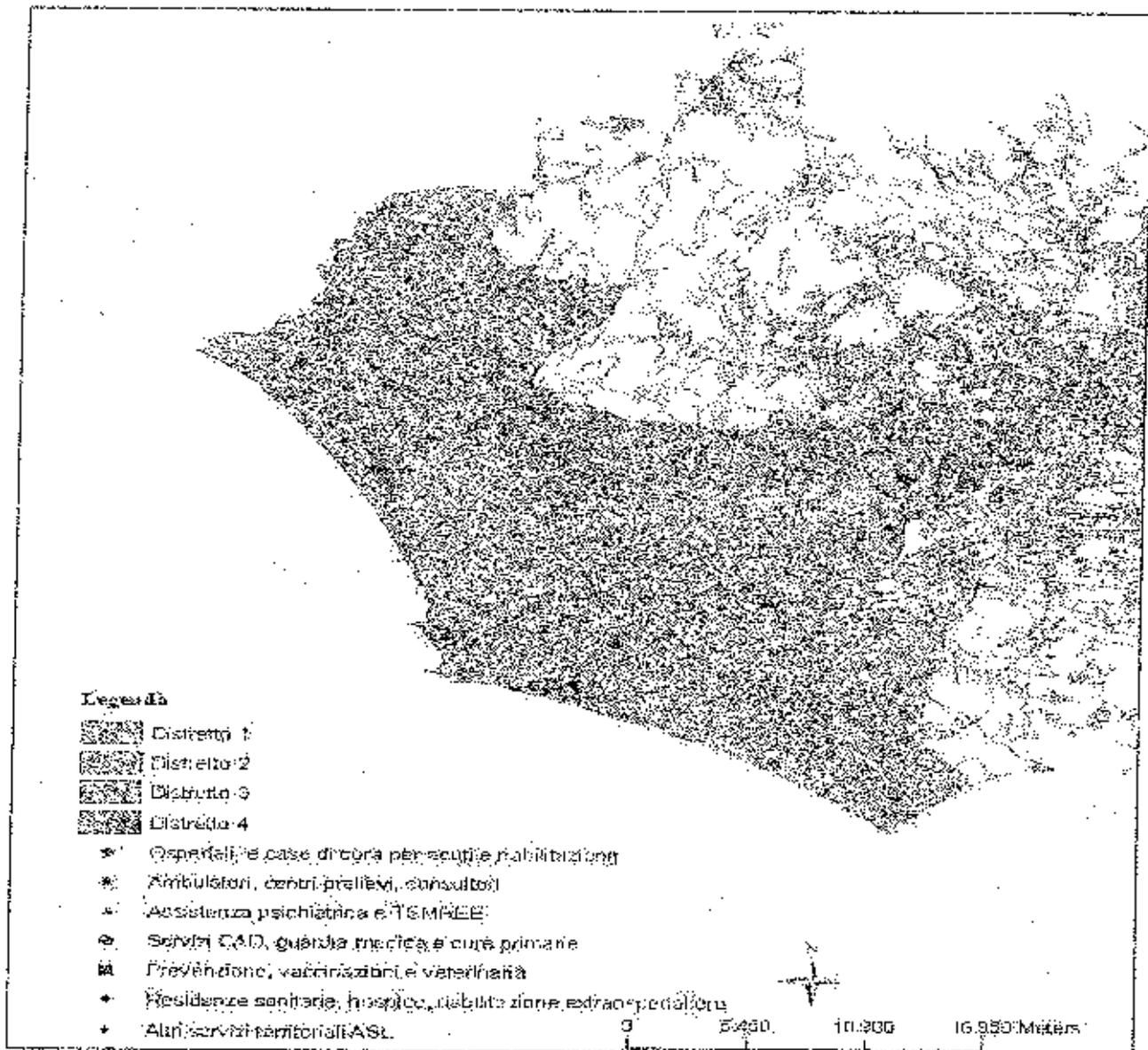
* il numero dei convenzionati è calcolato sulle "teste" e non in funzione delle ore assegnate e/o dei massimali raggiunti.

L'analisi dei dati sul personale dipendente mostra una lieve riduzione dell'1% al 31 agosto 2014 rispetto a quello presente al 31.12.2013. Tale riduzione è sostanzialmente tutta a carico del personale amministrativo del comparto (meno 10 dipendenti sul totale di 21) e della dirigenza sanitaria con 6 dirigenti in meno.

SISTEMA ORGANIZZATIVO

Il territorio della ASL è caratterizzato da una rete articolata di strutture pubbliche, private accreditate, classificate ed extraterritoriali, che offrono sia assistenza ospedaliera che territoriale, per un totale di 189 postazioni di cui 77 a diretta gestione ASL o di proprietà o in locazione. La figura 6 mostra la mappa topografica con evidenziato ove sono situate le diverse strutture mentre la tabella 8 le elenca allocandole nei diversi distretti ed indicandone la tipologia.

Figura 6. Mappa strutture sanitarie per tipologia e distretto (fonte RSPA 2012).



L'analisi della dislocazione geografica delle strutture mostra come queste siano prevalentemente concentrate nell'area romana verso il centro di Roma o sul litorale. Nelle aree dell'estrema periferia urbana invece, che peraltro presentano i più elevati tassi di deprivazione, si riscontra una ridotta presenza di strutture che erogano assistenza sanitaria. Inoltre, nel distretto del Municipio X un'ampia zona ormai fortemente antropizzata (quartiere dell' "Infernetto") risulta praticamente priva di servizi.

Tabella 8. Presidi sanitari presenti nel territorio aziendale per tipologia e distretto.

Strutture sanitarie	Sedi di erogazione prestazioni per Distretto				Totale	
	Fiumicino	Municipio X	Municipio XI	Municipio XII	ASL	SOLO ASL
Presidi Ospedalieri pubblici gestione diretta		2			2	2
Azienda Ospedaliera pubblica *			2		2	
Presidi Ospedalieri pubblico/privato			1		1	1
H Classificati			2		2	
H Accreditati		1	2	5	8	
Totale strutture ospedaliere		3	7	5	15	
Polisambulatori accreditati	5	20	21	10	56	
Polisambulatori classificati			3		3	
Polisambulatori pubblici gestione diretta	5	4	3	5	17	17
Consultori	2	2	3	4	11	11
Totale strutture ambulatoriali /consultoriali	12	26	30	19	87	
Centri salute mentale	1	1	1	1	4	
SPDC (strutture ubicate in ospedale)		1	1		2	2
Centri diurni salute mentale	1	1	2	2	7	6
"Ambulatori" salute mentale		1	1		2	2
Residenziale salute mentale gest. diretta h 24 estensiva			2		2	3
Residenziale salute mentale gest. diretta h 12 estensiva	1					
Residenziale salute mentale privato conv. :						
Strutture trattamenti psichiatrici intensivi territ.				1	1	
Residenziale Terapeutico Riabilitativo Intensivo			1		1	
Residenziale terapeutico Riabilitativo Estensivo					0	
Residenziale socioriabilitativo h. 24					0	
Residenziale socioriabilitativo h. 12					0	
Residenzialità alternativa (gruppi appartam. di proprietà ASL con finanziamento comunale)	2	2	2	1	7	8
Totale strutture salute mentale	5	10	15	12	40	
Sert- dipendenze		1	1	1	3	3
Sert residenziale diurno conv.			1	1	2	
Sert residenziale h 24 conv.				1	0	
Totale dipendenze	0	1	2	3	5	
Residenziale RSA	1	1	3	2	7	
Residenziale Hospice		1	1		2	
Totale residenziale					9	
Strutt. Riabilitazione ex art. 26 accreditata					12	
Dipartimento di Prevenzione (con sedi vaccinaz).					21	21
Totale per distretto e generale	18	42	59	41	189	77

Neila colonna "solo ASL" si intendono le strutture a diretta gestione ASL sia di proprietà che in locazione.

Dalla tabella si può ancora una volta osservare la numerosità e frammentarietà dei luoghi di erogazione delle prestazioni, soprattutto distrettuali e della prevenzione e parzialmente anche per la Salute mentale.

La presenza di strutture ambulatoriali e consultori ogni 100.000 abitanti per la ASL Roma D è di 14,5 a fronte dell'indice della Regione Lazio di 17,5.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'offerta complessiva di posti letto presso le strutture aziendali a gestione diretta è pari a 390 posti letto per acuti (ricoveri ordinari e day hospital) e 59 posti letto di riabilitazione. Presso le strutture accreditate, classificate ed extraterritoriali l'offerta per acuti è pari a 499 posti letto, a cui si sommano 129 posti letto di lungodegenza e 748 posti letto di riabilitazione. I dati di dettaglio, suddivisi per struttura, sono riportati in tabella 9. Nel territorio aziendale sono inoltre localizzate due strutture ospedaliere quart:

- l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (SCF) che conta complessivamente 977 posti letto e che funge da ospedale di base per i distretti dei Municipi XI e XII nonché da ospedale di Alta specializzazione ed HUB per tutta la ASL Roma D;

- l'IRCCS Lazzaro Spallanzani, che conta 208 posti letto, indicati nella tabella sottostante e che funge da riferimento per tutta la ASL Roma D per le Malattie infettive e diffuse.

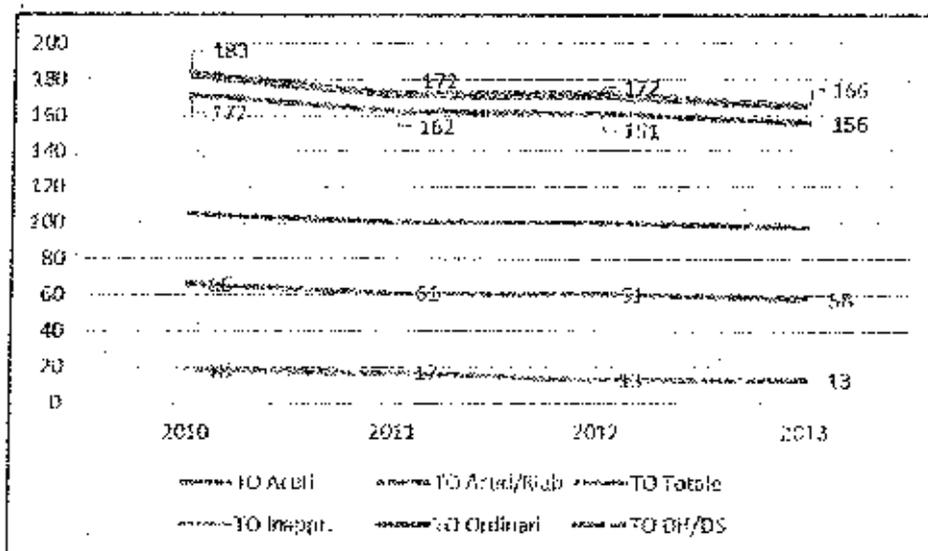
L'offerta ospedaliera per i residente Asl Roma D è completata anche dall'Ospedale del Bambino Gesù che, pur non insistendo sul territorio della Asl, è tuttavia punto di riferimento HUB per la rete dell'emergenza pediatrica.

Tabella 9. Posti letto ospedalieri secondo DCA 638/2014 per tipologia nelle strutture aziendali e accreditate

Struttura	Posti letto acuti	Posti letto lungodegenza	Posti letto riabilitazione
G.B. Grassi	277		
Di Liegro	29		59
CPO (cod. 28)		14	29
Totale aziendali	306	14	88
Villa Pia	135	40	
Villa Sandra			144
Città di Roma	149		
European Hospital	51		
Merry House	30	41	
Villa Maria Immacolata		13	
S. Raffaele Portuense			96
S. Raffaele Pisano			268
Ospedale Israelitico	118		
Ospedale S. Giovanni Battista			240
Totale accreditati	499	99	748

Negli ultimi anni si è registrata una diminuzione del numero di ricoveri, sia nelle strutture pubbliche che accreditate, dovuto alla variazione dei setting assistenziali in funzione della evoluzione della tecnologia sanitaria che permette sempre più la deospedalizzazione e l'esecuzione di numerose attività in regime ambulatoriale o a domicilio. In particolare il passaggio da ricovero ordinario vs DH/DS vs attività ambulatoriale ha causato una riduzione dei ricoveri per cui si è passati da un valore di -11,3% nel 2011/2010, a -4,28% nel 2012/2011 fino a -3,0 nel 2013/2012. L'analisi dei dati mostra come la riduzione più significativa sia stata a carico nel 2010 dei ricoveri ordinari ma che nel 2013 la tendenza alla riduzione si stia verificando anche sul DH/DS. Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri inappropriati pur rimanendo ancora elevato oltre il 10 per mille, è comunque in netta riduzione. La figura 7 riporta l'andamento dei tassi di ospedalizzazione negli anni per la ASL Roma D (non è compresa la mobilità extra-regionale) ed il relativo grafico. Al 2013 il tasso di ospedalizzazione totale (comprendente acuti, riabilitazione e lungodegenza) è del 166 ‰, quello solo per acuti è del 156 ‰.

Figura 7. Andamento del Tasso di Ospedalizzazione (T.O.) per i residenti della ASL Roma D; nella tabella e nel grafico sono indicati i vari tassi per tipologia di ricoveri. La popolazione di riferimento utilizzata è di 550429 abitanti (Istat 1.1 2013). Il dato dei ricoveri dei residenti è di provenienza dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio ed è privo della mobilità in uscita extra - regionale .



Numericamente i ricoveri sono passati da 104557 nel 2010 a 95266 nel 2013 con una riduzione complessiva di 9291 ricoveri (9 %), riduzione prevalentemente a carico della mobilità esterna, in particolare quella all'interno della Regione Lazio (-7443) mentre quella extra Regionale, seppur stabile in percentuale sul totale, risulta in aumento come quantità reale di casi (+178). La tabella 10 mostra i dettagli degli andamenti e le percentuali di riduzione dei ricoveri e la tabella 11 riporta nel dettaglio l'andamento del fabbisogno di ricoveri nell'ultimo quadriennio, della mobilità in uscita e della produzione interna.

Tabella 10. Contributo alla riduzione dei ricoveri ospedalieri di ogni singolo produttore ed andamento della mobilità in uscita. Confronto anno 2013 sul 2010.

Anno	PP.OO. a Gestione diretta	Ospedali Accreditati	Ospedale S.Camillo	IRCSS Spallanzani	Totale produzione "interna"	Mobilità entro Reg. Lazio	Mobilità extra Reg. Lazio*	Totale mobilità in uscita	Totale fabbisogno ricoveri
2013 - 2010	-829	-584	-336	-277	-2026	-7643	178	-7265	-8291
Diff. 13/10 in %	-6	-5	-2	-25	-4	-13	5	-12	-8

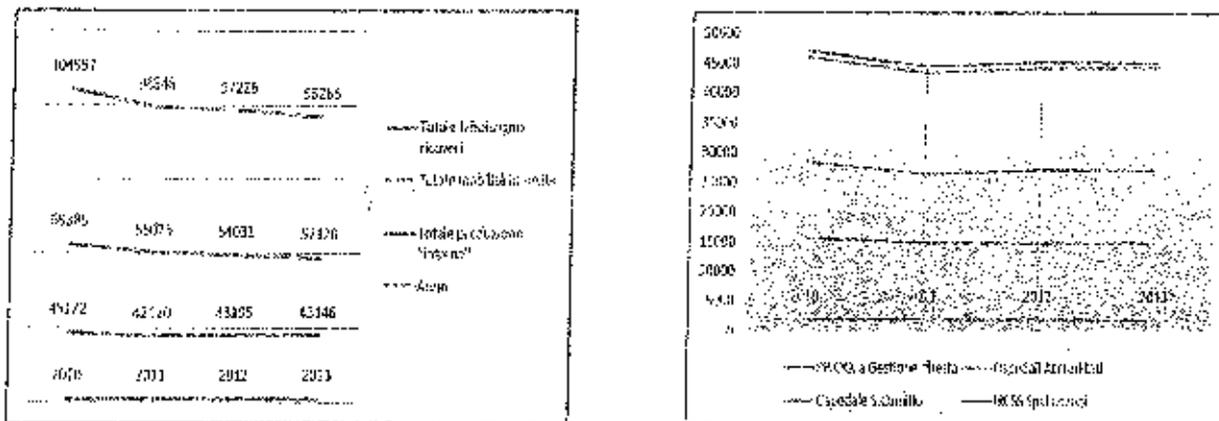
Tabella 11. Fabbisogno in numero di casi dei ricoveri ospedalieri per residenti Asl Roma D: suddivisione in funzione della "produzione interna", ossia quella delle strutture il cui stabilimento insiste sul territorio ASL come PO Grassi, PO Di Liegro, CPO (PP.OO. a gestione diretta), Accreditati, San Camillo, Spallanzani e Mobilità in uscita, intra ed extra regionale.

Numero di ricoveri // Anno	PP.OO. a Gestione diretta	Ospedali Accreditati	Ospedale S.Camillo	IRCSS Spallanzani	Totale produzione "interna"	Mobilità entro Reg. Lazio	Mobilità extra Reg. Lazio*	Totale mobilità in uscita	Totale fabbisogno ricoveri
2010	13716	12836	17520	1100	45172	55728	3657	59385	104557
% sul fabbisogno	13	12	17	1	43	53	3	56	
2011	12878	11632	16984	1026	42520	52251	3774	56025	98545
% sul fabbisogno	13	12	17	1	43	53	4	57	
2012	12798	12266	17182	949	43195	50390	3641	54031	97226
% sul fabbisogno	13	12	18	1	44	52	4	56	
2013	12887	12252	17184	823	43146	48285	3835	52120	95266
% sul fabbisogno	13	13	18	1	45	51	4	55	

*La mobilità extraregionale per l'anno 2013 è il dato provvisorio non ancora validato fornito dai competenti uffici della Regione Lazio.

La ripartizione interna della produzione non ha mostrato dal 2010 al 2013 significative variazioni nel comportamento dei singoli "produttori" di ricovero (tabella 11). Considerando come produttori interni sia gli ospedali a gestione diretta che gli accreditati che insistono sul territorio ASL che il San Camillo e lo Spallanzani, complessivamente la produzione interna è del 45%, con lievissime variazioni nel corso degli anni. Dall'analisi dell'andamento dei casi effettivi così come riportati in tabella 11 e dall'analisi delle differenze del 2013 sul 2010 come riportate in tabella 10, si evince come alla riduzione dei ricoveri, tra i cosiddetti produttori interni, abbiano contribuito sostanzialmente solo gli ospedali a gestione diretta (- 829 casi), il privato accreditato (-584 casi) e l'IRCSS Spallanzani (-277 casi) mentre l'Azienda ospedaliera San Camillo ha mostrato solo una lieve flessione. La figura 8 mostra nel primo riquadro l'andamento in grafico del fabbisogno totale di ricoveri, della mobilità in uscita e della produzione complessiva "interna", il secondo riquadro mostra l'andamento più in dettaglio della produzione interna suddivisa per le quattro categorie di produttori interni identificate.

Figura 8: Andamento del fabbisogno e rispettivo contributo della mobilità esterna e della produzione interna ASL Roma D (primo riquadro) e dettaglio del contributo alla produzione dei produttori interni.



In conclusione, l'analisi dei dati di produzione mostra come vi sia una quota significativa di cittadini che trova risposte di salute al di fuori del territorio della ASL Roma D. Osservando i dati sui ricoveri per l'anno 2013, si nota come le strutture a gestione diretta dell'azienda erogano il 13% del fabbisogno totale di ricoveri ospedalieri, a fronte di un 18% in capo all'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e dell'1% dell'ospedale Spallanzani. La restante parte si divide tra un 13% che si indirizza alle strutture private accreditate sul territorio ASL Roma D, un 4% che si rivolge fuori Regione Lazio e un 51% che si rivolge ad altre strutture pubbliche o private accreditate della Regione. Il dato, che si comprende alla luce della prossimità al territorio ASL Roma D - soprattutto nell'area urbana - di strutture ospedaliere pubbliche e private, nonché della storica e forte presenza di strutture private sul territorio limitrofo, rimane comunque significativo in quanto esso mostra come la capacità di risposta di servizi di ricovero da parte del sistema pubblico locale si attesti al di sotto del 50% della domanda complessiva espressa dalla popolazione.

MOBILITÀ IN USCITA INTRA ED EXTRAREGIONALE

Come abbiamo visto in precedenza, il 51 % dei ricoveri ospedalieri per residenti ASL Roma D, viene erogato da strutture ospedaliere della Regione Lazio al di fuori del territorio della ASL Roma D. Di esse, le prime 5 che maggiormente contribuiscono alla mobilità in uscita in volume di ricoveri sono, in ordine di numerosità, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, il Policlinico Gemelli, l'Ospedale Fatebenefratelli, l'Ospedale S. Eugenio ed il Policlinico Umberto I. Solo queste prime cinque contribuiscono al 52% della mobilità in uscita, ma già le prime due soltanto ne causano il 32%. Dal punto di vista economico invece sono il Policlinico Gemelli ed il Sant'Eugenio ad essere le maggiori cause di mobilità in uscita, con complessivamente per il 2013 oltre 27 milioni di Euro. La tabella 12 elenca le prime 20 strutture che contribuiscono alla mobilità in uscita nella Regione Lazio con indicato l'andamento negli anni 2010- 2013. Per l'anno 2013 oltre al numero dei casi, alla percentuale sul totale ed alla valorizzazione economica degli stessi, viene indicata anche la percentuale cumulativa sul totale. Da essa si evince come queste prime 20 strutture "cumulino" ben l'88% della mobilità in uscita intra-regionale. La tabella 13 mostra uno spaccato più in dettaglio di quanto viene erogato per specialità/disciplina dal privato accreditato del territorio ASL Roma D, e dalle altre strutture intraregionali, valorizzato in euro.

La tabella 14 mostra la mobilità in uscita analizzata dal punto di vista delle specialità per le quali viene confrontata con la produzione dei presidi a gestione diretta e delle strutture pubbliche ospedaliere di riferimento che operano sul territorio della Asl. Dalla tabella si nota in particolare come molti pazienti si rivolgono a strutture private accreditate e a ospedali fuori dai confini della ASL anche per ricoveri ospedalieri nell'ambito di discipline presenti nell'offerta sanitaria pubblica. In particolare, tra le prime 25 linee di prodotto (che complessivamente cubano il 91% della spesa per le "fughe") figurano ai primi posti discipline a vocazione generalista, quali la Chirurgia Generale, l'Ortopedia, la Medicina Generale. Sul totale dei ricoveri ordinari effettuati da residenti nella ASL per ognuna di queste tre discipline, rispettivamente il 60%, 67% e 47% è stato erogato al di fuori del sistema pubblico locale.

L'analisi della tipologia di ricoveri della mobilità in uscita intra - regionale classificati come DRG, mostra per il 2013 come sia il DRG Chemioterapia quello che ha avuto maggiore "fuga", con 2130 casi (di cui 1657 DH) per un valore di 3.968.000,00 euro. Tuttavia esso rappresenta solo il 4% di tutta la mobilità in uscita che in effetti risulta distribuita su innumerevoli tipologie di patologia. La tabella 15 riporta in dettaglio i dati per i primi 25 DRG "in fuga". Da essa si osserva come il secondo di essi in ordine di quantità (2,6%) sia "altri fattori che influenzano lo stato di salute", DRG aspecifico, con 1259 casi. Da rilevare come di interesse la mobilità in uscita dei DRG "interventi su utero non per neoplasia etc" che dal punto di vista economico va oltre i 2 milioni di euro e le "fughe" per i DRG 503, 544 e 225. Si tratta di interventi di ortopedia rispettivamente su ginocchio, articolazione maggiore e piede che complessivamente ammontano a quasi 8 milioni di euro. Va comunque rilevato che i primi 25 DRG come quantità rappresentano solo il 34,3% del totale dei DRG "in fuga" intra - regionali, mostrando come in effetti la tipologia di casi soddisfatti al di fuori della ASL Roma D è piuttosto variegata. Il valore economico totale della mobilità in uscita intra - regionale nel 2013 è stato di 117.305.509,00 €.

Complessivamente, nei primi 25 DRG in mobilità esterna extra - Regione Lazio ben 9 sono ortopedici per un valore economico complessivo di 3.250.000,00 €. Pertanto, questi assommati a quelli delle "fughe ortopediche" intra - regionali, sono il settore di attività con la maggiore mobilità in uscita dal punto di vista economico per interventi in disciplina che è presente in strutture operanti nei presidi a gestione diretta e sul territorio Asl Roma D. Gli altri DRG di rilievo sono ancora una volta l'intervento su utero non neoplastico ed altri interventi di ginecologia (aborti) nonché interventi di cardiocirurgia. La tabella 16 mostra i dati di dettaglio dei primi 25 DRG in mobilità extra - regionale.

Tabella 12. Elenco delle prime 20 strutture extra ASL Roma D intra -- regionali causa di mobilità in uscita.

Istituzione di riferimento	2010			2011			2012			Anno 2013		
	giornate	costo	valore	giornate	costo	valore	giornate	costo	valore	giornate	costo	valore
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	10.465	10.087	9.728	9.558	19,8	19,8	9.101.952,50					
POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	6.933	6.181	6.283	6.272	12,8	32,6	17.106.659,00					
OSPEDALE FA. FEBENEFRAATELLI	3.504	3.304	3.254	3.333	6,5	29,2	8.341.922,50					
OSPEDALE S. EUGENIO	2.365	2.258	3.382	3.325	6,9	46,1	10.467.379,00					
POLICLINICO U. I.	2.929	2.908	2.909	3.007	5,9	52,0	7.447.362,00					
POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	1.918	2.631	2.788	2.735	5,7	57,7	5.935.082,00					
AURELIA HOSPITAL	2.500	2.381	2.136	1.992	4,3	62,1	7.174.454,78					
OSPEDALE GENERALE SANTO SPIRITO	1.483	1.342	1.334	1.208	2,7	64,8	3.788.077,50					
AZIENDA OSP. S. GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA	1.508	1.284	1.256	1.205	2,6	67,3	3.896.181,62					
AZ. COMPL. OSP. S. FILIPPO NERI	1.417	1.347	1.210	1.169	2,5	69,8	4.429.881,63					
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	1.903	1.573	1.429	1.349	2,9	72,7	3.951.213,00					
OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	2.393	1.905	1.234	1.106	2,5	75,2	2.763.168,00					
OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRAATELLI	1.053	1.130	1.077	936	2,2	77,4	1.906.613,82					
AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	1.974	915	880	887	1,8	77,2	3.161.639,00					
I.D.I.	1.577	1.353	1.033	880	2,1	81,3	1.657.781,00					
I.R.C.C.S. L. SPALLANZANI	1.110	1.026	949	823	1,9	83,3	3.939.284,00					
OSP. GEN. DI ZONA "CRISTO RE"	926	920	906	784	1,8	85,1	1.839.560,00					
CASA DI CURA SANTA FAMIGLIA	442	362	515	505	1,0	86,2	857.393,50					
OSPEDALE NUOVO REGINA MARGHERITA	721	632	576	468	1,2	87,3	490.389,00					
CASA DI CURA SAN FELICIANO	526	557	459	445	0,9	88,3	1.507.794,00					
NUOVA CLINICA ANNUNZIATELLA	415	318	324	375	0,7	88,9	758.898,00					

Tabella 13. Ricoveri ospedalieri erogati da privato accreditato e altre aziende Regione Lazio: prime 25 linee di prodotto 2013 (comprehensive anche di lungodegenza, OBI e Nido), valorizzati in migliaia di euro. La percentuale indicata a lato è quella sul totale del fabbisogno per linea di prodotto.

DISCIPLINA	VALORIZZAZIONE	% sul fabbisogno	DISCIPLINA	VALORIZZAZIONE	% sul fabbisogno
Chirurgia generale	18.553	60	Neurochirurgia	2.705	66
Ortopedia	18.541	67	Neurologia	2.230	66
Traumatologia			Breve osservazione	2.089	36
Medicina Generale	14.505	47	Periatria	1.914	61
Obstetricia e Ginecologia	9.541	57	Chirurgia vascolare	1.750	54
Cardiologia	9.439	44	Neonatologia	1.610	53
Oncologia	7.450	61	Chirurgia plastica	1.564	73
Urologia	6.889	78	Day surgery multid.	1.440	93
Lungodegenti	4.590	100	Nido	1.393	44
Ematologia	3.858	100	Gastroenterologia	1.187	45
Otorinolaringoiatria	3.327	70	Dermatologia	1.151	100
Terapia intensiva	3.186	45	Mal. infettive e trop.	1.120	23
Cardiochirurgia	3.236	64			
Geriatrica	3.025	100			

Tabella 14. Produzione interna e mobilità intra - regione per linea produttiva anno 2013 in migliaia di euro.

Disciplina	ASL Roma D		AO S. Camillo e Spallanzani		Privato accr. ASL		Altro Reg. Lazio		Totale	
		%		%		%		%		%
Allergologia	-	-	-	-	-	-	179	100	179	100
Angiologia	-	-	319	32	566	56	109	11	994	100
Breve Osservazione	1.337	23	2.432	47	-	-	2.089	36	5.858	100
Cardiocirurgia	-	-	1.337	35	1015	21	2.217	56	5.148	100
Cardiologia	5.394	25	6.492	30	1.831	9	7.608	36	21.324	100
Chirurgia generale	5.540	18	5.756	22	1.980	6	16.573	54	30.849	100
Chirurgia Maxillo Facciale	-	-	321	42	-	-	440	58	762	100
Chirurgia Pediatrica	-	-	509	43	-	-	761	57	1.330	100
Chirurgia Plastica	-	-	593	27	-	-	1.564	79	2.156	100
Chirurgia Toracica	-	-	1.360	63	-	-	798	37	2.158	100
Chirurgia Vascolare	-	-	1.468	46	-	-	1.756	54	3.225	100
Day Hospital Multidisciplinare	-	-	-	-	-	-	564	100	564	100
Day Surgery Multidisciplinare	1.305	47	-	-	-	-	1.449	53	2.755	100
Dermatologia	-	-	-	-	-	-	1.151	100	1.151	100
Diabetologia	-	-	-	-	-	-	9	100	9	100
Ematologia	-	-	-	-	-	-	3.858	100	3.858	100
Emodialisi	-	-	-	-	-	-	13	100	13	100
Gastroenterologia	-	-	1.457	55	237	9	951	35	2.645	100
Geriatrica	-	-	-	-	1.930	84	1.095	36	3.025	100
Grandi Ustioni	-	-	-	-	-	-	197	100	197	100
Immunologia	-	-	-	-	-	-	346	100	346	100
Lungodegenti	-	-	-	-	3.529	77	1.061	23	4.590	100
Malat. Endoc. del Ric. e della Nutri.	-	-	367	32	-	-	796	68	1.163	100
Malattie Infettive e Tropicali	-	-	3.767	77	-	-	1.120	23	4.887	100
Medicina Generale	8.837	28	7.801	25	15.357	17	9.148	29	31.344	100
Medicina Nucleare	-	-	-	-	-	-	44	100	44	100
Medicina Sportiva	-	-	-	-	-	-	77	100	77	100
Nefrologia	1.024	52	540	27	2	0	402	20	1.968	100
Nefrologia Abbitaz. Trap. Rene	-	-	-	-	-	-	543	100	543	100
Neonatologia	540	18	909	30	362	12	1.248	42	3.059	100
Neurochirurgia	-	-	1.360	34	-	-	2.705	66	4.065	100
Neurochirurgia Pediatrica	-	-	-	-	-	-	294	100	294	100
Neurologia	12	0	1.118	33	-	-	2.290	69	3.360	100
Neuropsichiatria Infantile	-	-	-	-	-	-	962	100	962	100
Nido	979	31	781	25	209	8	1.134	36	3.154	100
Oculistica	-	-	248	22	92	8	790	70	1.111	100
Odontostomatologia	-	-	-	-	-	-	446	100	446	100
Oncematologia	-	-	2.089	31	-	-	505	19	2.595	100
Oncematologia Pediatrica	-	-	-	-	-	-	126	100	126	100
Oncologia	-	-	4.804	39	824	7	6.626	54	12.253	100
Ortopedia e Traumatologia	3.477	13	5.458	20	3.731	12	15.307	56	27.473	100
Ostetricia e Ginecologia	3.410	20	3.852	23	1.554	9	7.987	48	16.803	100
Otolinorinolaringoiatria	349	7	1.100	23	140	9	2.957	61	4.645	100
Pediatria	699	22	544	17	-	-	2.914	61	3.158	100
Pneumologia	-	-	3.426	72	81	2	868	26	3.974	100
Psichiatria	776	35	768	34	-	-	695	31	2.240	100
Reumatologia	-	-	789	21	-	-	381	26	1.070	100
Stroke Unit	-	-	-	-	-	-	22	100	22	100
Terapia Intensiva	1.555	13	2.891	41	45	1	3.042	34	7.136	100
Terapia Intensiva Neonatale	-	-	36	6	-	-	554	94	590	100
Unità Coronarica	374	26	145	12	213	16	300	26	1.243	100
Urologia	323	2	1.523	20	805	12	4.984	66	7.535	100
Urologia Pediatrica	-	-	-	-	-	-	434	100	434	100
TOTALE	35.181	15	66.942	28	24.537	10	114.160	47	237.015	100

Tabella 15. I primi 25 DRG (tutti i ricoveri) erogati in mobilità in uscita intra - regionale nell'anno 2013.

cod	Regione	Ordinaria	Day hospital	Totale		Cum	Valorizzazione
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	473	1.657	2.130	4,4	4,4	3.968.885,00
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	260	999	1.259	2,6	7,1	547.762,63
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	579	618	1.197	2,5	9,6	2.230.681,93
431	Disturbi mentali dell'infanzia	38	1.015	1.053	2,2	11,7	521.179,00
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	901	-	901	1,9	13,6	1.286.906,50
371	Parto cesareo senza CC	741	-	741	1,5	35,2	1.667.549,00
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	171	520	691	1,4	16,6	1.244.857,16
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	672	-	672	1,4	18,0	5.915.828,20
298	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	198	473	671	1,4	19,4	332.760,60
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	142	445	587	1,2	20,6	609.310,75
284	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	222	277	499	1,0	21,7	201.827,00
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	254	242	496	1,0	22,7	478.478,20
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	124	369	493	1,0	23,7	758.638,60
127	Insufficienza cardiaca e shock	475	16	491	1,0	24,8	1.527.461,74
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	94	392	486	1,0	25,8	172.328,00
297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	89	370	459	1,0	26,7	263.076,30
55	Miscelanea interventi orecchio naso bocca gola	197	251	448	0,9	27,7	654.015,00
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	81	360	441	0,9	28,6	653.977,30
255	Diabete, età < 36 anni	22	408	430	0,9	29,5	140.412,00
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	99	316	415	0,9	30,3	272.435,00
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	408	-	408	0,9	31,2	1.191.721,65
301	Malattie endocrine senza CC	21	358	379	0,8	32,0	144.532,55
311	Interventi per via transcatetale senza CC	285	92	377	0,8	32,8	706.843,85
429	Disturbi organici e ritardo mentale	73	304	377	0,8	33,5	338.226,23
225	Interventi sul piede	239	137	376	0,8	34,3	738.323,40
	Altro	19.901	11.619	31.520	65,7	100,0	90.677.991,88
	Totale	26.759	21.238	47.997	100,0		117.305.509
	Escluso Neonato Sano DRG 391						

Tabella 16. Mobilità in uscita extra-regionale anno 2013. Primi 25 DRG

DRG	Descrizione	Ordinari	Day Hospital	Dimessi	%	Valorizzazione
225	Interventi sul piede	173	76	189	4,9	400.858,93
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	148	0	148	3,9	1.401.940,84
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	89	45	134	3,5	230.209,14
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	51	42	93	2,4	219.204,22
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	48	17	60	1,6	186.313,21
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna no anca e femore s.CC	36	22	59	1,5	125.870,40
409	Radioterapia	50	9	59	1,5	163.657,71
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	51	3	54	1,4	237.232,42
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	39	8	47	1,2	117.772,67
297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni s. CC	39	8	47	1,2	89.135,98
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale s.CC	47	0	47	1,2	445.520,00
055	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	23	21	44	1,1	87.480,54
127	Insufficienza cardiaca e shock	41	1	42	1,1	116.488,98
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	6	35	41	1,1	171.274,38
288	Interventi per obesità	40	0	40	1,0	161.127,38
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	39	0	39	1,0	51.547,89
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	25	12	37	1,0	17.006,01
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	35	0	35	0,9	106.361,79
053	Interventi su seni e mastoidei, età > 17 anni	28	6	34	0,9	74.676,76
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	32	1	33	0,9	88.910,61
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	14	18	32	0,8	36.525,99
125	Malattie cardiovascolari eccetto Infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	23	8	31	0,8	54.761,20
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	30	0	30	0,8	258.413,27
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	22	7	29	0,8	93.170,86
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	28	0	28	0,7	162.379,75
	Altro	1873	530	2403	62,7	8.652.928,51
	Totale	2970	865	3835	100,0	13.756.769,48
	Escluso Neonato Sono DRG 391					

L'attività ospedaliera sul territorio della ASL Roma D, che abbiamo già chiamato quale attività "Interna", è erogata dai Presidi Ospedalieri a gestione diretta (PO G.B. Grassi, PO Di Liegro, PO Centro Paraplegici Ospedaliero), dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (SGF), dall'IRCSS Ifo-Spallanzani, da due ospedali "classificati" (Ospedale Israelitico e San Giovanni Battista) e da 9 strutture private accreditate (tra cui un IRCSS) nonché da due strutture cosiddette "privato puro". La tabella 17 mostra i volumi di attività nel 2012 e nel 2013 delle diverse strutture operanti sul territorio, compresa l'attività svolta per i non residenti.

Tabella 17. Totale dimissioni dalle Strutture di Ricovero del territorio ASL Roma D compresi i non residenti.

Istituto	Acuti				Lungodegenze		Riabilitazione				Totale presidio 2013		Totale presidio 2012		Var % 13/12
	ordinari		day hospital		ordinari		ordinari		day hospital		numero	%	numero	%	
	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	
Grassi	9.430	14,4	2.748	10,9							12.178	11,5	12.354	8,4	-1,4
CFD							118	1,5	20	0,5	138	0,1	141	0,1	-2,1
POI - Di Liegro	2.286	3,5	1.574	5,7			472	5,9	139	3,6	4.471	4,2	4.187	2,8	6,8
Totale pubblici	11.716	17,8	4.322	15,7			590	7,3	159	4,1	16.787	15,8	16.682	11,3	0,6
Israelitico	4.895	7,5	5.895	21,4							10.790	10,1	12.085	8,2	-10,7
S. Giovanni Battista							1.760	21,9	700	18,0	2.460	2,3	2.566	1,7	-4,7
Totale classificati	4.895	7,5	5.895	21,4			1.760	21,9	700	18,0	13.250	12,3	14.651	10,0	-9,6
Città di Roma	4.364	6,6	1.243	4,5							5.607	5,3	6.321	4,3	-11,3
San Raffaele Portuense							994	12,3	174	4,5	1.168	1,1	1.033	0,7	13,1
Villa Pia	2.610	4,0	1.236	4,5	437	15,8					4.283	4,0	4.404	3,0	-2,7
Villa Sandra							1.693	21,0	363	9,3	2.056	1,9	2.138	1,5	-3,8
Villa Armonia Nuova	778	1,2									778	0,7	777	0,5	0,1
European Hospital	1.565	2,4									1.565	1,5	1.977	1,3	-20,8
Merry House	912	1,4			393	32,2					1.305	1,2	369	0,3	253,7
Villa Maria Immacolata					389	31,9					389	0,4	479	0,3	-18,8
Totale privati accreditati	10.229	15,0	2.479	9,0	1.219	100,0	2.687	33,4	537	13,8	17.151	16,1	17.493	11,9	-2,0
San Camillo-Forlanini	30.256	45,1	14.304	52,0			191	2,4	46	1,2	44.797	42,1	45.142	30,7	-0,8
Osp. S. Spallanzani	3.003	4,6	498	1,8							3.501	3,3	4.018	2,7	-12,9
Totale aziende ospedaliere	33.259	50,6	14.802	53,8			191	2,4	46	1,2	48.298	45,4	49.160	33,4	-1,8
San Raffaele Pisano	1.445	2,2					2.824	35,1	2.452	63,0	6.721	6,3	6.829	4,6	-1,6
Totale IRCSS privato	1.445	2,2					2.824	35,1	2.452	63,0	6.721	6,3	6.829	4,6	-1,6
European Hospital	2.182	3,3									2.182	2,1	1.835	1,7	19,9
Salvator Mundi	1.954	3,0									1.954	1,8	1.884	1,3	3,7
Totale privati non accreditati	4.136	6,3									4.136	3,9	3.719	2,5	11,2
Totale	85.680	100	27.498	100	1.219	100	8.052	100	3.894	100	108.343	100	147.006	100	-27,7

Escluso neonato sano DRG 391- Fonte dati ASP Lazio

Dalla tabella si evince anche l'attività del privato puro (European Hospital e Salvator Mundi) che risulta aumentata del 11,2% a fronte invece della riduzione complessiva dei ricoveri nelle strutture pubbliche e nel privato accreditato.

La tabella 18 illustra la composizione in posti letto per la diversa tipologia di strutture che operano sul territorio della ASL.

Tabella 18 : Posti letto totali strutture insistenti sul territorio ASL Roma D anno 2014 e quota percentuale sulla popolazione in riferimento per tipologia.

Tipologia PL		N° pl	quota ‰ per tipologia	Standard pl ‰ Legge 135/2012	Differenza posti letto rispetto allo
Posti letto acuti	Pubblici Aziendali Acuti (Grassi, POI)	366	0,61		
	Accreditati Acuti	483	0,80		
	S. Camillo Forlanini	974	1,62		
	IRCSS Spallanzani	182	0,30		
	Totale Acuti	2.005	3,33	3	0,33
Posti letto	Accreditati Lungodegenza	99	0,16		
	Pubblici Cpo	14	0,02		
	Totale Lungodegenza	113	0,19	0,2	-0,01
	Accreditati Riabilitazione	748	1,24		
	Pubblici Riabilitazione (POI + San Camillo+ CPO cod.28)	122	0,20		
	Totale Riabilitazione	870	1,45	0,5	0,95
TOTALE Acuti, LGD, Riabilitazione		2.988	4,97	3,7	1,27

La dotazione di posti letto che insistono sul territorio della ASL Roma D nell'anno 2014 è del 4,97‰, ossia superiore allo standard del 3,7 oggi indicato dalla normative vigente.

La tabella 19 mostra tutti i produttori privati accreditati sul territorio della Asl Roma D con la tipologia di posti letto per i quali è stato concesso l'accreditamento, la suddivisione fra essi e l'ammontare economico del fatturato per l'anno 2013. Da essa si evince come le strutture del privato accreditato siano tendenzialmente di riabilitazione o lungodegenza. Alcuni di esse assommano al proprio interno anche posti letto per acuti.

Tabella 19. Case di Cura Private Accreditate ASL Roma D , anno 2013. Nell'Ospedale S.G. battista non è indicato l'importo liquidato in quanto non a carico dell'Azienda ASL Roma D ma del Ministero della Salute

Municipio	Case di cura di ricovero accreditate	Tipologia di prestazione	PP.LI. Ord+ DH	BUDGET	Importo liquidato/ certificato
XI	OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	RIABILITAZIONE Cod.58	189+21		
XI	OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	RIABILITAZIONE Cod.76	20		
XI	VILLA SANDRA	RIABILITAZIONE Cod.58	130+14	€ 11.893.908,00	€ 11.903.860
XII	SAN RAFFAELE PORTUENSE	RIABILITAZIONE Cod.58	87 + 9	€ 8.168.233,00	€ 9.168.233
XII	VILLA PIA	LOM	40	€ 1.828.611,00	€ 1.828.090
		LOM+MODIA (SI)			€ 70.908
		ACUTE+Neurologia	127+6	€ 7.007.742,50	€ 7.183.375
XII	VILLA MARIA IMMACOLATA	LOM	48	€ 1.883.903,00	€ 1.760.836
		~OSPICE 4+16 (dom+Par)		€ 882.018,00	
		RSA (A)	24	€ 1.245.244,00	€ 1.078.485
		RSA (B)	24	€ 864.320,00	€ 707.077
X	MERRY HOUSE	LDH	41	€ 1.874.328,00	€ 1.874.347
		ACU (I)	30	€ 2.002.624,00	€ 2.002.641
		ospice	8+26 (com+lar)	€ 7.384.534,00	€ 1.708.211
		RSA (omniva)	10	€ 804.055,00	€ 607.815
		RSA (S)	40	€ 864.320,00	€ 707.077
XII	CITTA' DI ROMA *	ACU (I)	160+14	€ 12.318.728,00	€ 13.518.523
		ACUTE+Neurologia			€ 795.127
		Funzioni (erapia Int.)		€ 450.524,00	€ 458.524
XI	EUROPEAN HOSPITAL	ACU (I)	51	€ 13.890.311,00	€ 13.890.180
		Funzioni (erapia Int.)		€ 3.170.037,00	€ 3.180.037
XII	SAN RAFFAELE PISANA	SPECIALISTICA (RMN)		€ 981.303,04	€ 792.768
		ACU (I)	30	€ 4.708.468,00	€ 4.448.638
		RIABILITAZIONE Cod.58	241	€ 22.899.773,00	€ 22.899.773
XI	ISRAELITICO	ACU (I)	36+22	€ 23.068.816,00	€ 19.248.681
		SPTORALISTICA		€ 14.049.530,01	€ 11.108.308
		SPTORALISTICA		€ 470.907,47	€ 406.897
XII	PARCO DELLE ROSE	RSA (A) (H)	30+35	€ 1.510.931,00	€ 1.248.167
XI	VILLA DELLE MAGNOLIE	RSA (A) (H)	41+33	€ 1.586.230,00	€ 1.201.970
XI	CORVALE	RSA (A) (H)	40+20	€ 1.358.489,00	€ 1.072.734
XI	VILLA GRILLA	RSA (A)	40	€ 718.320,00	€ 612.883
Finaleina	VILLA CARA	RSA (A)	80	no budget	
XII	VILLA ESRAICA	RSA (S)	20	2014	
XI	Villa Antonio Nuovo*	Neuropsichiatria	05+5		
XII	Villa Giuseppina *	Neuropsichiatria	05		

* in fase di riconversione

PRESIDI OSPEDALIERI A GESTIONE DIRETTA

La tabella 20 illustra la composizione in posti letto per disciplina dei presidi ospedalieri a gestione diretta.

P.O.G.B. GRASSI	DCA 80/2010		Rimodul /2011 nota R.L. prof. n. 170180/0707		HSP 12 (gennaio 2014)		Riorganizzazione per aree da DCA 368/2014				
	ORD.	DH	ORD.	DH	ORD.	DH	AREA	ORD.	DH		
Cardiologia	16	1	16	1	16	1	M	Cardiologia	16		
Chirurgia generale	46	5	46	0	46			Area Medica	58	9	
Medicina generale	73	10	69	10	58	10		Totale	78	9	
Nefrologia	0	2	4	0	0						
Neurologia	3	1	3	1	0	1	C	Area Chirurgica	65	17	
Ortopedia	28	2	28	0	28			Totale	65	17	
Ostetricia e ginec.	28	7	28	0	28						
ORL	0	8	0	8	0	8	AC	Astanteria/OBI/M medicina Urgenza	16		
Pediatria	11	1	11	1	9	1		UTIC	6		
Terapia intensiva	21	0	21	0	14	0		Terapia Intensiva	18		
Unità coronarica	6	0	6	0	6			Totale	40		
Medica d'urgenza	12	0	16	0	16		MIP	Ostetricia	25		
Psichiatria	16	2	16	2	13	2		Pediatria	9	1	
Neonat. (pat. neonatale)	8	0	8	0	6			Neonatologia	6		
UTN	6	0	6	0				Totale	40	1	
DS Multidisciplinare	0	0	0	14		14	P	Psichiatria	16	2	
Chirurgia generale 5								Totale	16	2	
Occhistica 2											
Ortopedia 2								Totale	237	29	
Ginecologia 5											
TOTALE	274	39	276	37	240	37					
dialisi (letti tecnici)	16 + 4 emergenza + 2 contumaciali										
nido	26 culle								** escluso i parti e l'attività del Blocco parto		
CPO	DCA 80/20		Rimodul		12 (genn)		Riorganizzazione per aree da DCA 368/2014				
UOCC	ORD.	DH	ORD.	DH	ORD.	DH			ORD.	DH	
Centro spinale	28	1	26	1	23	1		Centro spinale	28	1	
riabilitazione	0		0					riabilitazione	0		
chirurgia plastica	0		0					chirurgia plastica	0		
Lungodegenze								Lungodegenza	14		
TOTALE	28	1	26	1	23	1			42	1	
DI LIEGRO	DCA 80/20		Rimodul		HSP 12 (genn)		Riorganizzazione per aree da DCA 368/2014				
UOCC	ORD.	DH	ORD.	DH	ORD.	DH	AREA		ORD.	DH	
chirurgia generale	15	5			15	5	M	Area Medica	45		
medicina generale	45	2			45	2		DH Multispecialistico		1	
nefrologia	13				13			Totale	45	1	
ortopedia	5	3			5	3	C	Area Chirurgica	20		
ginecologia	7	2			7	2		DS Multispecialistico	20	12	
urologia	3	2			3	2		Totale	20	12	
riabilitazione	53	6			53	6	R	Riabilitazione	53	6	
TOTALE	141	22			141	20		Totale	118	19	
dialisi (letti tecnici)	15 + 1 contumaciali										

Dalla tabella 20 si evince come sia esigua la quantità di posti letto del CPO e di come il PO Di Liegro sia privo di posti letto di terapia intensiva, situazione che ne condiziona la tipologia di attività chirurgica. Nella tabella sono indicate le diverse tipologie di posto letto a partire dalla modulazione regionale della DCA 80 con le successive modifiche nonché i posti attivi dichiarati nell'ultima comunicazione al Ministero della Salute secondo il modello HSP del dicembre 2013 e l'ultima definizione regionale per aree alla quale si conforma la modulazione del Piano Strategico attuale.

L'ospedale G.B. Grassi, con 266 posti letto per acuti, è sede di DEA di 1° livello e identificato quale Pronto Soccorso per Traumi, e fa riferimento all'AO S. Camillo quale centro HUB. E' inoltre TNV/PSe (Team Neurovascolare/pronto soccorso esperto) nella rete ictus, presidio di tipo E nella rete cardiologica (con posti letto di Utic e con emodinamica attiva sulle 24 ore), struttura di 1° livello nella rete perinatale e spoke della rete dell'emergenza pediatrica. Per la reti organizzative, il Grassi è Laboratorio di Base con afferenza al SCF per l'elevata complessità (LEC); nella rete trasfusionale, è SIMT (Servizio immunotrasfusionale) sulle 24 ore senza attività di produzione. La tabella 21 sottostante ne illustra le particolarità.

Tabella 21. Collocazione del P.O. Grassi nelle reti regionale

RETE TRAUMA	DCA 76/2010	Il Grassi è un PST con S.Camillo come HUB di riferimento.
RETE ICTUS	DCA 75/2010	Il Grassi è TNV /PSe con S.Camillo come HUB di riferimento.
RETE CARDIOLOGICA	DCA 74/2010	Grassi tipo E con posti letto di Cardiologia, UTIC e con emodinamica.
RETE PERINATALE	DCA 56/2010	Il Grassi è un 1° livello
RETE LABORATORIO ANALISI	DCA 219/2014	Il Grassi è Laboratorio di base, afferente al Laboratorio Elevata Complessità del SCF. Il Laboratorio Analisi del Di Liegro costituisce una sezione del Grassi
RETE LAB. TRASFUSIONALE	DCA 207 / 2014	Il PO Grassi è SIMT h 24, non più sede di produzione.

Nel periodo gennaio – agosto 2014 secondo i dati provenienti dal rapporto mensile sul monitoraggio dell'emergenza territoriale ed ospedaliera redatto dalla Regione Lazio a cura dell'Area programmazione ospedaliera e ricerca della Direzione Regionale Salute ed integrazione socio-sanitaria (prot. 566475 del 13.10.2014), il PO Grassi quale sede di DEA di primo livello ha garantito l'emergenza urgenza come indicato nella tabella 22. Il PO Grassi è sede di primo livello per il punto nascita con 1927 parti effettuati nel 2013.

Il Presidio Ospedaliero Di Liegro con 137 posti letto di cui 59 di riabilitazione post-acuzie codice 56 è invece ospedale senza DEA né Pronto Soccorso; svolge pertanto solo attività programmata di ricovero sia medico che chirurgico, rimanendo tuttavia complementare al PO Grassi per i rapporti con il Pronto Soccorso e l'accesso alla medicina dei casi medici. Nelle reti organizzative, il laboratorio analisi del Di Liegro costituisce una sezione del PO Grassi.

L'attività di riabilitazione del PO Di Liegro nel 2013 i dimessi sono stati 472 per 15543 giornate di degenza (Tasso di occupazione dell'80%) ed una degenza media di 33 giorni. Nel DH sono stati seguiti 139 pazienti per un totale di 3471 accessi. Presso il Presidio Ospedaliero Luigi Di Liegro vengono erogati interventi riabilitativi a pazienti con menomazioni e disabilità complesse che richiedono, in ragione della gravità o della scarsa autonomia, programmi di riabilitazione intensiva post acuzie, sia in regime di ricovero, sia in regime di day hospital, sia in regime ambulatoriale, tutti a carico del SSN. L'attività di riabilitazione è volta a stabilizzare, gestire e reintegrare i pazienti con patologie neurologiche, ortopediche, metaboliche, vascolari, infettive, reumatiche ed autoimmuni, provenienti dalle UU.OO. del Policlinico Di Liegro, del G.B.Grassi, da

tutti i presidi ospedalieri che ne fanno richiesta e dei pazienti compatibili con il ricovero. La provenienza dei pazienti ricoverati al Policlinico di Liegro per riabilitazione evidenzia che i residenti sono pari al 70,5 % per i ricoveri ordinari mentre sono 65 % per i DH. La valorizzazione di produzione per l'anno 2013 dell'attività di riabilitazione è pari a 4.403.641 euro.

Tabella 22. Profilo delle attività per l'emergenza del PO Grassi nel periodo gennaio – agosto 2014.

	Numero	%	Media	Mediana
N° dimissioni urgenti da PS	4365			
% ricoveri urgenti da PS su totale ricoveri		77,6		
Degenza (gg) medicina generale (cod.26)			13,5	10,0
Degenza (gg) medicina d'urgenza (cod.51)			7,9	6
Degenza (gg) terapia intensiva (cod.49)			11,4	5
Degenza (gg) preoperatoria in elezione			1,1	1
Totale PL ordinari per acuti (NSIS 2014)	240			
PL dedicati all'emergenza *	176	73,3		
% giornate di degenza da PS /Dca		83,7		

*n° di posti letto equivalenti corrispondenti alle giornate di degenza di pazienti provenienti da PS, con un tasso di occupazione del 90%.

L'attività operatoria dei due presidi ha sperimentato un marcato incremento nel tempo, passando da 4500 interventi nel 2005 a 7500 nel 2012 presso l'ospedale G.B. Grassi (incluso 1550 procedure emodinamiche), e da 1800 a 2900 interventi all'ospedale Di Liegro nel medesimo arco temporale.

La tabella 23 mostra l'attività del PO Grassi, del PO Di Liegro e del CPO con i rispettivi ricoveri e pesi DRG per disciplina e/o reparto di degenza per l'anno 2013. Inoltre sono indicate per ogni specialità la percentuale di DRG a rischio di inappropriatazza ed il numero effettivo degli stessi. Si tratta dei Drg che possono essere trasferiti in altro regime di assistenza, in Day surgery o ambulatoriale con una liberazione di disponibilità di posti letto per il recupero di altri casi che attualmente vanno altrove.

Tabella 23. Attività dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta per disciplina/reparto di degenza. Sono indicati i casi trattati, la percentuale di casi medici e chirurgici e quella del Drg a rischio di inappropriatazza, nonché i casi reali di quest'ultima.

	U.O.	N°dimessi	% DRG Medic	% DRG Chir.	Peso medio DRG	%DRG inappropriati	N°DRG inappr.
P.O. G.B.Grassi	Cardiologia	1006	43,1	56,9	1,7	2,9	29
	Chirurgia generale	1181	25,3	74,7	1,3	16,3	192
	Medicina generale	1554	96,7	3,3	1	5,8	90
	Ortopedia	737	13,2	86,8	1,4	17,5	128
	Ostetr. Gln.	2556	60,4	39,6	0,6	8,6	219
	Pediatria	497	99	1	0,5	16,9	84
	Psichiatria	380	99,5	0,5		0,3	1
	Terapia intensiva*	160	65	35		1,9	3
	Sub Intensiva*	61	73,8	26,2		3,3	2
	Unità Coronarica	83	63,9	36,1	1,5	6	5
	Medicina d'urgenza	739	97,7	2,3	0,7	16,8	124
	Patologia Neonatale	231	100	0	0,7	1,3	3
<i>* parte dei ricoveri della Subintensiva sono stati codificati come terapia intensiva</i>							
P.O. Di Liegro	Chirurgia generale	486	6,4	93,6	1,3	4,1	20
	Medicina generale	1181	99,1	0,9	1	27,5	324
	Nefrologia	345	62,6	37,4	1,3	12,8	44
	Ortopedia	217	7,4	92,6	1,4	5,1	11
	Ginecologia	29	6,9	93,1	0,6	0	0
	Urologia	28	42,9	57,1	1,2	17,9	5
	Riabilitazione cod 56	472					
P.O.CPO	Unità spinale cod 28	118					

La tabella evidenzia la grande quantità ancora presente di DRG potenzialmente inappropriati per regime di erogazione della prestazione il cui spostamento a regimi più pertinenti permetterà la liberazione di risorse per recuperare mobilità in uscita.

Per quanto riguarda l'attività del Centro Paraplegici Ospedaliero CPO questa è tutta consistente in attività di Unità Spinale codice 28. Nei 28 posti letto ordinari e nell'unico posto letto di Day Hospital nel 2013 sono stati accolti rispettivamente 118 pazienti per un totale di 10.121 giornate di degenza (Tasso di occupazione del 100%), con una degenza media di 86 giorni. Pochi i pazienti seguiti in DH, 20 nell'anno per un totale di 451 accessi. Presso il CPO si erogano prestazioni a pazienti mielolesi, nel rispetto dei requisiti minimi assistenziali, la struttura per le urgenze fa riferimento al presidio Grassi. La provenienza dei pazienti ricoverati al CPO evidenzia che i residenti sono pari al 29 % per i ricoveri ordinari mentre sono 32,6% per i DH. La valorizzazione di produzione per l'anno 2013 dell'attività di riabilitazione del CPO è pari a 2.187.090 euro.

Alla luce del numero di strutture accreditate che insistono nel territorio aziendale, l'offerta assistenziale della riabilitazione in codice 56 per i pazienti residenti è rappresentata in maniera sostanziale dalle strutture accreditate. Infatti nel contesto aziendale insistono n° 748 posti letto accreditati post - acuzie la

cui ripartizione è rappresentata in altra sezione del documento (tabella 9).

PRONTO SOCCORSO E PERCORSO DELL'EMERGENZA

Gli accessi al Pronto Soccorso nel 2013 sono stati 57.043, pari a una media mensile di 4.753 accessi. Il numero dei codici rossi è stato pari a 2.209, con una media mensile di 184. Nel mese di agosto 2014, ultimo dato disponibile, la suddivisione di codici giunti in PS è quella riportata nella tabella 24

Tabella 24. Suddivisione del colore codici degli accessi in PS PO Grassi nel mese di agosto 2014.

Colore codice	Totale accessi	% accessi	% Ricoveri / Trasferimenti
Rosso	172	3,8	64
Giallo	1300	29	30,2
Verde	2949	65,7	6,2
Bianco	51	1,1	0
Non eseguito	14	0,3	14,3
Totale accessi	4486		

Da essa si evince come la maggior parte degli accessi al PS del PO Grassi sia in codice verde ma la maggior parte dei ricoveri o trasferimenti proviene dai codici rosso o giallo.

La tabella 25 elenca gli indicatori di performance individuati dalla Regione Lazio e monitorati dal 1 gennaio 2014. Da essa si evince come per gli indicatori 2 (rapporto pazienti in destinazione su pz presenti in PS, rilevato alle ore 14 del giorno Indico) e 3 (permanenza in PS di pazienti con indicazione al ricovero superiore alle 24 h), il PO Grassi abbia un profilo accettabile.

Tabella 25. Indicatori di performance Pronto Soccorso con il dato ad agosto 2014, ultimo disponibile.

	INDICATORE	1°tr.2014	Agosto 2014	STANDARD		
				Desiderabile> =95%	Accettabile 92-95%	Non adeguato <=91%
1	Chiusura schede PS <12 ore	85.05%	89.3%	Desiderabile< 10%	Accettabile 10-20%	Non adeguato >=21%
2	Rapporto pazienti in destinazione/pz presenti in PS ore 14.00	gennaio 13.33% febbraio 13.33% marzo 16.67%	12.9%	Desiderabile< 10%	Accettabile 10-20%	Non adeguato >=21%
3	Permanenza pz con esito ricovero >24ore	14.64%	12.2%	Desiderabile< 10%	Accettabile 10-20%	Non adeguato >=21%
4	Pazienti codice rosso in attesa di ricovero >24ore	16/650= 2.4%	11/172 = 6%	Desiderabile< 0.8%	Accettabile 0.8-1,5%	Non adeguato >=1.6%

Degli accessi in PS da Aeroporto di Fiumicino si è già detto in altra sezione del documento.

CURE PRIMARIE

L'assistenza sanitaria territoriale delle cure primarie è erogata attraverso l'organizzazione distrettuale, avvalendosi del necessario coordinamento ed approccio multidisciplinare, sia in ambulatorio che a domicilio, fra MMG, servizi di Continuità Assistenziale e poliambulatori specialistici. Essa comprende:

- l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale,
- l'assistenza specialistica ambulatoriale,
- l'assistenza domiciliare, integrativa e protesica
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- l'assistenza erogata presso i Consultori Familiari ed il TSMREE,
- l'assistenza farmaceutica,
- cura delle dipendenze.

Con riferimento all'assistenza sanitaria di base e continuità assistenziale, sul territorio sono presenti 490 Medici di Medicina Generale, di cui 383 associati in 76 UCP, e 85 Pediatri di Libera Scelta (PLS), di cui 55 associati in 13 UCPP.

La tabella 26 mostra la suddivisione per distretto dei MMG e dei medici di continuità assistenziale e le frequenze relative rispetto alla popolazione residente. La valutazione è fatta prendendo quale popolazione l'ultima rilevazione dall'anagrafe comunale (601.771 abitanti).

Tabella 26. Distribuzione per distretto dei MMG e dei medici di continuità assistenziale

Distretto	Fiumicino	Municipio X	Municipio XII	Municipio XI	Standard
N° MMG	49	159	139	139	//
Freq/1000 resid.	0,63	0,70	0,90	0,99	1/1000 resid.*
N° medici cont. ass.	9	14	9	9	//
Freq/ 6500 resid.	0,11	0,61	0,58	0,63	1/6500 resid.**
N° PLS	13	34	20	20	

* standard derivato da accordo collettivo nazionale 2009 art.33 comma 9 (1 medico ogni 1000 residenti);

** standard derivato da accordo regionale 2006 art 36 (1 medico ogni 6500 residenti).

L'assistenza specialistica ambulatoriale, oltre che nei poliambulatori ospedalieri, viene erogata presso i poliambulatori delle strutture pubbliche e accreditate localizzate nei quattro Distretti come indicato in tabella 27.

Tabella 27. Poliambulatori di erogazione prestazioni specialistiche suddivisi per distretto indicati per sede.

Distretto Fiumicino	Distretto Municipio X	Distretto Municipio XI	Distretto Municipio XII
4 sedi di erogazione	6 sedi di erogazione	4 sedi di erogazione	5 sedi di erogazione
Fiumicino via Coni Zugna	Repubbliche marinare	Commercity	Felchi
Fiumicino via Degli Orti	Acilia	Corviale	Colle Massimo
Fregene via Pineta	Ostia Antica	Vaiano	Consolata
Palidoro	S. Agostino		Massimina
	PO GRassi	PO Di Liegro	Ramazzini
	PO CPO		

L'attività ambulatoriale dei presidi pubblici compresi quelli ospedalieri, ha visto l'erogazione di 2.160.067 prestazioni, suddivise per branca specialistica ed espressi in volumi prestazionali così come riportati in tabella 28. Di esse, il 43% è erogato presso i presidi ospedalieri ed il 32% dai presidi non ospedalieri del distretto del Municipio X. Sui restanti presidi territoriali della Asl vengono erogate solo il 25% delle prestazioni ambulatoriali (distretto Fiumicino 13%, Municipio XI 5% e XII 6%). Ciò è praticamente dovuto a che la stragrande maggioranza della prestazioni (1.591.012) consiste in prestazioni di laboratorio analisi, compresi i prelievi ematici. Verosimilmente tuttavia è lecito supporre che i distretti dei Municipi romani vista la bassa % di produzione di prestazioni sul totale, non siano essi stessi esaustivi nei confronti della popolazione residente e che la stessa usufruisca di altri presidi, in particolare i poliambulatori della AO San Camillo Forlanini od anche strutture private accreditate.

La tabella 28 illustra la produzione di prestazioni ambulatoriali per residenti ASL Roma D da parte dei diversi erogatori ospedalieri. L'analisi della produzione dei presidi ospedalieri intra ed extra regione per la specialistica ambulatoriale mostra un analogo e ancor più accentuato ricorso a strutture accreditate e esterne al territorio aziendale. Solo il 18% del totale delle prestazioni è infatti erogato dall'azienda e il 13% dall'AO San Camillo Forlanini. Il privato accreditato produce il 31% dei servizi mentre il 38% della spesa riguarda prestazioni erogate in strutture pubbliche o private extra ASL. Particolare attenzione meritano alcune prestazioni per le quali l'offerta è in misura quasi esclusiva in capo a strutture esterne alla ASL, come nel caso della diagnostica radiologica (solo il 12% del valore complessivo delle prestazioni è effettuato internamente), dell'oculistica (11%), dell'oncologia (10%) o delle Risonanze Magnetiche (2%).

Tabella 28. Valorizzazione prestazioni specialistica ambulatoriale 2013 per presidio (migliaia di euro)

Disciplina	ASL Roma D		AO S. Camillo		Privato accreditato		Altro Reg. Lazio		Totale	
	Valore	%	Valore	%	Valore	%	Valore	%	Valore	%
Anestesia	34	15	38	16	3	1	157	52	232	100
Cardiologia	1.078	24	537	12	1.318	50	1.504	34	4.437	100
Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva	189	9	1	0	863	31	1.348	61	2.217	100
Chirurgia generale	154	15	218	21	81	8	611	57	1.065	100
Chirurgia Plastica	62	24	38	15	31	12	129	50	259	100
Chirurgia Vascolare -- Angiologia	435	17	366	6	1.206	46	818	31	2.625	100
Dermatofitopatia	312	11	621	21	1.049	36	957	33	2.939	100
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	0	0	179	6	328	11	2.465	83	2.973	100
Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	1.479	17	1.830	14	3.980	31	5.426	43	12.715	100
Endocrinologia	343	36	230	24	151	16	236	25	960	100
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	235	11	230	11	525	31	682	31	1.669	100
Laboratorio Analisi -- Radioimmunologia	6.843	27	3.384	11	9.535	31	10.871	36	30.422	100
Medicina dello Sport	11	35	10	30	0	0	11	35	32	100
Medicina Fisica e Riabilitazione	667	12	137	2	3.910	68	1.062	18	5.775	100
Neurologia	4.130	36	1.404	12	3.489	31	7.377	21	13.400	100
Neurochirurgia	2	3	29	44	7	10	28	43	55	100
Neurologia	278	20	208	15	391	28	528	37	1.405	100
Oculistica	603	17	1.084	20	1.283	24	2.444	45	5.420	100
Otorinolaringoiatria - Chirurgia maxillo-facciale	303	27	191	18	127	11	573	50	1.294	100
Oncologia	44	10	69	15	17	4	323	71	453	100
Ortopedia e Traumatologia	375	20	96	5	613	33	791	42	2.875	100
Ostetricia e Ginecologia	184	22	91	11	117	15	428	51	811	100
Otocolaringoiatria	369	29	168	13	424	34	293	24	1.254	100
Pneumologia	140	19	273	37	107	14	222	30	744	100
Psichiatria	114	32	89	24	20	5	186	52	399	100
Radioterapia	0	0	450	29	0	0	1.483	77	1.933	100
Risonanza Magnetica	70	2	851	22	1.462	37	1.558	40	3.941	100
Urologia	120	22	102	19	113	21	706	38	541	100
Altro	130	7	245	15	212	11	1.334	68	1.951	100
Totale	18.695	18	12.894	13	31.003	31	39.047	38	101.639	100

Le tabelle 29 e 30 mostrano i volumi di attività e la valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali delle strutture pubbliche, private e accreditate erogate ai residenti nel 2013, le percentuali rispettive di erogazione nonché la suddivisione per specialità e/o disciplina.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E CONTENIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA

Il Piano Nazionale per il Governo Liste d'Attesa 2013-2015 individua un elenco di prestazioni per le quali viene effettuato il monitoraggio dei tempi d'attesa. In particolare sono oggetto di monitoraggio regionale sia visite specialistiche che prestazioni di diagnostica strumentale. La Regione Lazio con DCA U00437/2013 ha tracciato le linee generali per il contrasto alle liste d'attesa. Nella consapevolezza dettata anche dai riscontri in letteratura che le liste d'attesa non si governano solo attraverso l'aumento dell'offerta ma soprattutto con la ricerca della appropriatezza della domanda, la Asl Roma D, con delibera 294/10 luglio 2014 ha adottato il proprio piano interno per il contrasto alle liste d'attesa. In esso le principali azioni sono:

- monitoraggio quindicinale per le prestazioni indice;
- "pulizia" delle liste d'attesa (esplicitata a pag. 87);
- Identificazione delle prestazioni e/o dei pacchetti di prestazioni con alta lista d'attesa;
- valutazione della possibilità di aumento della produttività interna (efficientamento);
- proposta di attività aggiuntiva formulata nella garanzia di un raggiungimento e mantenimento dell'abbattimento della lista d'attesa specifica (quindi non su base prestazionale);

Tabella 31. Andamento tempi di attesa per prestazioni critiche al settembre 2014

PRESTAZIONE	Tempi medi di attesa (settembre 2014)	Tempi medi di attesa (dicembre 2013)	PRESTAZIONI CRITICHE	Tempi medi di attesa aziendali DICEMBRE 2013	Tempi medi di attesa aziendali SETTEMBRE 2014
Vis. cardiologica - 89.7 CA	120	120	RMN colonna 88.93/89.93.1	120	120
Vis. chirurgica vascolare 89.7	65	65	RMN encefalo 86.91.1-88.91.2	65	65
Vis. endocrinologica - 89.7EN	90	90	RMN pelvi 88.95.4-89.95.5	90	91
Vis. neurologica - 89.13	75	75	RMN muscoli 88.94.1-88.94.2	75	75
Vis. oculistica - 95.02	205	205	Eco capillo collo 88.71.4	205	205
Vis. ortopedica - 89.7 OR	35	35	Dopplergrana cardiaca - 88.72.3	35	35
Vis. Ginecologica 89.26	25	25	Doppler tronchi sovraor. - 88.73.5	25	25
Vis. Otorinolaringoiatrica 89.7	18	18	Ecoaddome superiore - 88.74.1	18	18
Vis. Urologica 89.7	184	184	Eco addome inferiore - 88.75.1	184	184
Vis. Dermatologica 88.7	24	24	Eco addome in/infelvic - 88.75.1	24	24
Vis. Fisiatrica 89.7	16	16	Ecoaddome completo - 88.76.1	16	16
Vis. Gastroenterologica 89.7	15	15	Ecografia mammella 88.73.1-88.73.2	15	15
Vis. oncologica - 89.7 ON	14	14	Ecografia ostetrica - 88.78	14	14
Vis. Pneumologica 89.7	14	14	Ecografia ginecologica - 88.78.2	14	14
Mammografia bilaterale - 87.37.1	47	47	Colonscopia 45.23-45.25-45.42	47	47
Mammografia monilaterale - 87.37.2	47	47	Sigmoidoscopia 45.24	47	47
TAC bacino 88.38.5	41	41	EGDS con biopsia - 45.18	41	41
TAC rachide 88.38.2 - 88.38.1	68	68	Elettrocardiogram.halter 89.50	68	68
TAC addome S. 88.01.2-88.01.1	107	107	Elettrocardiogram.sforzo 89.49	107	107
TAC addome I. 88.01.4-88.01.3	107	107	Elettrocardiogramma 89.52	107	107
TAC addome C. 88.01.6-88.01.5	107	107	Audiometria 85.41.1	107	107
TAC torace - 87.41-87.41.1	16	16	Spirometria 89.37.1-89.37.2	16	16
TAC del capo - 87.03/87.03.1	138	138	Fondo oculare 85.09.1	138	138
			Elettromiografia 83.08.1	138	138

Fonte: Ufficio CUP Area Cure Primarie ASL RM D

- rimodulazione della attività in libera professione;
- ricerca di raccordo con i medici prescrittori per la definizione di protocolli di appropriatezza nella prescrizione delle prestazioni attraverso anche l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici e assistenziali condivisi.

Inoltre la ASL ha formulato il progetto sperimentale per l'abbattimento liste d'attesa per i prossimi tre mesi, progetto accettato dalla Regione Lazio con partenza dal 1° novembre fino al 31 gennaio. La tabella 31 mostra i tempi di attesa rilevati al 30 settembre 2014.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Presso i Distretti sono attivi i Punti Unici di Accesso (PUA) per tutti gli utenti con necessità sanitarie complesse o fragilità socio-sanitarie (diabetici, disabili, anziani fragili e non, minori con difficoltà, malati oncologici, di Alzheimer, situazioni di marginalità e povertà, cittadini immigrati,...), i quali operano in stretta collaborazione con i Municipi del Comune di Roma e con il Comune di Fiumicino e tutti servizi della ASL. Attraverso il PUA viene attivato l'intervento dei Centri di Assistenza Domiciliare (CAD) su segnalazione della famiglia del paziente o dei servizi socio-sanitari per gli utenti con limitazioni di mobilità permanenti o temporanee. L'assistenza viene attivata direttamente a domicilio del paziente o presso residenze protette, secondo un piano assistenziale definito con il concorso del MMG, dei medici specialisti e di altri operatori sanitari e sociali. Sul territorio sono presenti 6 PUA (uno per Distretto nei Distretti 1 e 3, due nei Distretti 2 e 4).

Allo stato attuale non esiste un sistema informatizzato complessivo ed esaustivo per la rilevazione di tutti i dati relativi al fabbisogno di assistenza domiciliare, alle richieste ai PUA ed a quelle prese in carico, dei piani assistenziali stilati dalle Commissioni Multidisciplinari nonché la tipologia di prestazione erogata e del piano assistenziale proposto e realizzato, dell'assistenza protesica ed integrativa.

Vi è invece un sistema di rilevazione delle prestazioni di specialistica domiciliare che sono regolarmente rilevate dal Sistema Informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) a partire dall'anno 2010. Pur non essendo esaustiva di tutta l'attività di assistenza domiciliare, essa è la sola esistente e per traslazione, costituisce la sola fonte informativa dei bisogni assistenziali che si manifestano in ambiti di popolazione caratterizzati da particolare fragilità.

L'ambito di rilevazione riguarda tutti gli interventi di assistenza domiciliare rivolti agli utenti residenti e vengono rilevate informazioni relative a:

1. cure palliative domiciliari a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive.
2. "dimissioni protette", tese ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

Nella tabella 32 vengono riportati i valori relativi alla presa in carico dei pazienti nel 2013. Dalla analisi dei tassi di assistenza si osserva anche in questo caso come siano difformi le modalità di presa in carico tra distretto e distretto anche all'interno delle diverse fasce di età. Si noti come il distretto di Fiumicino che ha bassi indici di vecchiaia e deprivazione abbia nella fascia di età 65-74 anni un alto tasso di assistenza domiciliare per 1000 abitanti a fronte del distretto 4 (Municipio XII) che ha il tasso più basso di presa in carico anche per la fascia di età 75-84 anni.

Tabella 32. Gli assistiti in carico all'assistenza domiciliare nell'anno 2013. Tasso per 1.000 residenti.

Età / anni	<65		65-74		75-84		+85		Totale	
	N.	Tassi x 1.000 ab	N.	Tassi x 1.000 ab						
Distretto										
Fiumicino	25	0,461	26	4,159	91	17,4	88	30,127	230	3,349
Municipio X	51	0,279	79	3,521	268	21,7	261	66,043	659	2,975
Municipio XI	64	0,539	85	4,574	272	23,5	354	105,925	775	5,090
Municipio XII	16	0,149	32	1,834	134	10,7	228	44,066	410	2,875
Totale	156	0,337	222	3,430	765	18,3	931	60,498	2.074	3,545

Fonte: SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare)

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare è ricompresa l'attività delle strutture accreditate che erogano prestazioni oncologiche con un setting di ospedalizzazione domiciliare e con un rapporto di 1 a 4 (4 posti letto domiciliari per ogni posto letto residenziale). L'ospedalizzazione domiciliare è offerta in prevalenza a pazienti oncologici e le strutture private accreditate che la offrono sono riportate in tabella 33. Si osserva come non esistano posti letto di "ospedalizzazione domiciliare" pubblici.

Tabella 33. Strutture accreditate che erogano assistenza residenziale (Hospice) e domiciliare oncologica a residenti ASL Roma D.

	Pl. domiciliari oncologici	Posti letto residenziali (Hospice)	N° pazienti in carico residenziale(**)	N° pazienti in assistenza domiciliare(***)
Merry House	36	9	201	36
Villa Maria Immacolata	16	4	*	
Fondazione Roma Sanita'	120	30	406	754
Totale accreditati	172	43	607	790

(*) La struttura è stata definitivamente accreditata il 1-10-2014 ed al momento attuale non vi sono dati disponibili.

(**) Fonte NSIS SISEI 2013 - (***) Fonte Direzione Sanitaria Strutture

Nell'ambito dell'Azienda, insistono due ospedali di continuità, uno presso la struttura Merry House con 20 posti letto e uno presso il P.O. Di Liegro con 15 posti letto.

ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'attività viene gestita prevalentemente tramite strutture accreditate. Gli enti di riabilitazione accreditati nel territorio aziendale sono 14, per un totale di 880 posti letto, prevalentemente di mantenimento di tipo A (Tabella 34). I dati relativi alle Residenze Sanitarie Assistite accreditate (484 posti letto) e hospice accreditati (43 posti letto) sono riportati in Tabella 35.

Tabella 34. Strutture accreditate residenziali e semiresidenziali

Struttura	Posti	
	semiresidenziali	residenziali
ANITAS-Ostia	33	
ANFAS-Roma Vitellia	150	
ANFAS-Roma Aurelia Antica	70	
Coop. AL PARCO	30	
RI.REI. – Majorana	50	
RI.REI. – Sbricoli	33	
ASSOCIAZIONE SCUOLA VIVA	80	
COES	65	
G.E.M.-CRI	16	45
S. MARIA della PROVVIDENZA	15	174
E.C.A.S.-S. Coop. Va	20	12
Padre Pio	15	12
Villa Sandra		30
S. Raffaele	30	
Totale	607	273

Tabella 35. RSA accreditate ed evidenziazione anche della attività residenziale in Hospice.

	RSA	RSA	RSA	Hospice
	intensiva	mantenimento (A)	mantenimento (B)	
Merry House	10	40		9
Villa Maria Immacolata		34	34	4
Parco delle rose		50	36	
Villa delle magnolie		41	39	
Corviale		40	20	
Villa Giulia		40		
Villa Carla		80		
RSA ebraica			20	
Fondazione Roma Santa				30
Totale accreditati	10	325	149	43

Nelle RSA che insistono nel territorio aziendale i pazienti trattati nel corso dell'anno 2013 sono stati per il 70% residenti della Roma D (394 su 562).

ASSISTENZA MATERNO INFANTILE

Oltre all'assistenza ospedaliera fornita dagli ospedali in questo settore e già descritta, sul territorio aziendale operano 11 Consultori Familiari, le cui attività sono illustrate nella tabella 36. Esse sono evidenziate quali prestazioni puntuali ed allo stato attuale non risulta possibile effettuare valutazioni di

presa in carico complessiva dei pazienti o di copertura della presa in carico delle gravidanze sul territorio. Occorre rilevare come nel 2013 i consultori territoriali abbiano seguito una importante parte di popolazione immigrata. Su un totale di 16767 utenti gli stranieri sono stati 3404 (20,3%) di questi il 47,2% è nella fascia di età 0-12 anni.

Sul territorio della ASL opera anche la struttura per il trattamento e riabilitazione dei minori con disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva (TSMREE- Tutela salute mentale riabilitazione età evolutiva), per la quale non sono stati reperiti dati di attività.

Tabella 36. Prestazioni dei Consultori Familiari per linea di attività e presidio

Linea di attività	Filinicino	Fregene	Casa del Parto Acqua Luca	Achila	Ostia	Corchiale	Magnana	Trullo	Bravetta	Colle Massimo	Maselmina	Monteverde	Totale
Anamnesi e valutazione, definite brevi	429	227		1.478	294	177	543	331	28	74	90	52	3.676
Colloquio psicologico clinico	603	78		102	344	117	309	528	139	42	91	380	2.993
Inserzione di dispositivo contraccettivo intrauterino (I.U.D.)	22	55		18	107	12	27	27	8	13	5	2	256
Diagnosi acustiche SOAE, TEOAE, OPOAE										12			12
Prelievo Citologico	7	10		18	22	4	53	5	12	87	41	9	186
Psicoterapia familiare (sedute)	164	22		79	30	17	75		45	11	10	97	580
Psicoterapia individuale	209	73		156	42	1	28		78	2	186	110	830
Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino	10	15		60	41	18	19	23	2	9	3	5	294
Training prenatale	157	74		119	90	74	55	101	82	66	3	107	961
Visita generale				516	575	31	30	1	107	169	50	10	1.537
Visita ginecologica	1.290	997		2.644	3.477	776	1.536	1.219	1.002	1.033	787	1.012	15.784
Totale	3.969	1.549		5.174	4.958	1.222	2.785	2.285	1.501	1.430	1.107	1.772	26.858
Attività NONSIAS consultori (accesso diretto). Anno 2013.													
Attività di Assistenza Sanitaria								59	725				784
Attività di ecografia	19	336		5	3	90	23	88	8	7		1	570
Attività di Ginecologia		3		282	53	9	53	4	0	1			421
Attività di Pediatria	23	1		174	154	23	7	15	4	7	8		424
Attività di Psicologia	295	149		271	446	90	160	101	250	29	179	189	2.222
Attività di Servizio Sociale	486			002	247	591		706	588	307	324	720	4.751
Attività Infermieristica	1.720	1.297		5.553	3.250	1.132	2.206	2.189	738	1.576	830	1.155	22.222
Attività Ostetrica	326	613	936	387	1.488	1.503	731	2.388	569	848	181	712	10.649
Attività Socio Assistenziale					78								78
Attività Tecnico Amministrativa				1	74							303	421
Altro													
Totale	2.875	2.399	936	7.472	5.836	3.432	3.003	5.488	2.082	2.770	1.502	3.142	42.541

Fonte: SIAS e dati consultori, Anno 2013

Fonte SIAS e dati consultori

ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'Area del Farmaco conduce correntemente attività di studio ed analisi delle prescrizioni farmaceutiche con particolare riguardo alla Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta. Tali attività sono svolte nell'ambito della Farmaco - epidemiologia e del Monitoraggio della Spesa Farmaceutica. Le analisi svolte sono finalizzate alla conoscenza dei profili prescrittivi al fine di rilevare elementi per la valutazione dell'uso/ consumo dei farmaci nell'ambito del territorio aziendale, gli effetti sulla spesa, anche alla luce dei principi di appropriatezza prescrittiva oggetto peraltro di vigenti provvedimenti Regionali.

Delle iniziative adottate, si segnala tra le principali, il monitoraggio trimestrale (realizzazione di report periodici con frequenza trimestrale) ad uso delle Direzioni Distrettuali e dei singoli Medici (Medici di Medicina Generale MMG e Pediatri di Libera Scelta). La Reportistica è prodotta in un Format in cui sono stati individuati e valorizzati una serie di indicatori relativi a classi farmacologiche ad alto impatto prescrittivo ed oggetto dei provvedimenti regionali e nazionali attualmente in vigore (Ace Inibitori, Sartani, Antipertensivi, Statine, Omega 3, Inibitori di Pompa Protonica, Inibitori della Ricaptazione della Serotonina, Osteoporosi e BPCO-Asma); l'elaborazione è strutturata per diversi livelli di aggregazione (Visione ASL, Visione Distretto, Visione Medico Prescrittore (Medico di Medicina Generale --MMG- e Podiatra di Libera Scelta --P.L.S-)

Gli indicatori scelti sono stati individuati con l'obiettivo di fornire indicazioni aggregate e disaggregate in merito a:

- o attitudini alla prescrizione di farmaci equivalenti (valorizzazione complessive in termini sia di spesa che di consumi)
- o descrizione dei profili prescrittivi con particolare riguardo ai pazienti nuovi ai trattamenti ed alle scelte terapeutiche nell'ambito dei farmaci a brevetto scaduto
- o descrizione dei profili di continuità/aderenza alla terapia nell'ambito delle patologie croniche.

La Reportistica è a disposizione delle Commissioni Distrettuali per l'Appropriatezza Prescrittiva (CAPD) rappresenta una base dati per le valutazioni/analisi collegiali delle prescrizioni in ambito locale ed è elaborata per singolo prescrittore e viene inoltrato anche a ciascun Medico, per una propria autonoma valutazione.

Sostanzialmente il monitoraggio verte su:

- o verifiche di adesione ai decreti regionali di riferimento: 45/09; 24/10; 106/2011; 79/2011;
- o verifiche di adesione alle limitazioni previste dalle note AIFA e rispetto Piani Terapeutici
- o verifica prescrizioni farmaci in fascia C in SSN
- o verifica indicatori Dca 156/2014 (PPI, statine, Coxib, Farmaci cardiovascolari).

Sono state introdotte anche analisi sulla prescrizione specialistica con particolare riferimento all'ambito dei Farmaci Biosimilari anche in ottemperanza alle disposizioni regionali sulla prescrizione nei pazienti *naïv*.

L'andamento della spesa farmaceutica viene monitorato utilizzando i flussi previsti all'art 50 L. 326/2003, Sistema Tessera Sanitaria (TS- MEF), disponibili attraverso convenzioni con collaborazioni esterne.

Tale sistema di monitoraggio è stato avviato nell'ambito della Regione Lazio, dal secondo semestre dell'anno 2008. Pertanto i primi dati consolidati su base annuale sono riferibili al 2009.

Per quanto sopra e ritenendo dover assicurare una visione omogenea e confrontabile, i dati sono presentati in serie storica e su base annuale a partire dall'anno 2009 fino al 2014 (dati disponibili Gennaio - Luglio)

I dati registrati per l'indicatore mostrano, nel corso degli anni, una tendenza all'incremento del numero delle ricette per l'ASL RomaD come per la Regione Lazio. Nella Tabella 37 sono rappresentati gli scostamenti calcolati per ciascun anno rispetto al precedente.

Tabella 37. Numero ricette per Anno. Variazione rispetto anno precedente

	2009	2010	2011	2012	2013	2014* (Gen_Lug)
ASL RomaD	n.d.	+4,31%	+1,08%	+0,57%	+2,96%	+1,36%
Regione Lazio	n.d.	+4,41%;	+2,72%;	+0,20%;	+3,65%.	-0,60%

(*) dato calcolato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente

Contrariamente all'indicatore precedente si registra per la Spesa Lorda una costante diminuzione dei valori passando dai 154.742.510 € del 2009 ai 115.037.058€ del 2013. Per l'anno 2014 si registra per il periodo Gennaio - Luglio (dato a oggi disponibile) un valore pari 68.598.610€.

Nella Tabella 38 sono presentati gli scostamenti della Spesa Lorda, registrati per singolo anno rispetto al precedente, da cui si rivela per la ASL un risultato in prevalenza, migliore rispetto alla media regionale.

Tabella 38. Spesa Lorda per Anno. Variazione rispetto anno precedente - Fonte TS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (*) Gen_Lug
ASL RomaD	n.d.	-1,68%	-4,96%	-10,10%	-2,31%	-1,85%
Regione Lazio	n.d.	+1,18%;	-5,27%;	-10,43%	-0,68%.	-1,84%

(*) dato calcolato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente

L'analisi dei dati sopra esposti fa presupporre che il decremento di spesa sia il risultato di una domanda prescrittiva crescente in risposta a bisogni terapeutici aumentati, ma che si traduce in scelte prescrittive più razionali e probabilmente più appropriate in termini di costo/efficacia (grazie anche alle attività, in questo senso dedicate, da parte di questo Servizio).

Ulteriori conferme pervengono dal dato di Spesa Netta per il quale l'Azienda registra una posizione di rilievo in ambito regionale; la variazione % dei confronti annuali infatti, vede allineata la posizione Aziendale alla media regionale, registrando per i primi sette mesi dell'anno 2014 uno scostamento pari a -3,68% (media regionale -3,52%)

Performante risulta il dato dell'indicatore Spesa lorda per 1000 assistiti posati die che ha fatto registrare all'Azienda ROMA D una posizione di spicco sia in ambito regionale che in un più ristretto ed omogeneo ambito cittadino. Infatti, a partire dalle rilevazioni del 2010 (uniche disponibili sul cruscotto del sistema Tessera Sanitaria, TS), l'Azienda ha registrato, nelle rilevazioni annuali, uno scostamento rispetto al dato medio regionale sempre inferiore di almeno 4 punti percentuali raggiungendo massimi risultati con la migliore performance in ambito regionale nel corso dell'anno 2012, dato confermato e consolidato nell'anno 2013 e 2014 (al luglio 2014). La tabella 39 ne evidenzia l'andamento.

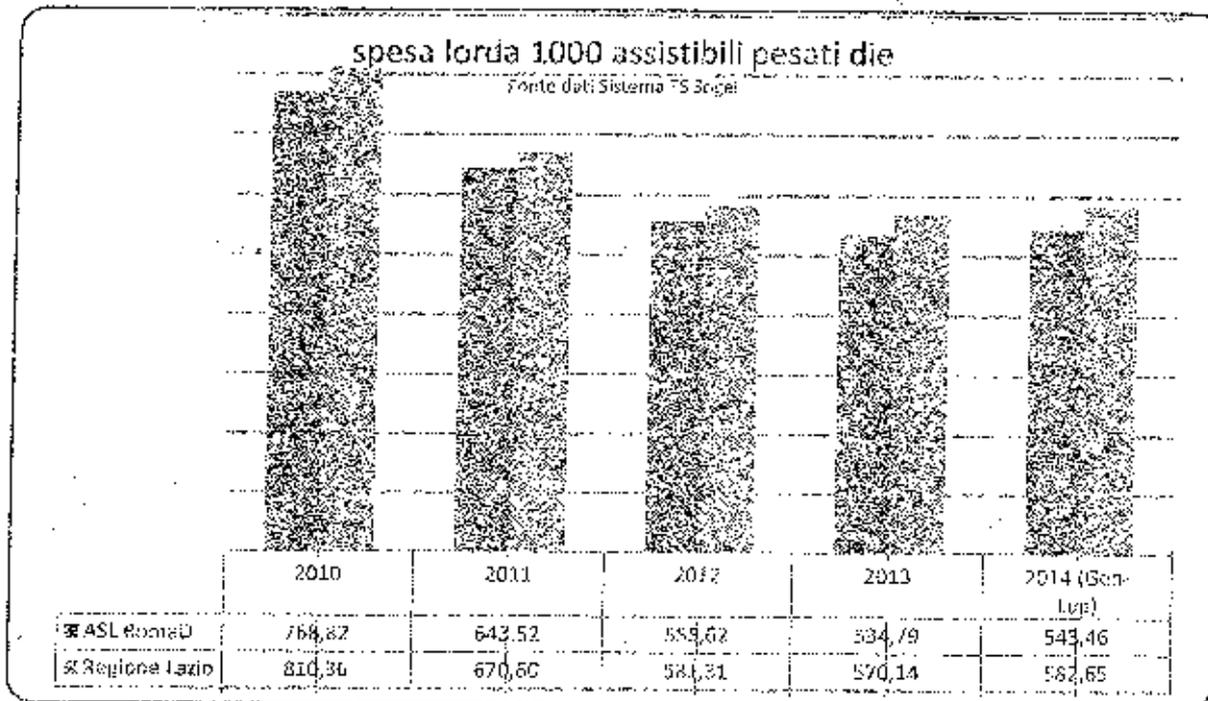
Tabella 39. Spesa lorda per 1000 ass. pesati die. scostamento % rispetto Media regionale – Fonte TS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (*)
ASL RomaD	n.d.	-9,13%	-4,04%	-1,42%	-6,70%	-6,73%

(*) dato calcolato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, gennaio – luglio.

Nella figura 9 sono rappresentati in valore assoluto, i dati di Spesa lorda 1000 assistibili pesati die a confronto con il dato Medio Regionale.

Figura 9. Spesa lorda 1000 assistibili pesati die – Confronto ASL RomaD vs Media Regione Lazio



ASSISTENZA E CURA DELLE DIPENDENZE

Le attività aziendali nel campo della cura delle dipendenze sono svolte da due SER.T., uno localizzato in area urbana e uno in area litoranea, dedicati alla prevenzione primaria, diagnosi e cura delle tossicodipendenze, oltre che all'educazione professionale e all'assistenza sociale.

I pazienti in carico nel primo semestre 2014 rispettivamente sono stati:

- **Sert Area Litorale** - Presidio Tagaste (Municipio X e Fiumicino) la cui attività si riassume in Nuovi utenti 44, Utenti già in carico 581 TOTALE 625
- **Sert Area Romana** - (Municipio XI e XII) : sedi a Casaletto, Presidio SIACD (Servizio interdirezionale per gli accertamenti e cura delle dipendenze) la cui attività si riassume in : nuovi utenti 81, Utenti già in carico 496 TOTALE 577

Il Servizio SIACD cura più linee di attività : Sportello Giovani e Famiglie, Centro per le dipendenze comportamentali, Accertamenti e prestazioni su lavoratori con mansioni a rischio di terzi, Accertamenti e prestazioni sanitarie su cittadini ai sensi di varie normative.(L. 09/07, D.Lgs 285, L.149/01,476/98 e

184/83.D.M.S. 28 Aprile 1998. Nel territorio della ASL insiste anche la struttura "Villa Maraini", struttura del privato accreditato che concorre a garantire l'assistenza residenziale e semi - residenziale sul territorio.

SALUTE MENTALE

La rete aziendale dei servizi di salute mentale conta su 4 Centri di Salute Mentale (CSM) territoriali uno per distretto e due Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, uno presso l'ospedale Grassi (Area litoranea) e l'altro presso l'AO San Camillo (Area Romana). Il totale dei posti letto è di 28 per acuti e 5 DH. I ricoveri ordinari effettuati nel 2012 presso i due SPDC sono stati 674, per 552 pazienti, i DH 396 per 385 pazienti. La rete territoriale, oltre ai Centri di Salute Mentale, conta 7 centri diurni, 4 ambulatori e 3 strutture residenziali (per un totale di 26 posti letto). I pazienti con un trattamento in corso presso le strutture aziendali al 31/12/2013 sono stati 4.907, pari al 8,3 per 1000 abitanti. Di questi il 42% era affetto da disturbi classificati "gravi".

A ciò si somma l'offerta privata accreditata: sul territorio aziendale sono presenti due strutture residenziali, per un totale di 165 posti letto, e una comunità terapeutica, tutte in corso di accreditamento. Tali strutture erogano prestazioni a residenti e a pazienti provenienti da altre aree regionali, così come alcuni residenti sono in carico a strutture accreditate localizzate al di fuori del territorio aziendale. Al 31/12/2013 i residenti in trattamento presso le strutture private regionali erano 122 (50 nelle strutture residenziali e 72 nelle comunità terapeutiche).

Le tabelle 40 e 41 riportano un sunto dell'attività ospedaliera e territoriale erogata. Da esse si evince un'alta durata della degenza ospedaliera nonché un consistente numero di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO).

Tabella 40. Attività Ospedaliera anno 2013 erogata presso i due SPDC a gestione diretta e le strutture private in via di accreditamento quali strutture residenziali delle quali, la struttura Villa Armonia Nuova ancora nel 2014 ha erogato attività in acuzie.

Struttura	PL	Dimessi	% TSO	gg. Degenza	Degenza Media	Residenti
SPDC						
G.B. Grassi	13	389	10,5	6.237	16,0	300 (77,1%)
c/o ASO S. Camillo	15	468	15,2	5.261	11,2	308 (65,6%)
Totale	28	857		11.498	13,4	608 (70,9%)
SPDC Day-Hospital						
G.B. Grassi	2	48		59	1,2	47 (97,9%)
c/o ASO S. Camillo	3	235		579	2,5	126 (53,6%)
Totale	5	283		638	2,3	173 (61,1%)
CdC NEURO PSICHIATRICHE ACC.						
Villa Armonia Nuova	100	778		30.500	44,2	209 (26,9%)
Villa Giuseppina	88					
Totale	188					

Tabella 41. Attività Territoriale anno 2013

Struttura	N.	N. Tratt.	Pers. Trattate	Attività
GSM + AMBULATORI	8	8.164	7.598	98.562 Prestazioni
al domicilio del paziente			448	5.127 Prestazioni
CENTRI DIURNI	7	353	343	22.377 Accessi
STRUTTURE RESIDENZIALI	2 (26 PL)	34	37	8.175 Accessi

Le due strutture private che insistono sul territorio ASL Roma D, sono oggetto di un complesso percorso di riconversione che ne prevede la completa trasformazione in strutture residenziali psichiatriche a diversa complessità assistenziale (terapeutico riabilitative, socio riabilitativo o per trattamenti intensivi territoriali). L'assetto definitivo sarà quello della tabella 42. Si noti come in ognuna di esse saranno presenti tipologie diverse di setting assistenziali.

Tabella 42. Strutture residenziali private per la salute mentale

	STPIT	SRTRI	SRTRe	SRSR24h
Villa Armonia Nuova	30	10	10	27
Villa Giuseppina		20	10	58
Totale accreditati	30	30	20	85

STPIT = strutture per trattamenti psichiatrici intensivi territoriali; SRTRI = strutture residenziali terapeutico-riabilitative a carattere intensivo; SRTRe = strutture residenziali terapeutico-riabilitative a carattere estensivo; SRSR24h = strutture residenziali socio-riabilitative.

I costi degli interventi per la Residenzialità per l'assistenza sanitaria per la salute mentale nell'anno 2013 sono riportati nella tabella 43. Da essa si evince come sul territorio Asl sono presenti 3 comunità terapeutiche che hanno trattato l'equivalente di 26 pazienti in confronto ai 70 pazienti trattati fuori Asl su 28 strutture terapeutiche. Da essa si evince inoltre come ben il 67% del valore economico dell'assistenza venga fornito da strutture fuori Asl.

Tabella 43. Ripartizione dell'assistenza terapeutica fornita a residenti ASL Roma D in funzione del territorio di erogazione della stessa e della tipologia di struttura.

Strutture	In ASL			Fuori ASL			Fuori Regione Lazio		
	n	pazienti	Costo	n	pazienti	Costo	n	pazienti	Costo
Comunità Terapeutiche	3	26	832.295,00	28	70	1.999.502,31	4	4	94.421,45
Case famiglia	22	65	714.746,77						
Case di cura accreditate			3.037.380,06			7.249.448,82			
Totale strutture	25	91	4.584.421,83	28	70	9.248.951,13	4	4	94421,45

Nel dettaglio, il costo delle comunità terapeutiche ASL Roma D, costo totale di €832.295,00 è ripartito sulla comunità "Crescenzo dal Monte" (n. 8 PPLI) per € 148.390,38 ; sulla comunità "Mazzacurati" (n. 10 PPLI) per € 422.893,05 e su "Spinarello" (n. 8 PPLI) per € 261.012,62.

Le "Case Famiglia" o gruppi appartamento sono costituite da 22 strutture distribuite sui territori come già indicato nella sessione sulle strutture sanitarie. Quattordici di esse sono finanziate dal comune per un totale di 50 utenti presi in carico, 6 con finanziamenti da parte degli utenti stessi e familiari o/o sussidi per un totale di 15 utenti assistiti. Di queste, una è di proprietà della ASL. L'assistenza è erogata attraverso l'utilizzo di contratti con cooperative per un costo totale € 714.746,77 e personale ASL a fascia oraria.

Forme assistenziali e terapeutiche alternative sono i soggiorni estivi, finanziati totalmente dal Comune per i pazienti per il 2013 in ammontare di 52.486 €, mentre il costo del personale è a carico della ASL (costo straordinario 3968,20 per 152 giorni € 28.377,60 nel 2013) ed i sussidi (borse lavoro- tirocini), finanziati totalmente dal Comune.

La tabella 44 mostra la produzione dei due SPDC e la tabella 45 la mobilità intraregionale per i pazienti acuti ricoverati nei diversi SPDC della Regione Lazio ed i corrispondenti parametri assistenziali nonché la valorizzazione economica in migliaia di euro.

Tabella 44. Produzione SPDC ASL Roma D, anno 2013.

SPDC	Struttura	Urgenti	Valore	Urgenti	Urgenti	Urgenti	Urgenti	Urgenti	Urgenti	Urgenti
061	OSPEDALE G. B. GRASSI	389	6.237	988.821	48	59	11.450	437	6.298	1.060.250
901	AZ. OSP. SAN CAMELO - FORLANINI	468	5.263	1.038.253	235	579	115.020	703	5.840	1.158.283

Tabella 45. Mobilità intraregionale e ricoveri negli SPDC (Servizio Diagnosi e Cura Psichiatrica) a gestione diretta per Residenti ASL Roma D – anno 2013

SPDC	Struttura	Urgenti								
901	AZ. OSP. SAN CAMILLO - FORLANINI	308	3.828	700.014	125	300	58.893	434	4.188	767.907
061	OSPEDALE G. B. GRASSI	300	4.518	795.262	47	57	11.068	347	4.570	776.330
905	POLICLINICO A. GEMELLI F.C.I.C.	-	-	-	88	1.294	262.893	90	1.294	262.893
920	AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	22	275	54.775	43	349	69.812	68	824	124.587
906	POLICLINICO U.I.	17	236	42.130	18	349	69.577	35	585	106.707
086	OSPEDALE S. EUGENIO	23	144	46.120	-	-	-	23	144	46.120
026	OSPEDALE GENERALE SANTO SPIRITO	12	61	32.429	2	12	2.292	14	73	34.721
903	AZ. COMPL. OSP. S. FILIPPO NERI	13	64	22.850	3	1	191	14	85	23.041
052	OSPEDALE A. ANGERUCCI	13	134	31.501	-	-	-	13	134	28.501
902	AZIENDA OSP. S. GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA	11	53	19.244	-	-	-	11	53	19.244
919	AZIENDA OSPEDALIERA SANTI'ANDREA	7	76	13.800	-	-	-	7	76	13.800
019	OSPEDALE S. CAMILLO DE' LICIUS	5	61	12.038	-	-	-	5	61	12.038
267	OSPEDALE SANDRO PERTINI	5	33	11.881	-	-	-	5	36	11.881
044	OSP. RIUNITI ALBANO - GENZANO	2	35	4.305	1	1	137	3	36	4.442
047	OSP. S. SEBASTIANO FRASCATI	2	51	5.398	-	-	-	2	51	5.398
053	OSPEDALE SAN GIOVANNI EVANGELISTA	2	10	2.135	-	-	-	2	10	2.133
072	OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	2	2	316	-	-	-	2	2	316
271	OSPEDALE DI BELCOLLE	2	12	3.884	-	-	-	2	12	3.884
015	OSPEDALE CIVILE SAN PAOLO	1	2	298	-	-	-	1	2	298
200	PRESIDIO OSPEDALIERO NORD	1	1	162	-	-	-	1	1	162
226	OSPEDALE CIVILE S. S. TRINITA' N. SEDE SORA	1	1	277	-	-	-	1	1	277

PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione concorre all'obiettivo primario di tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro riconducibili ai LEA. Le attività del dipartimento sono svolte in 12 sedi distribuite nel territorio aziendale. Se consideriamo anche le sedi di vaccinazione, esse diventano 21.

Il Dipartimento ha compito anche di promuovere, coordinare e uniformare gli interventi di educazione e promozione della salute programmati dalle strutture aziendali. Le linee di attività sono:

- Promozione della salute e degli stili di vita;
- Tutela della salute pubblica ed immunoprofilassi;
- Tutela della salute negli ambienti di lavoro;
- Tutela e controllo della filiera di produzione degli alimenti sia ad uso animale che umano, nonché tutela della nutrizione umana;
- Tutela della salute animale negli allevamenti produttivi e degli animali domestici;
- Medicina dello sport.

Nell'ambito delle attività di prevenzione la Sanità Pubblica Veterinaria, attraverso le strutture dislocate sul territorio aziendale, assicura i servizi di sorveglianza epidemiologica e profilassi delle malattie infettive degli animali, igiene urbana veterinaria, gestione del canile sanitario sovra zonale di Roma Capitale, controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale, vigilanza e controllo sugli animali da esperimento, sui mangimi e sui farmaci ad uso veterinario.

Con riferimento alle attività di prevenzione, la tabella 46 riporta alcuni dati prestazionali generali ma di rilievo delle singole linee di attività del dipartimento negli anni 2012 e 2013. Si osservi come la rilevazione dei dati fornisca informazioni di tipo prestazionale "puntuale" e su attività tradizionali del dipartimento, quali ispezioni, controlli certificazioni, autorizzazioni etc. La rilevazione degli outcome della prevenzione è ancora oggi limitata alle sole coperture vaccinali, agli screening oncologici ed in maniera non sistematica a qualcuna delle linee di attività sottoriportate.

Tabella 46. Prestazioni della Prevenzione per "linea di attività", anni 2012 e 2013.

		Anno 2012	Anno 2013
Promozione della salute	<i>Interviste "Passi" e p. "Argento"</i>	2320	2016
	<i>"Counseling" alimentare, tabagismo</i>	480	405
Igiene degli alimenti e nutrizione	<i>Autorizzazioni certificazione</i>	925	1126
	<i>Vigilanza, ispezione e controllo</i>	3143	2372
Tutela salute luoghi di lavoro	<i>Indagini epidemiologiche, sorveglianza e profilassi</i>	1136	940
	<i>Autorizzazione certificazione</i>	2051	2126
Igiene e sanità pubblica	<i>Vigilanza, ispezione e controllo</i>	7170	8016
	<i>Indagini epidemiologiche, sorveglianza e profilassi</i>	98	143
	<i>Autorizzazione certificazione</i>	3251	3114
	<i>Vigilanza, ispezione e controllo</i>	1672	1717
	<i>Indagini epidemiologiche,</i>	6589	10252

	<i>sorveglianza e profilassi</i>		
Medicina dello sport	<i>Prestazioni di tipo clinico</i>	289	721
	<i>Pareri, vigilanza, controlli</i>	98	73
Sanità animale	<i>Autorizzazioni, certificazioni</i>	28104	49356
	<i>Vigilanza, ispezione, controlli</i>	604	448
	<i>Indagini epidemiologiche, sorveglianza, profilassi</i>	26481	25707
Igiene alimenti origine animali	<i>Autorizzazioni, certificazioni</i>	339	366
	<i>Vigilanza, ispezioni, controlli</i>	3310	2968
	<i>Indagini epidemiologiche, sorveglianza, profilassi</i>	15	4
Igiene allevamenti e produzioni	<i>Autorizzazione, certificazioni</i>	6457	6120
	<i>Vigilanza, ispezioni, controlli</i>	3357	3022
	<i>Indagini epidemiologiche, sorveglianza, profilassi</i>	32	83
Canile sanitario sovra zonale	<i>Autorizzazioni, certificazioni</i>	36364	36690
	<i>Vigilanza, ispezioni, controlli</i>	6115	6190
	<i>Indagini epidemiologiche, sorveglianza, profilassi</i>	37121	42854
Educazione, formaz. sanitaria	<i>Eventi formative</i>	353	355
(tutto il dipartimento)	<i>Persone coinvolte</i>	8038	13384

La copertura vaccinale è in linea con quanto richiesto dai programmi regionali, tranne che per l'antimeningococcica di tipo C, ma con lieve scarto. La tabella 47 illustra i quattro tipi/momenti vaccinali sui quali si valuta l'efficacia di copertura della popolazione. A questi dati vanno aggiunti anche quelli dei soggetti obbltori per le vaccinazioni dell'obbligo (polio, epatite B, tetano e difterite) negli ultimi sei anni sono stati pari a 164 con una media di 27 all'anno.

Tabella 47. Copertura vaccinale

	3° dose esavalente	1° dose MPR	1° dose meningococco C	3° dose pneumococco
Copertura a 24 mesi dei nati 2011	89,6%	93,6%	78%	96,5%
Standard regionale	95%	93%	80%	95%

La copertura del vaccino HPV è pari al 70% delle bambine nate nel 2000, al 66% delle nate nel 2001 e al 49,4% delle nate nel 2002. La copertura della vaccinazione antinfluenzale della campagna 2013/2014 sui soggetti >=65 anni è stata pari al 54,7%.

L'attività di screening oncologico erogata nell'ambito del programma screening aziendale (tabella 48) presentava nel 2013 valori in un numero di prestazioni di primo livello erogate (36% della popolazione target) di poco al di sotto degli obiettivi regionali (45%) per il carcinoma mammario. I dati relativi allo screening per cervicocarcinoma (12%) e tumore del colon retto (2%) mostrano una situazione ancora

notevolmente al di sotto dell'atteso. Si deve tuttavia considerare che, almeno per lo screening per tumore alla cervice uterina, vi è un ricorso a esami diagnostici con ricorso a spesa privata o a servizi aziendali ma al di fuori del programma screening, come illustrato dai risultati dello studio PASSI.

Tabella 48. Attività di screening oncologico

	Inviti a screening / popolazione target*			Screening effettuati** / popolazione target*		
	Target	2013	2014 (I sem)	Target	2013	2014 (I sem)
Mammella	90%	100%	71%	45%	50%	38%
Cervice uterina	90%	59%	40%	36%	12%	20%
Colon retto	90%	3%	7%	11%	2%	2%

* Popolazione target annuale da coinvolgere nel programma screening

** Esclusa quota pz isterectomizzate, mastectomizzate, già operati, pap test, mammografia o colonscopia recenti, deceduti, trasferiti, inviti ritornati

2.3 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

La Tabella 49 offre una sintesi complessiva dell'attività aziendale riportando i valori della ASL Roma D per le voci relative ai Livelli di Assistenza indicati sui Programmi Operativi Regionali. I dati proposti fanno riferimento a tutte le strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio aziendale. Da essa emerge come il totale delle dimissioni sia di poco superiore al valore target regionale, e come l'offerta di posti letto per acuti sul territorio aziendale (inclusendo quindi strutture private accreditate, l'AO San Camillo Forianini e l'IRCCS Spallanzani) sia superiore rispetto agli standard identificati a livello nazionale.

Con riferimento ai valori di appropriatezza, la degenza media preoperatoria (2,87 gg) presenta valori decisamente più elevati rispetto agli obiettivi regionali (1,85). La percentuale di pazienti anziani in ADI (6,8%) è invece superiore al valore di riferimento (4%), l'offerta di posti letto per assistenza residenziale e semiresidenziale è decisamente inferiore all'obiettivo (3,87% rispetto a 10%), mentre l'offerta residenziale e semiresidenziale di riabilitazione per disabili fisici e psichici, pari a 1,58 per 1000 abitanti, è più che doppia rispetto ai valori di riferimento (0,6). Da ultimo, si può notare come i livelli di attività degli screening oncologici, come già riportato in precedenza, sono ampiamente al di sotto dell'atteso.

Tabella 49. Sintesi livelli essenziali di assistenza 2010-2013 ASL Roma D.

Livelli di assistenza	2010		2011		2012		2013		valore di riferimento	Fonte
	Valore	tasso	Valore	tasso	Valore	tasso	Valore	tasso		
Assistenza Ospedaliera										
Valore Annuale										
Totale dimissioni	100.829	183	94.735	172	94.556	172	91.525	166	160*1000 ab	Legge 135 del 7/8/2012
numero dimissioni in DO	65.027		61.951		61.066		60.915			
numero dimissioni in DiI	35.187		36.571		35.165		34.151			
Incidenza dimissioni DI sul totale dimessi	33%		39%		38%		38%		25%	
Posti letto										
Totale numero PL	2.647	4,5	2.782	4,7	2.756	4,7	2.713	4,5	3,7*1000 ab	Legge 135 del 7/8/2012
Numero PL per acuti	2.606	3,4	2.371	3,7	2.140	3,6	2.095	3,5	3,0*1000 ab	
Numero PL posti acuti	642	1,1	608	1,0	136	0,2	620	1,0	0,7*1000 ab	
Inappropriatezza										
tasso ospedalizzazione 158 DRG (fetto per la salute 2010-2012)		18		17		13		19	<=25	Griglia LEA
T.O over 75 anni per 1000 ab. Anziani	20.073	351,4	19.106	345,6	19.548	341,3	20.556	345,9 (anno 2011)	V.N. Resp	
Urgenza media preoperatoria		2,6		2,64		2,56		2,38	1,05	BU
Assistenza Territoriale										
Assistenza domiciliare										
% anziani in ADI		5,06		5,97		5,78		6,08	>=8%	Griglia LEA
Assistenza residenziale e semi-residenziale										
Numero PL in RSA per 1000 abitanti (Anziani)	374	3,10	374	3,23	395	3,14	484	3,87	>=30%	Griglia LEA
Numero PL residenziali e semi-residenziali per riab, disabili fisici e psichici (in PL e z. tecniche. Per riab. Disabili fisici psichici per 1000 ab)	786	1,44	886	1,48	916	1,62	946	1,58	>=0,6%	
Numero PL longive (media deceduti per tumore)		1,29		1,32		1,74		1,90	>=1%	
Numero PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per postobiti Salute Mentale per 1000 ab)	26	0,4	26	0,5	26	0,43	26	0,48	3,6%	
Prevenzione										
Screening oncologici quote residenti che hanno effettuato test di screening oncologici (tumori mammella, cervice uterina, colon retto) in programmi organizzati? (in allegato griglia LEA)		4		2		4		2	screening >=3 normale /-8 minimo 5-6 rilevante ma in miglioramento 0-4 non accettabile	Griglia LEA
(Punto e) Erogazione dei LEA risorse dedicate all'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	29,08		45,05		45,93		42,45		per 1000 dipendenti	

La tabella è stata predisposta sulla base delle indicazioni del documento del Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria Ufficio VI- Adempimento "mantenimento dell'erogazione del LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2012 (redatto a maggio 2014). Per i PL utilizzati sono stati utilizzati i dati del sistema NSIS modelli Ministeriali, fatta eccezione per l'Az. Osp. San Camillo Forlanini e IRCSS Spallanzani. Per il Az. Osp. San Camillo Forlanini i dati sui posti letto sono stati acquisiti dal relativo Bollettino Statistico prodotto dal S.I.A. (Sistema informativo aziendale) della AO SCF. Per l'IRCSS Spallanzani i dati sui posti letto sono stati acquisiti dal DCA BU. L'elaborazione è stata fatta su residenti ASL RMD ricoverati e/o assistiti dalle strutture pubbliche e/o private accreditate (comprese l'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini e IRCSS Ente di Ricerca Spallanzani)

2.4 PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI

Il Programma Nazionale Esiti è gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute nel rispetto della legge 189/2012 (la 'spending review'). I dati del "P.Re.Val.E 2013" sono riferiti al periodo 2007-2012; gli indicatori di esito sono calcolati per condizioni in cui esistono trattamenti di provata efficacia, la cui offerta dovrebbe essere garantita in modo equo a tutta la popolazione, come, ad esempio, per citarne alcune, la cura tempestiva della frattura di femore, della colicistite acuta o l'angioplastica.

Per ogni singola struttura o per popolazione residente, il valore di ogni indicatore è calcolato tenendo conto delle caratteristiche individuali e di gravità dei pazienti e i risultati sono confrontati sia con i valori medi regionali che con le strutture con performance più favorevoli, oltre che un confronto con i dati del Programma Nazionale Esiti.

Nella maggior parte delle applicazioni gli indicatori di valutazione degli esiti degli interventi sanitari sono espressi come rapporti in cui il numeratore è rappresentato dal numero dei trattamenti/interventi erogati o dal numero di pazienti che hanno sperimentato l'esito in studio, il denominatore dal gruppo di pazienti che riceve quel trattamento/intervento o dalla popolazione a rischio. In altri

casi gli indicatori di esito possono essere espressi come misure di durata/sopravvivenza/attesa (per esempio, il tempo di attesa tra frattura-intervento femore).

La misura di associazione utilizzata è il **Rischio Relativo (RR)**. Il RR è calcolato come rapporto tra due rischi ed esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore.

Il **valore di p** rappresenta la probabilità che il rischio relativo osservato differisca da uno (ipotesi nulla) solo per effetto del caso. Un valore di *p* prossimo all'unità indica, ad esempio, che un RR di mortalità non è diverso da 1; in altri termini le mortalità nei due gruppi posti a confronto non sono, dal punto di vista statistico, significativamente diversi. Un valore di *p* basso, al contrario, indica che la differenza osservata tra i due gruppi non è imputabile esclusivamente all'effetto del caso. In particolare, valori di *p* minori o uguali a 0.05 indicano che le mortalità nei due gruppi sono, dal punto di vista statistico, significativamente diversi.

La ASL Roma D identifica nel P.Re.Val.E lo strumento di analisi di qualità per i propri interventi sanitari sia in ambito delle attività a gestione diretta che per quelle erogate attraverso il privato accreditato. Gli indicatori principali che riguardano la ASL Roma D sono di seguito elencati e ne viene data una rappresentazione dello stato dell'arte attuale fornendo la base di valutazione per gli interventi sulla qualità organizzativa e clinica dell'assistenza

Numerosi indicatori sia territoriali che ospedalieri sono inclusi nel programma ed alcuni di essi sono forniti a livello distrettuale. Il programma informatico funziona "a cascata" e presenta numerosi menù "a tendina". A titolo esemplificativo, si riportano alcuni esempi di interesse per la ASL Roma D.

Tabella 50. Alcuni indicatori del Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2014 per la ASL Roma D e per il Po Grassi.

INDICATORE	N.	%		RR *	P
		GREZZA	ADJ.		
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (analisi con variabili cliniche) (struttura di accesso) PO Grassi	201	3,79	3,43	0,92	0,659
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di accesso) ASL RMD	854	3,78	3,95	0,98	0,849
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 5 giorni (analisi con variabili cliniche) ASL RMD	111	55,56	54,16	0,96	0,208
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: ASL RMD	673	66,42	66,93	1,10	0,000
Effettiva del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (analisi con variabili cliniche) (struttura di accesso) PO Grassi	173	25,14	25,50	0,75	0,004
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (analisi con variabili cliniche) (struttura di accesso) ASL RMD	594	46,13	45,81	1,46	0,000

- Nella selezione dei dati si è attuato dal programma PREVALE si è attivato il Filtro "Confronto con media regionale" tra ASL Roma D e PO Grassi. Statisticamente, lo scostamento è evidenziato dal RR ADJUSTED.

Dalla tabella 50 si può osservare come per la mortalità per infarto miocardico acuto (IMA) a 30 giorni dal primo accesso in ospedale, per i residenti ASL che per quelli ricoverati al PO Grassi la mortalità abbia un rischio minore che nel resto della Regione e per i ricoverati al PO Grassi addirittura inferiore ai restanti pazienti.

Non può dirsi lo stesso per i pazienti con frattura del collo del femore che, se ricoverati al PO Grassi hanno una probabilità grezza di solo il 25,14% di essere sottoposti ad intervento chirurgico entro 48 ore a fronte dei residenti ovunque ricoverati che la vedono al 45,13 %.

Anche per la probabilità di degenza post – operatoria inferiore a 3 giorni il PO Grassi offre una percentuale di casi (55,56%) inferiore ai restanti residenti Asl ovunque ricoverati.

Di seguito si riportano nel dettaglio l'analisi dell'andamento degli indicatori relativi alla mortalità per infarto del miocardio e degli interventi per frattura di femore entro 48 ore.

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI POST INFARTO MIOCARDICO ACUTO

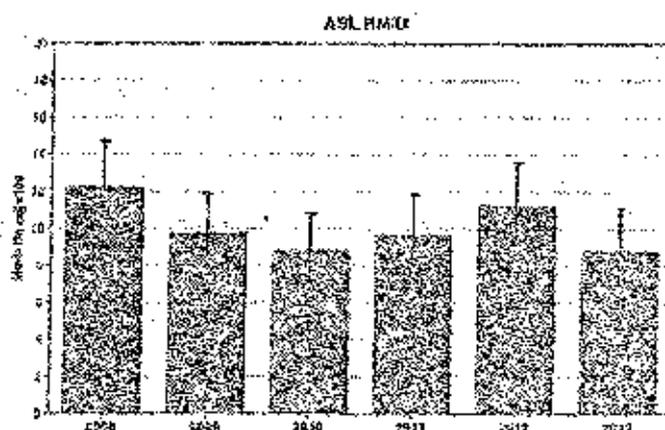
La mortalità a 30 giorni dopo Infarto miocardico acuto (IMA) è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero. Tuttavia, la scelta del percorso terapeutico andrebbe effettuata già prima dell'arrivo in ospedale tenendo conto delle caratteristiche dell'organizzazione disponibile e del quadro clinico del paziente, sulla base dei quali eseguire una stratificazione del rischio. In questo contesto, al fine di effettuare analisi più approfondite sulla risposta assistenziale al paziente infartuato, sono definiti 3 diversi indicatori:

1) "Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di IMA", dove l'esito viene calcolato a partire dalla data di ricovero per IMA e l'esposizione è data dall'ospedale in cui il paziente è stato ricoverato;

2) "Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per un episodio di IMA", dove l'esito viene calcolato a partire dalla data di primo accesso in ospedale e l'esposizione è data dalla struttura di primo accesso (struttura di ricovero o struttura sede del PS);

3) "Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per IMA senza esecuzione di PTCA" dove l'esito viene calcolato, in assenza del trattamento di angioplastica coronarica, a partire dalla data di primo accesso in ospedale del paziente e l'esposizione è data dalla struttura di primo accesso.

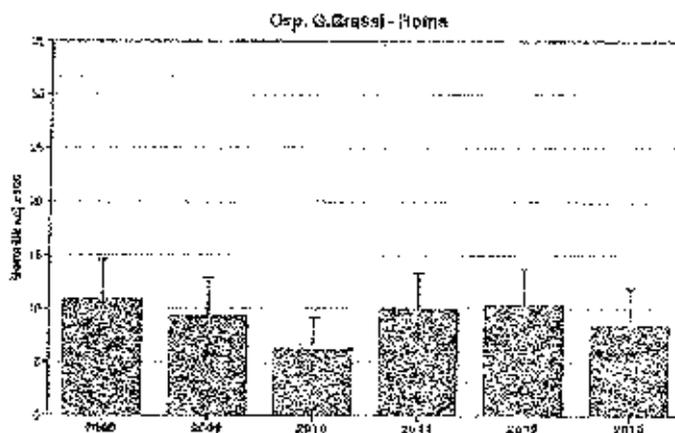
Figura 10. Grafico dell'andamento della Mortalità per IMA a 30 giorni dal primo accesso in ospedale per residenti ASL Roma D ovunque ricoverati.



Gli indicatori in cui la mortalità viene calcolata a partire dalla data di primo accesso hanno lo scopo di fornire indicazioni sul funzionamento dell'intero processo assistenziale ospedaliero a partire dal

ricovero o dall'accesso in PS. Pertanto, l'attribuzione dell'esito alla struttura di primo accesso non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente a quella struttura. Il valore dei tre indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

Figura 11. Grafico dell'andamento della Mortalità per IMA a 30 giorni dal primo accesso in ospedale per residenti ASL Roma D ricoverati al PO Grassi.



Le figure 10 e 11 mostrano i grafici tratti dal programma PRo.Val.E sull'andamento negli anni della mortalità a 30 giorni per infarto miocardico acuto, rispettivamente per i pazienti della ASL Roma D ovunque ricoverati in Regione Lazio e per quelli ricoverati al PO Grassi. Dal confronto delle stesse si osserva come per l'anno 2013 l'indicatore sia sostanzialmente sovrapponibile e non vi sia una sostanziale differenza.

TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO COLLO DEL FEMORE

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore dall'ingresso in ospedale. Sono definiti 4 indicatori:

- 1) "Tempi d'attesa per intervento chirurgico a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di accesso)" in cui l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 30 giorni dalla data di primo accesso in ospedale e l'esposizione è data dalla struttura di primo accesso (struttura sede del PS o struttura di ricovero);
- 2) "Tempi d'attesa per intervento chirurgico a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero)" in cui l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 30 giorni dalla data di primo accesso in ospedale e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero;
- 3) "Intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di accesso)", in cui l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 48 ore dalla data di primo accesso e l'esposizione è data dalla struttura di primo accesso;
- 4) "Intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero)", in cui l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 48 ore dalla data di primo accesso e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero.

Figura 12: percentuale di interventi per frattura di femore entro 48 ore al PO Grassi. Andamento negli anni.

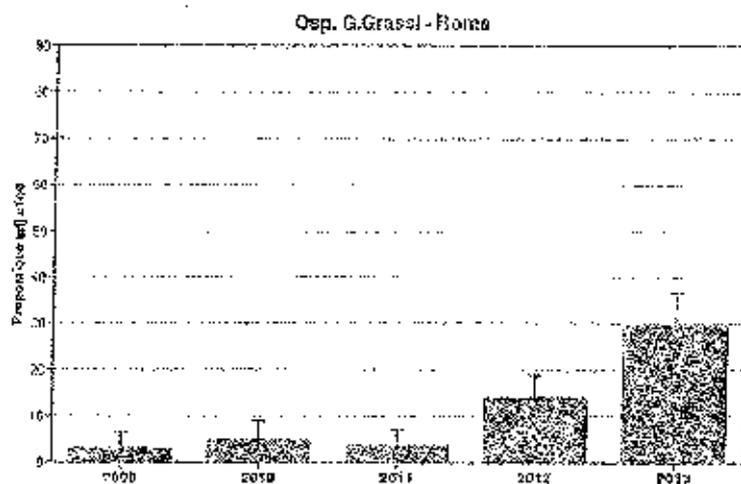
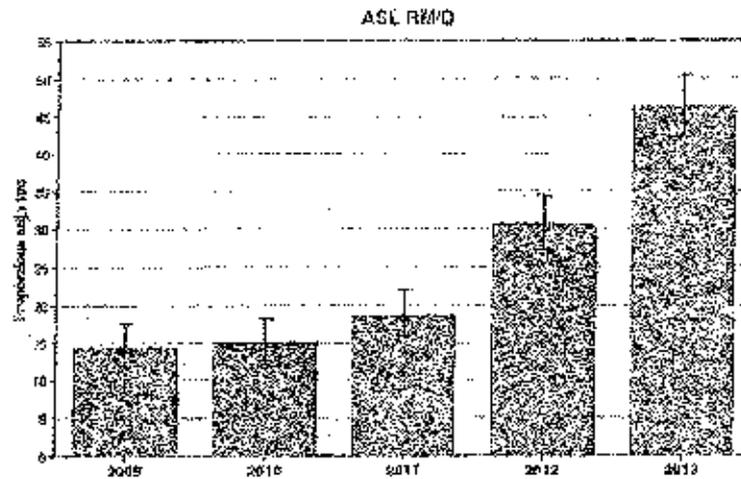


Figura 13. Grafico dell'andamento degli interventi per frattura di femore entro 48 ore per residenti ASL Roma D ovunque ricoverati



Nell'ASL RMD i casi di trattati entro le 48 ore sono aumentati in maniera evidente, come si evince nei grafici riportati nelle tabelle 11 e 12. Ma presso il PO Grassi, la percentuale di casi trattati rimane ancora nettamente al di sotto della media regionale con un RR di 0,77 ed un valore del 25%.

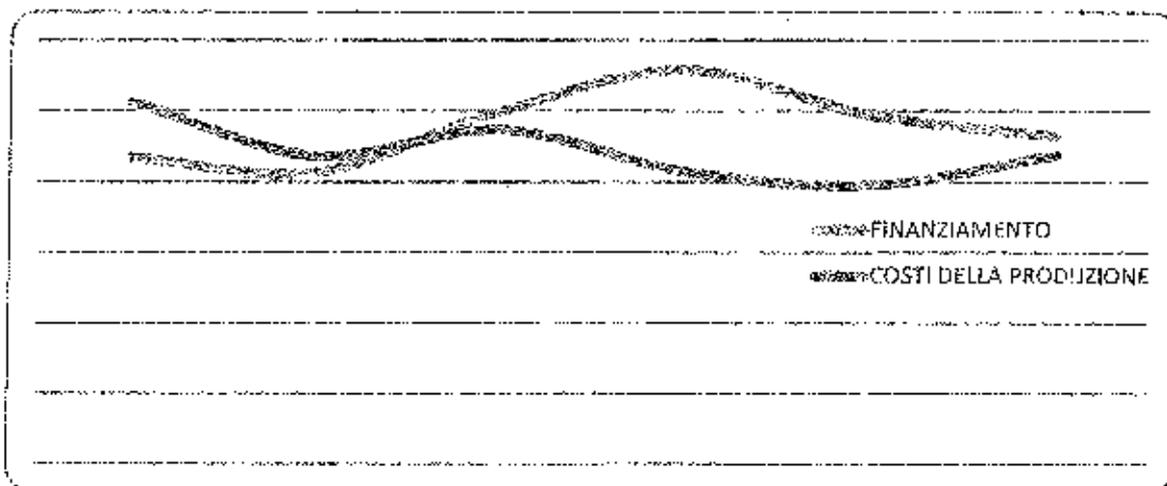
2.5 SITUAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

L'analisi dei dati economico finanziari 2013 evidenzia un finanziamento che si attesta su 1.032 milioni di euro, con una riduzione di oltre 46 milioni di euro negli ultimi anni. I costi della produzione erano invece pari a 1.018 milioni, con un trend di complessiva contrazione negli ultimi sei anni, nonostante un lieve incremento nel 2013. Il disavanzo complessivo nel 2013 è risultato pari a 1,7 milioni di euro. Nel 2011 si è verificato un avanzo di esercizio, motivato però da un pressoché equivalente più alto livello di finanziamento. La tabella 51 e la figura 14 riportano l'andamento.

Tabella 51. Prospetto economico sintetico (migliaia di euro)

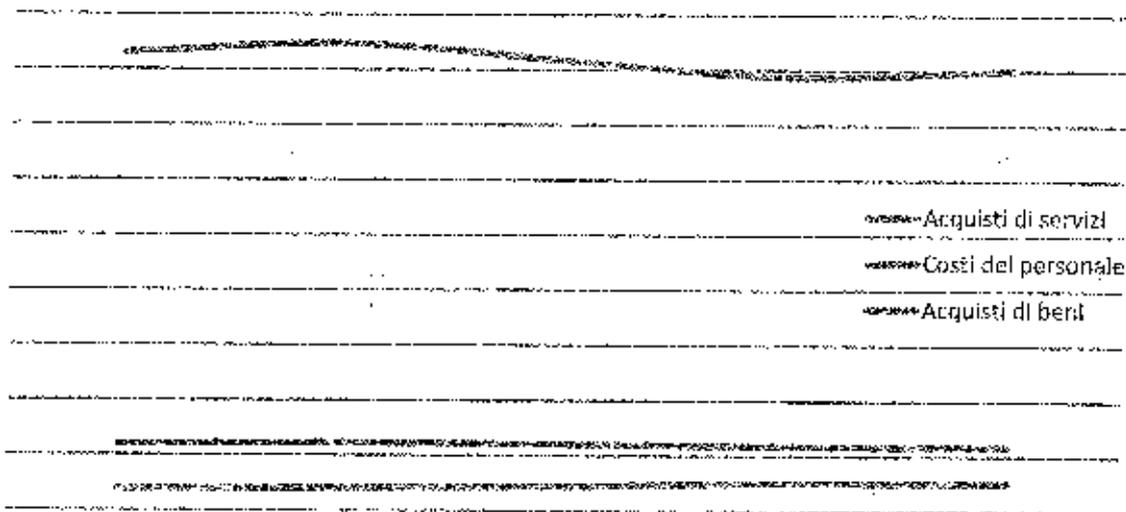
ANNO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A) FINANZIAMENTO	1.011.292	1.066.482	1.649.923	1.076.704	1.017.216	1.032.107
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	1.055.948	1.018.187	1.036.598	1.007.292	997.725	1.018.914
C) PROVENTI ONERI FINANZIARI	-10.276	-14.025	-17.008	-8.772	-1.863	-6.105
D) VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE						-42
E) PROVENTI ONERI STRAORDINARI	6.032	13.523	4.375	12.619	34.984	21.173
IMPOSTE E TASSE	-9.752	-10.232	-10.137	-9.904	-9.622	-9.632
RISULTATO DI ESERCIZIO	-67.776	-50.187	-12.446	39.916	0	-4.760

Figura 14. Finanziamento e costi della produzione (migliaia di euro)



La Figura 15 mette in evidenza come la riduzione dei costi di produzione, a valore nominale, avvenuta negli ultimi sei anni sia stata determinata prevalentemente da una riduzione negli acquisti di servizi. I costi del personale sono rimasti sostanzialmente stabili mentre sono cresciuti i costi per l'acquisto di beni e servizi appaltati.

Figura 15. Dinamica delle principali voci di costo del bilancio (migliaia di euro)



2.6 IN SINTESI: LA MATRICE SWOT

La matrice SWOT, acronimo di *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*, consente di rappresentare in maniera sinottica i punti di forza e di debolezza e le aree di opportunità o minaccia dell'azienda, ovvero le informazioni necessarie su cui poter fondare qualunque riflessione strategica. Dall'analisi emerge come vi siano numerosi punti di forza su cui investire, in primis nell'ambito delle risorse umane, ma anche criticità e punti di debolezza che richiedono interventi e correzioni. Con riferimento invece all'analisi dell'ambiente esterno l'azienda è chiamata a cogliere le opportunità che l'evoluzione della società e del sistema sanitario nazionale e regionale ed ad affrontare le minacce, reali o potenziali, attraverso le necessarie soluzioni organizzative. Gli obiettivi strategici identificati dal presente documento si propongono di percorrere tutte e quattro queste direzioni, facendo leva sui punti di forza e trasferendo quelle le esperienze innovative e di eccellenza e i relativi modelli organizzativi sviluppate in alcune articolazioni dell'azienda.

AMBIENTE INTERNO	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
	<p>Sistema organizzativo</p> <p>Struttura delle responsabilità</p> <p>Orientamento al miglioramento</p> <p>Sistemi degli obiettivi e degli indicatori</p> <p>Qualità e forza delle relazioni istituzionali</p> <p>Governo dell' specializzazione</p> <p>Risorse umane ed alle economiche</p> <p>Governo della spesa farmaceutica</p> <p>Contenimento dei costi di produzione (riduzione di sprechi)</p> <p>Competenza professionale degli operatori</p> <p>Aggiornamento professionale e manutenzione delle competenze</p> <p>Collaborazione fra operatori e orientamento al lavoro di gruppo</p>	<p>Sistema organizzativo</p> <p>Frammentazione organizzativa</p> <p>Localizzazione servizi ambulatoriali e modalità di accesso inadeguate</p> <p>Forze umane inadeguate</p> <p>Scarsa diffusione dell' attività di ricerca</p> <p>Forte sviluppo del ruolo di contropartita</p> <p>Elevata mortalità per il</p> <p>Risorse umane con 20 esattori per</p> <p>Indicazioni non concordate</p> <p>Scarsa attività di interdisciplinarietà</p> <p>Minore ricerca</p> <p>Elevata spesa per</p> <p>Scarsa diffusione e qualità cultura della valutazione esistente di valutazione non programmata</p> <p>Resistenza al cambiamento da parte di alcuni operatori</p>
AMBIENTE ESTERNO	OPPORTUNITA'	RISCHI
	<p>Possibilità di disporre pienamente della capacità produttiva assegnata (es. posti letto)</p> <p>Recupero della mobilità passiva e delle relative risorse grazie al miglioramento della qualità e del contenimento delle liste d'attesa</p> <p>Recupero di risorse grazie ad un incremento dell' appropriatezza o all' introduzione di misure di efficientamento</p> <p>Sviluppo di logiche di rete o di integrazione con A.O.S. Camillo Forlani e altre strutture</p> <p>Probabile uscita della Regione Lazio dal piano di rientro e incremento possibilità di investimenti</p> <p>Crescita complessiva del SSR (appropriatezza, efficienza, qualità) e sviluppo di circoli virtuosi di apprendimento e trasferimento di esperienze</p>	<p>Avvicinamento della popolazione</p> <p>Attività di prevenzione, diagnosi, prognosi e riabilitazione</p> <p>Aggravarsi nel medio termine delle relazioni internazionali</p> <p>Incremento del settore familiare e privato</p> <p>Eventuali riduzioni di bilancio sanitarie</p> <p>Eventuale perdita della crisi di fiducia e deterioramento delle relazioni con il SSN</p> <p>Difficoltà a reperire e alcuni servizi specialistici</p>

3. LA MISSION AZIENDALE E LE TRAIETTORIE DI CAMBIAMENTO

3.1 LA MISSIONE DELL'AZIENDA

La Asl Roma D garantisce il soddisfacimento dei bisogni sanitari all'interno dei livelli essenziali di assistenza per i cittadini del proprio territorio attraverso il miglioramento continuo degli esiti di cura. I valori su cui fonda la sua attività sono la tutela della salute, la centralità della persona, l'equità nell'accesso ai servizi, la qualità e la professionalità nel lavoro, l'etica e la trasparenza. Come anticipato, i quattro pilastri su cui si fonda l'azione dell'azienda sono:

1. La presa in carico nelle cure primarie e rete territoriale
2. L'intensità di cura nella rete e assistenza ospedaliera
3. Il tenersi in salute nella prevenzione
4. La sostenibilità e la trasparenza del sistema per l'azione amministrativa

Il perseguimento di questi obiettivi si sviluppa grazie alla capacità della ASL Roma D di accompagnare il cittadino in una maggiore consapevolezza degli stili di vita ed abitudini positive per preservare ed accrescere il proprio stato di salute; rispondere ai bisogni di assistenza e cura che si manifestano, in modo appropriato ed efficiente; garantire la sicurezza e qualità delle prestazioni rese, sia direttamente che attraverso l'acquisto da parte di erogatori accreditati; anticipare e perseguire gli sviluppi tecnologici e professionali che caratterizzano l'evolvere della medicina moderna.

La ASL Roma D riconosce il ruolo imprescindibile delle persone che lavorano in azienda e ne valorizza la professionalità e il merito. Si impegna a massimizzare il valore di salute prodotto adoperando le risorse disponibili, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e sostenibilità, e delle indicazioni e delle priorità indicate dalle politiche nazionali e regionali. Favorisce lo sviluppo di sinergie virtuose secondo logiche di rete e integrazione con le altre aziende pubbliche, private, classificate ed extraterritoriali operanti sul territorio che erogano servizi sanitari ai suoi cittadini.

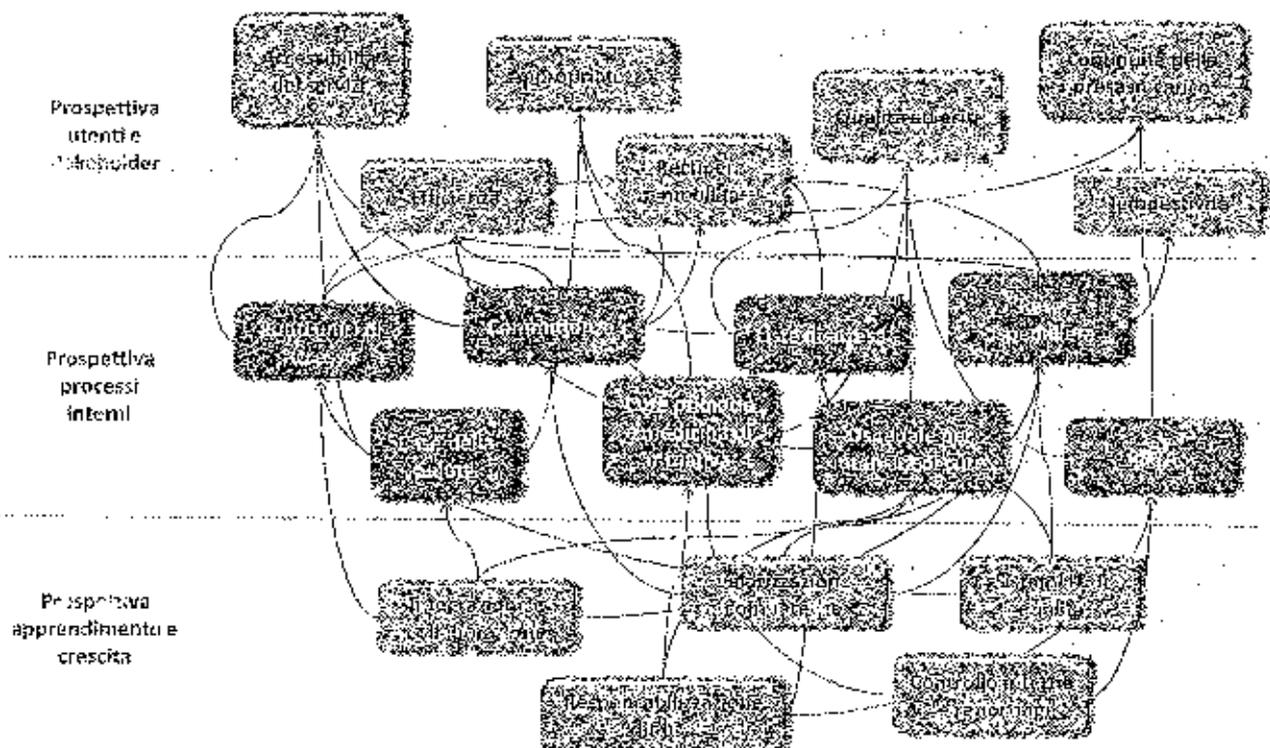
3.2 LE TRAIETTORIE DI CAMBIAMENTO

Le modifiche del quadro epidemiologico generale delle malattie con aumento di quelle cronico-degenerative, l'aumento della speranza di vita, l'invecchiamento della popolazione impongono di rivedere la vecchia visione ospedale-centrica dell'erogazione dei servizi a favore di una più attuale modalità che privilegi la deospedalizzazione. A queste caratteristiche generali si aggiunge una alta disomogeneità della conformazione dei 4 distretti che costituiscono la ASL Roma D e della distribuzione dei servizi negli stessi, in quanto all'interno della stessa azienda vi sono aree urbane densamente popolate coincidenti con aree ad alta deprivazione socioeconomica (Municipio XI) sul cui territorio poco diffusi sono i servizi; aree densamente popolate, con elevati livelli di reddito medio ed abbondanza di servizi sanitari (Municipio XII); aree ampiamente servite ma con sedi di erogazione distribuite in maniera disomogenea e secondo logiche che non rappresentano più il livello di bisogno espresso dalla popolazione (Municipio X); ed infine l'area di Fiumicino caratterizzata da una conformazione prevalentemente rurale al cui intorno è però situato l'Aeroporto internazionale. Tutto ciò impone di rivedere e la tipologia dei servizi forniti in funzione della nuova epidemiologia e la loro corretta collocazione sul territorio.

A ciò si aggiunge il fatto che l'analisi dell'ambiente interno ed esterno ha evidenziato importanti criticità, quali in particolare un elevato livello di mobilità passiva; tempi di attesa eccessivi per le prestazioni; un'ampia rete di strutture accreditate la cui offerta è però spesso poco sinergica ed integrata rispetto a quella pubblica e i cui livelli di appropriatezza ed esito sono scarsamente monitorati; livelli di esito di alcune prestazioni decisamente inferiori agli standard attesi; una frammentazione organizzativa che genera scarsa integrazione e disomogeneità all'interno dell'azienda; un inadeguato livello qualitativo dei sistemi informativi sia in area sanitaria che amministrativa.

Sulla base di tale quadro diagnostico l'azienda ha identificato una serie di traiettorie di sviluppo che si propone di seguire a partire dal prossimo anno e che ne caratterizzeranno l'azione nel medio-lungo periodo. Tali traiettorie sono rappresentate nella mappa strategica riportata in Figura 16.

Figura 16. La mappa strategica della ASL Roma D



Riprendendo il modello della Balanced Scorecard, tale rappresentazione mette in evidenza come gli **obiettivi di apprendimento e crescita** sono alla base di tutte le iniziative di cambiamento che saranno avviate dalla ASL Roma D. Si lavorerà in particolare per rafforzare la **collaborazione** tra gli operatori e le strutture per il perseguimento degli obiettivi aziendali, superando le **barriere organizzative**. Verranno definiti concreti strumenti per responsabilizzare sui risultati tutto il personale, a partire dalla dirigenza, finalizzati a **rendere conto delle performance** raggiunte, e saranno aumentati i gradi di **trasparenza** ed **accountability** per rendere più incisivo l'impegno di tutti a realizzare il cambiamento. Si farà inoltre leva sulle **competenze** esistenti, che saranno valorizzate grazie a specifici interventi di gestione del personale. Saranno infine potenziati i **sistemi informativi** a supporto dell'attività sanitaria ed amministrativa.

L'avvio del cambiamento secondo le linee sopra citate rende possibile il perseguimento degli **obiettivi nell'ambito dei processi interni**, quali la riorganizzazione della rete dei servizi territoriali attraverso il **potenziamento delle cure primarie**, la piena attivazione dei **Punti Unici di Accesso**, l'introduzione delle **Casa della Salute**, lo sviluppo dei **PDPA** esistenti e l'introduzione di nuovi per le principali patologie.

Oggetto primario di intervento saranno anche le **liste di attesa**, che saranno ridotte sia grazie allo sviluppo dei PDTA che grazie all'introduzione di agende dedicate. Sarà inoltre rimodulata la **rete ospedaliera**, con l'identificazione di una **vocazione specifica per ciascuna delle strutture** aziendali, e saranno potenziate le sinergie e i meccanismi di integrazione tra gli ospedali aziendali, l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e le altre strutture private e pubbliche di riferimento per il territorio. Da ultimo, verrà promossa, nel rispetto degli indirizzi regionali, un'**attività di committenza** nei confronti delle strutture private accreditate, classificate ed extraterritoriali, che porti il privato ad essere complementare all'attività dell'azienda.

Il cambiamento nei processi interni è funzionale al conseguimento degli obiettivi il cui raggiungimento ha un diretto impatto sui **cittadini e sui portatori di interesse**. In primis l'**accessibilità dei servizi**, in termini di tempi, luoghi e modalità di erogazione coerenti con i bisogni espressi dai diversi cluster della popolazione residente e di omogeneità dei livelli qualitativi offerti dalle diverse sedi aziendali. Particolare attenzione sarà rivolta all'**appropriatezza e alla qualità** delle prestazioni erogate, anche grazie al confronto costante con gli standard di riferimento definiti a livello nazionale o regionale (es. P.Re.Val.E). Obiettivi primari saranno inoltre la **continuità della presa in carico**, con particolare attenzione ai pazienti cronici e fragili, e la **tempestività** nella risposta alla domanda di servizi. Ciò renderà possibile il progressivo **contenimento della mobilità in uscita** verso le strutture pubbliche e private al di fuori del territorio aziendale, nonché il conseguimento di maggiori **livelli di efficienza** nell'uso delle risorse assegnate o dunque di risparmi economici.

Tali obiettivi aziendali sono per loro natura trasversali alle diverse aree di attività dell'azienda. Se queste traiettorie di cambiamento rappresentano il cuore della strategia aziendale, esse devono necessariamente tradursi in concrete priorità strategiche a livello di ciascuna delle principali articolazioni organizzative. Queste ultime sono oggetto del prossimo paragrafo.

4. LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

Il contesto attuale e la grave crisi finanziaria portano con sé potenti fattori di cambiamento che stanno esercitando una forte tensione sulla spesa sanitaria. Tali fenomeni impongono una valutazione di quanto e come il Sistema Sanitario Nazionale possa essere ancora sostenibile senza intaccarne le caratteristiche di universalità e equità di accesso. Nel nostro Paese la curva demografica sta procedendo più velocemente che altrove verso le età avanzate e la pubblica amministrazione sconta una storica inefficienza cronica. Questo implica una revisione sostanziale della modalità operativa ed organizzativa con la quale vengono erogate le prestazioni sanitarie, affinché possano essere raggiunte consistenti economie di scala. Questi fattori consentono la comprensione di quanto siano forti nell'attuale modello, elementi di obsolescenza e inadeguatezza e di quali possano essere i correttivi da attuare per rendere il sistema in grado di affrontare il prossimo futuro. Occorre guardare alle novità della tecnologia (ICT, telemedicina, nuove tecnologie) ed alle modificazioni epidemiologiche, cambiamenti che possono portare a modifiche dell'organizzazione molto consistenti rispetto al passato con spostamento dei luoghi di erogazione delle cure dall'ospedale al domicilio del paziente.

In tale contesto questa Azienda individua quattro ambiti all'interno dei quali operare per la sostenibilità del sistema:

- sostenibilità sociale, per una Azienda trasparente;
- sostenibilità organizzativa e valorizzazione del merito e delle competenze;
- sostenibilità tecnologica e innovazione;
- sostenibilità economico finanziaria per una migliore qualità della spesa pubblica.

4.1 LA SOSTENIBILITÀ SOCIALE: TRASPARENZA E CONTRASTO ALLA CORRUZIONE

Il recente Libro bianco sulla Corruzione, realizzato da ISPE e pubblicato da qualche mese, evidenzia come i driver di corruzione in sanità siano dodici, di cui quattro dal lato della domanda sanitaria, e otto dal lato dell'offerta sanitaria.

Dal lato della domanda, i driver sono: (i) incertezza o debolezza del quadro normativo, (ii) asimmetria informativa tra utente e Sistema Sanitario, (iii) elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, (iv) fragilità nella domanda di servizi di cura.

Dal lato dell'offerta, invece, i driver sono: (i) forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative, (ii) elevata complessità del sistema, (iii) ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, (iv) basso livello di accountability del personale pubblico, (v) bassi standard etici degli operatori pubblici, (vi) asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati, (vii) crescita della sanità privata, (viii) scarsa trasparenza nell'uso delle risorse.

Alcuni di questi fattori sono certamente di tipo esogeno o comunque di difficile approccio nella singola Azienda. Altri, invece, rappresentano driver la cui individuazione e prevenzione ha anche una dimensione aziendale.

Un recente studio inglese (Button M. and Leys C., in: A Threat to Patient Care. London, Centre for Health and the Public Interest, 2013) stima che la corruzione nel settore sanitario inglese sia pari al 5,6%. In teoria, eliminando la corruzione da un anno all'altro, la spesa sanitaria si ridurrebbe, a parità di offerte, del 5,6%.

Le criticità che possono generare concretamente quadri complessivi tendenzialmente a rischio, riguardano:

- area degli approvvigionamenti: procedure non corrette, gare senza partecipanti o monopartecipanti, attestazioni non corrette delle forniture
- area clinica: presenza liste d'attesa, azioni a favore di fornitori esterni, mancati controlli delle attestazioni
- area gestionale: processi di verifica e controllo ritardati, scarsi poteri di verifica e controllo.

Definite le criticità, nell'ambito di una strategia volta alla riduzione di tali fattori possono identificarsi sostanzialmente alcuni interventi (azioni) che, associati a un sistema di pianificazione aziendale, possono ridurre il rischio di manifestazioni di episodi corruttivi. Sono azioni che nel loro complesso possono inserirsi come parte di una strategia di contrasto, oppure azioni singole che vanno collocate all'interno di altre precise strategie aziendali, ma che contengono esplicitamente obiettivi di lotta alla corruzione. Esse sono:

1. rafforzamento della funzione del controllo di gestione
2. maggiore trasparenza nei rapporti con i fornitori
3. sviluppo della formazione e della qualificazione del personale dipendente
4. incremento dell'accessibilità alle informazioni.

Queste linee d'azione vanno integrate con le altre linee strategiche dell'Azienda, e d'altra parte esse sono intrinsecamente legate alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

RAFFORZAMENTO DELLA FUNZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE

Si ricorda che un buon sistema di controllo di gestione è soprattutto uno strumento di valutazione e indirizzo per il raggiungimento degli obiettivi generali. Il controllo di gestione deve quindi intendersi come un insieme di sistemi che affiancandosi al sistema di pianificazione aziendale, consente di definire anche un modello di valutazione del personale.

Il controllo non formale, si basa su una serie di valori condivisi dal personale dipendente, sulla lealtà dei dipendenti nei confronti dell'organizzazione, e su una serie di principi etici condivisi all'interno dell'organizzazione.

Per quanto riguarda il controllo formale, si tratta di rendere il sistema sempre più efficiente, ma soprattutto rendere i meccanismi di aggiornamento sempre più rispondenti in tempi rapidi. Appare importante in questo contesto sottolineare come lo sviluppo dei sistemi di management control debbano essere necessariamente il più possibile informatizzati, in maniera da evitare i rallentamenti dovuti a interventi del personale (con un conseguente aumento del fattore discrezionale), così come non devono gravare finanziariamente e temporalmente sulla ASL.

Per quanto riguarda il cd. management system control informale, si tratta di:

- avviare percorsi di formazione per il personale con l'obiettivo di far propri i sistemi valoriali aziendali
- valorizzare i migliori risultati ottenuti dalla ASL al fine di far proprio di questi risultati un fattore di forza dell'attività della stessa ASL e di coesione del personale.

Il percorso di costruzione di un sistema valoriale passa attraverso l'individuazione di questi elementi che sono il primo passo per una definizione e condivisione di un sistema di valori. Considerando che generalmente in contesti organizzativi complessi vi sono diverse e divergenti identità culturali, per cercare

di integrare tali identità occorre individuare e lavorare sui valori di fondo, sulla cultura, identificare bene i punti di forza (generalmente misurabili e confrontabili con altre ASL) ed enfatizzare tali indicatori. Da qui si costruisce, un primo nocciolo di identità aziendale.

Nella linea di costruzione di una propria identità, l'Azienda dovrà rafforzare il radicamento territoriale, storico, culturale con la collettività di riferimento, che orienta il comportamento dell'organizzazione e dei professionisti. Questa relazione si costruisce con il tempo e dura per diverso tempo.

MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA NEI MECCANISMI DI SCELTA DEI FORNITORI

Sebbene sia sempre più frequente che la decisione sui fornitori e la loro relazione sia tralasciata verso l'alto (ossia aggregazioni di ASL), tuttora l'ASL mantiene un consistente rapporto con i fornitori.

Di tale rapporto vi sono alcune declinazioni che vanno considerate:

- controlli da effettuare a cura dell'amministrazione. In alcuni casi vanno aggiunte considerazioni sul piano della soddisfazione (di tutti gli attori coinvolti: provveditore, destinatario dell'uso, ...) per tutti gli aspetti legati all'oggetto della fornitura e per gli aspetti legati ai servizi di questa.
- trasparenza nei pagamenti. Proprio un approccio poco trasparente (tempi di pagamento, modalità, ecc.) produce come effetto un elevato rischio di episodi negativi. Evidenziare con correttezza le date dei possibili pagamenti e dell'ordine nelle procedure di pagamento rappresentano piccoli ma efficaci strumenti di prevenzione.

SVILUPPO DELLA FORMAZIONE E DELLA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

Probabilmente è questo il più agibile spazio d'azione per la ASL, sebbene i risultati possano maturare solo dopo tempo.

Con un approccio operativo, occorre evidenziare alcuni percorsi:

- il percorso della creazione e condivisione dei valori, (i) promuovendo la cultura dei feedback costruttivi; (ii) riconoscendo e premiando il merito professionale; (iii) costruendo piani di sviluppo personal-professionali
- il percorso sul clima socio-organizzativo, (i) ridefinendo la mission delle unità organizzative; (ii) superando l'approccio vittimistico, fatalistico, e del disimpegno professionale; (iii) moltiplicando i fattori di cooperazione nello scambio delle buone pratiche
- il percorso di costruzione di una leadership, (i) generando la consapevolezza del proprio ruolo (e incremento del senso di execution); (ii) condividendo i valori organizzativi e personali; (iii) semplificando il sistema di pianificazione e di valutazione delle prestazioni.

In questo contesto appare fondamentale far emergere le esperienze maturate all'interno dell'Azienda (parlando sia di episodi negativi sia di episodi di whistleblowing) e comunicare le esperienze in altre realtà.

DISPONIBILITÀ, CIRCOLARITÀ E ACCESSIBILITÀ MASSIMA DELLE INFORMAZIONI DISPONIBILI

Il diritto di accesso all'informazione è regolato da norme conosciute internazionalmente come "Freedom of Information Acts" (FOIA). In base ad esse la pubblica amministrazione ha obblighi di informazione, pubblicazione e trasparenza e ai cittadini viene riconosciuto il diritto di chiedere ogni tipo di informazione prodotta e posseduta dalle amministrazioni che non contrasti con la sicurezza dell'azienda o con la riservatezza dei dati personali.

Per questo l'introduzione di un vero e proprio FOIA italiano, che superi la logica dell'obbligo per gli enti, trasformando piuttosto l'accesso alle informazioni in un diritto riconosciuto di cittadinanza, risulterebbe uno strumento eccezionale anche per quelle pubbliche amministrazioni che per tutelarsi dal rischio di corruzione si rendono disponibili al controllo civico.

4.2 LA SOSTENIBILITÀ ORGANIZZATIVA E LA VALORIZZAZIONE DEL MERITO

LE PROFESSIONI SANITARIE

I criteri organizzativi e le modalità di valutazione dell'Azienda così come le funzioni, i processi, le attività e le prestazioni fornite sono strettamente correlati ai principi e valori e, con questi ultimi, coerenti con la missione e la visione dell'Azienda.

Nell'ambito della propria organizzazione la ASL Roma D intende valorizzare gli aspetti di tipo clinico e quelli di tipo assistenziale, declinando i primi all'interno del profilo delle Unità Operative e quelli assistenziali attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali. Quest'ultima ha l'intento di ottimizzare da un punto di vista tecnico-professionale la qualità delle prestazioni da rendere all'utenza al fine di promuovere la responsabilizzazione - nel quadro delle attività necessarie alla realizzazione del diritto alla salute - delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e sociali.

Le professioni sanitarie e sociali sono chiamate a governare sotto il profilo tecnico-professionale il processo assistenziale (infermieristico, ostetrico, sociale, riabilitativo) e delle attività tecniche erogate da più professionalità e figure, da più unità operative, contraddistinte dall'obiettivo comune di assicurare "assistenza alla persona" mediante la "presa in carico" del problema assistenziale identificato, nonché fornire le prestazioni tecniche sia in ambito diagnostico che preventivo, in coerenza con gli obiettivi e gli indirizzi stabiliti dai Responsabili sanitari delle Strutture operative.

L'organizzazione del Servizio delle professioni sanitarie, integrandosi con i processi gestionali dell'Azienda e in sintonia con le specifiche finalità strategiche, crea le condizioni affinché i professionisti sviluppino percorsi di assistenza, didattica e ricerca, integrati e centrati sulla persona, in armonia con i rinnovati modelli e paradigmi assistenziali transitati dal "disease centred" al "patient centred", orienta il proprio focus promuovendo modelli organizzativi e professionali innovativi atti a garantire un'assistenza centrata sulla persona, volta al miglioramento continuo ed in grado di rispondere ai criteri di efficacia ed efficienza gestionale e prestazionale.

Esso indirizza il proprio impegno verso la persona intesa come cliente interno ed esterno (professionista/assistito) sostenendo l'integrazione multiprofessionale, incrementando la qualità dell'assistenza erogata, assicurando il sostegno organizzativo e promuovendo il processo di autonomia e lo sviluppo professionale.

Garantisce inoltre il supporto alla programmazione, gestione, organizzazione, erogazione, valutazione ed al miglioramento continuo delle attività assistenziali fornite dal personale infermieristico, ostetrico e di ausilio tecnico alberghiero.

Nell'ambito delle proprie funzioni, le "professioni sanitarie e sociali" interagiscono con i responsabili professionali clinici dei servizi riabilitativi, tecnici diagnostici, sociali e della prevenzione in un'ottica di multidisciplinarietà con l'obiettivo di fornire prestazioni integrate al cittadino - utente.

Al fine di rendere omogenee le modalità organizzative, erogative e prestazionali dell'offerta assistenziale, di uniformare la gestione complessiva e di garantire l'integrazione tra Ospedale, Distretto, Dipartimenti e le altre articolazioni funzionali ed operative dell'Azienda, le professioni sanitarie attraverso le proprie distinte strutture organizzative esercitano le proprie funzioni e governano i relativi processi attraverso un'organizzazione articolata su tre livelli:

1. livello direzionale che ha funzioni strategiche, programmatiche e di sviluppo sia sul piano professionale, organizzativo, gestionale, di pianificazione e controllo, che sul piano dell'integrazione organizzativa;
2. livello di management intermedio che ha funzioni gestionali ed operative, attraverso il governo del personale e delle attività specifiche delle strutture organizzative ed erogatrici dell'Azienda (Ospedale, Distretti Sanitari, DSM, Dipartimento di Prevenzione)
3. livello di coordinamento che ha funzioni di centro di erogazione delle prestazioni in autonomia o in collaborazione con il medico o altre figure professionali, secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

Nello specifico, l'organizzazione in autonomia delle professioni sanitarie:

- assicura livelli assistenziali adeguati alla complessità ed intensità di cure che, integrati con i percorsi diagnostico terapeutici, concorrono a soddisfare la domanda espressa sottesa ai bisogni di salute degli utenti che accedono alle strutture operative Aziendali (Ospedale, Distretto, Dipartimenti);
- promuove il processo di responsabilizzazione professionale;
- favorisce l'integrazione professionale necessaria per migliorare il livello qualitativo e di efficacia del servizio globale reso all'utenza;
- promuove e favorisce la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e la ricerca professionale basata sull'evidenza clinica (Evidence Based Health Care).
- gestisce le risorse umane di Dipartimento attraverso la definizione del fabbisogno, la programmazione, la selezione e l'allocazione;
- garantisce l'accoglienza, la formazione, l'inserimento e la valutazione del neo assunto;
- identifica gli indicatori di risultato e gli standard qualitativi, quantitativi ed organizzativi atti a valutare gli esiti dell'attività assistenziale, secondo criteri di omogeneità in tutte le strutture e unità operative erogatrici;
- identifica i bisogni formativi del personale afferente, programma la formazione permanente e promuove l'aggiornamento periodico del personale;

- sostiene l'adozione di strumenti di standardizzazione qualitativa prestazionale quali linee guida, protocolli e procedure con revisione periodica dell'evidenze di riferimento;
- adotta sistemi di analisi degli errori assistenziali (Nursing malpractice) in linea con gli obiettivi nazionali identificati dal Ministero della Salute e del programma aziendale di gestione del rischio;
- promuove la cultura dell'apprendere dagli errori, che costituisce il fondamento per la gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti;
- partecipa alla definizione di accordi riguardanti il personale e l'organizzazione del lavoro, nell'ambito delle modalità di relazione sindacali poste in essere dall'Azienda.

L'organizzazione delle Professioni Sanitarie nel suo insieme, sulla base dei presupposti etico-deontologici della professione, coerentemente con gli obiettivi di salute definiti dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale ed in assonanza con i principi insiti nella mission aziendale, si impegna a:

- prendersi cura della persona in una dimensione olistica, nel rispetto della sua centralità e delle sue aspettative, dei diritti di informazione, accoglienza, accessibilità, partecipazione e tutela, garantendo l'appropriatezza, la competenza e l'efficacia degli interventi;
- perseguire il miglioramento continuo dell'assistenza attraverso la ricerca e sperimentazione di modelli innovativi derivanti dallo sviluppo delle conoscenze, della tecnologia e dell'integrazione dei sistemi socio sanitari, considerando la continua variazione delle aspettative dei cittadini in una logica orientata a garantire uniformità delle prassi professionali basate sull'evidenza scientifica;
- valorizzare la professione infermieristica ed ostetrica attraverso l'adozione di una tassonomia comune, standard assistenziali condivisi, indicatori di esiti assistenziali e sistemi di valutazione dell'assistenza erogata;
- amministrare i processi di programmazione, organizzazione e valutazione delle risorse umane aziendali con imparzialità, trasparenza, garantendo a tutti pari opportunità;
- promuovere una responsabilizzazione diffusa dei professionisti tenendo conto che la flessibilità organizzativa e gestionale delle risorse umane sia coerente con i risultati da raggiungere;
- favorire la crescita personale e professionale degli operatori attraverso la promozione della ricerca e della formazione di base e continua per rispondere ad ogni istanza assistenziale con competenza, appropriatezza ed efficacia;
- riconoscere le capacità individuali di ogni professionista al fine di esaltare le migliori potenzialità attraverso un percorso di sviluppo professionale in armonia con gli obiettivi dell'organizzazione che promuova il senso di appartenenza e di alleanza tra i professionisti.

Nel proprio ambito e per ogni profilo professionale, sviluppa aree di intervento tra cui:

1. pianificazione strategica delle risorse umane nell'ambito della Direzione Aziendale per la definizione della dotazione organica in sintonia con lo sviluppo organizzativo aziendale;
2. gestione delle risorse umane e manutenzione delle competenze professionali;
3. interazione con la direzione delle Strutture complesse/cliniche per gli aspetti che riguardano le fasi operative dell'attività assistenziale;
4. sviluppo della formazione, ricerca, qualità e performance (in staff al DISIOA);
5. sviluppo strategico della rete Ospedaliera (in line) attraverso la promozione di nuove figure con funzioni di gestione di piattaforme organizzative quali il Bed Manager;
6. sviluppo strategico della rete Territoriale (in line) attraverso la promozione di nuove figure con funzioni di gestione di percorsi assistenziali (Case – manager).

VALUTAZIONE E MERITO

La strutturazione del sistema di valutazione riflette quanto una azienda voglia valorizzare il merito di ogni singolo apporto professionale al buon andamento dell'azienda ed al raggiungimento degli obiettivi per la stessa prefissati. La potenza di un sistema di valutazione è tanto maggiore quanto più esso è diffuso e quanto più è scovro da condizionamenti, siano essi gerarchici o tendenti al livellamento al basso.

Per tale motivo, a partenza dalle considerazioni sull'andamento della valutazione passata, la ASL Roma D intende introdurre un nuovo sistema di valutazione che possa:

- essere strumento UTILE allo sviluppo professionale dei professionisti stessi;
- essere uno strumento che valorizzi i punti di forza del singolo professionista all'interno della struttura;
- essere costruito dai professionisti stessi attraverso l'individuazione dei criteri di identificazione dei "talenti";
- essere esteso anche all'ambito della attività della Direzione Strategica.

Gli obiettivi specifici del nuovo sistema di valutazione dovranno supportare lo sviluppo dell'identità e la cultura aziendale della valorizzazione del merito e dell'appartenenza, favorire l'allineamento tra obiettivi individuali e obiettivi aziendali.

Il nuovo sistema di valutazione deve anche essere strumento per rafforzare la capacità di controllo strategico dell'azienda, rafforzare il ruolo dei Dipartimenti aziendali e delle professioni sanitarie, mappare e valutare le competenze dei titolari di ruoli manageriali (dirigenti, posizioni organizzative, coordinatori) e supportare il processo di assegnazione e rinnovo di incarichi dirigenziali e posizioni organizzative.

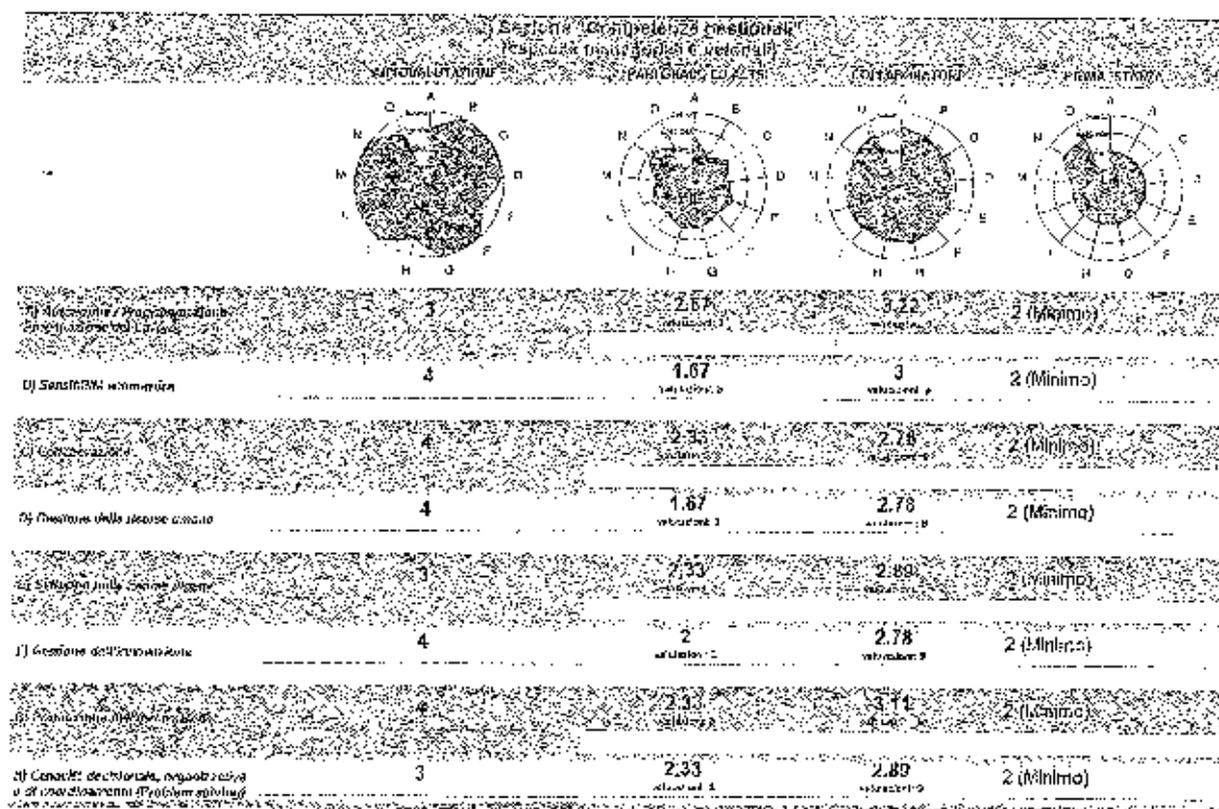
A tal fine risulta indispensabile coordinare fra loro la valutazione delle performance di raggiungimento degli obiettivi assegnati e la valutazione delle competenze del singolo.

La prima è sostanzialmente il punto di arrivo del processo di budget completo o ciclo delle performance, alla fine del quale viene valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e gli scostamenti dagli stessi nonché la ridefinizione degli obiettivi futuri.

La valutazione delle competenze ha come oggetto l'esplicitazione e la comunicazione delle competenze richieste alle figure professionali con ruoli manageriali o di coordinamento, l'identificazione dei punti di forza e delle aree di miglioramento del singolo valutato, la valutazione della compatibilità tra le competenze dimostrate e il ruolo ricoperto, in vista dell'eventuale rinnovo dell'incarico o l'assegnazione di posizioni di maggiore responsabilità gestionale.

Ambizione della ASL Roma D è l'introduzione della valutazione "a 360°", ossia la forma di valutazione delle competenze del singolo sui diversi item previsti, effettuata non solo in linea gerarchica (responsabile sovraordinato), ma anche dai propri pari, dai propri collaboratori e la propria autovalutazione. Si tratta in pratica di costruire quattro valutazioni dello stesso professionista dal confronto delle quali esso stesso possa evincere quali sono gli ambiti di forza e quelli di miglioramento delle proprie competenze e su questo profilo stilare il proprio fabbisogno di formazione permanente. Nella figura 17 è riportato un esempio di valutazione a 360 gradi ed alcuni item di valutazione. La rappresentazione grafica è su "tela di ragno" ed il confronto fra le varie "tele" mostra la differenza o concordanza di valutazione sul singolo item dei quattro "filoni" di valutazione. La vicinanza o meno al minimo od al massimo, la numerosità dei valutatori per ogni categoria (filoni) e la concordanza di valutazione dei quattro filoni, rafforza il significato del valore raggiunto.

Figura 17. Esempio di valutazione "a 360°": rappresentazione grafica "a tela di ragno" dei risultati.



Il completamento del sistema necessita di un Nucleo/ Organismo di Valutazione che sia non solo esterno all'azienda ma che nella propria composizione racchiuda all'interno le competenze necessarie per far fronte alla valutazione non solo del raggiungimento degli obiettivi prefissati ma anche dello sviluppo delle competenze professionali (sia mediche che assistenziali) necessarie al miglioramento delle performance aziendali nonché della valutazione e valorizzazione dell'impatto locale dell'azione di governo della ASL.

4.3 LA SOSTENIBILITÀ TECNOLOGICA

IL RUOLO DELL' ICT PER LA SOSTENIBILITÀ, LA TRASPARENZA E L'INNOVAZIONE.

La Direzione aziendale ha recentemente effettuato un assessment del sistema informativo aziendale dal quale sono emerse le seguenti criticità:

- esistenza di un approccio al sistema informativo prevalentemente basato su logiche di utilizzo delle tecnologie Information Communication Technology per risolvere problemi di tipo contingente più che su una pianificazione delle risorse ICT come leva organizzativa o di sviluppo di tipo strategico aziendale.
- inesistenza nel corso degli anni di un disegno a tendere dello sviluppo complessivo del sistema informativo aziendale.
- assenza di una governance interna "forte" e di "tipo continuativo" cui consegue una sostanziale inesistenza di una pianificazione e un governo a medio-lungo periodo degli investimenti in ICT.

Complessivamente il sistema informativo dell'Asl risulta essere obsoleto, sia nelle componenti tecnologiche che applicative, con livelli di sicurezza e privacy che non consentono un'adeguata tutela del

patrimonio informativo aziendale, oggettivamente in ritardo rispetto a un benchmarking costituito da aziende sanitarie pubbliche e private simili.

Esiste, dunque, l'urgente necessità di avviare un piano di sviluppo del sistema informativo aziendale inteso come leva strategico-organizzativa al fine di migliorare sia le performance aziendali sia le modalità di interazione con i propri professionisti e soprattutto con i propri pazienti.

In tale contesto, si ritiene che debba progressivamente perdere di rilevanza il concetto di progettazione "funzionale" e prevedere un approccio "aziendale" ai sistemi informativi, la cui progettazione delle componenti ICT e delle componenti organizzative debbano essere attività sempre più coincidenti.

L'introduzione di sistemi informativi integrati e evoluti rappresenta oggi un'innovazione fondamentale che può assicurare il governo complessivo dell'azienda facilitando il raggiungimento di obiettivi di efficienza e contenimento di costi, di qualità del servizio erogato e di miglior governo della domanda. In particolare l'integrazione dei flussi informativi dell'area clinica con quelli dell'area amministrativa è condizione necessaria per la costruzione di un patrimonio informativo aziendale finalizzato al supporto delle attività strategiche di pianificazione gestionale e finanziaria, di programmazione sanitaria, di ricerca scientifica e d'innovazione nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Le indicazioni strategiche sono le seguenti:

- **accoglienza e trasparenza:** favorire tutte le azioni che consentano di migliorare l'accoglienza e la presa in carico dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali, la trasparenza dei processi aziendali e degli atti amministrativi
- **nuovi modelli organizzativi nell'erogazione di servizi:** favorire l'attivazione di azioni finalizzate a migliorare la continuità assistenziale ospedale-territorio con particolare riferimento all'adozione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico - Assistenziali (PDTA)
- **monitoraggio dei risultati e dei livelli di servizio:** favorire l'attivazione di processi organizzativi e strumenti che consentano di poter disporre di informazioni "integrate" per la governance dell'azienda nel suo complesso, a supporto del processo di programmazione e controllo e di sistemi di valutazione dei risultati aziendali e dei livelli di servizio
- **innovazione:** favorire la condivisione delle conoscenze al fine di attivare azioni di innovazione nell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali per i cittadini.

Per la strategia di sviluppo del sistema informativo aziendale, nel periodo di validità del PST, si intende adottare un percorso che faccia riferimento ad un modello organizzativo basato sulla realizzazione di una piattaforma di servizi per i cittadini e per i professionisti che operano per l'Asl Roma D. La piattaforma di servizi a sua volta ha base in una serie di componenti tecnologiche, applicative e di governance del sistema informativo aziendale (fig. 18).

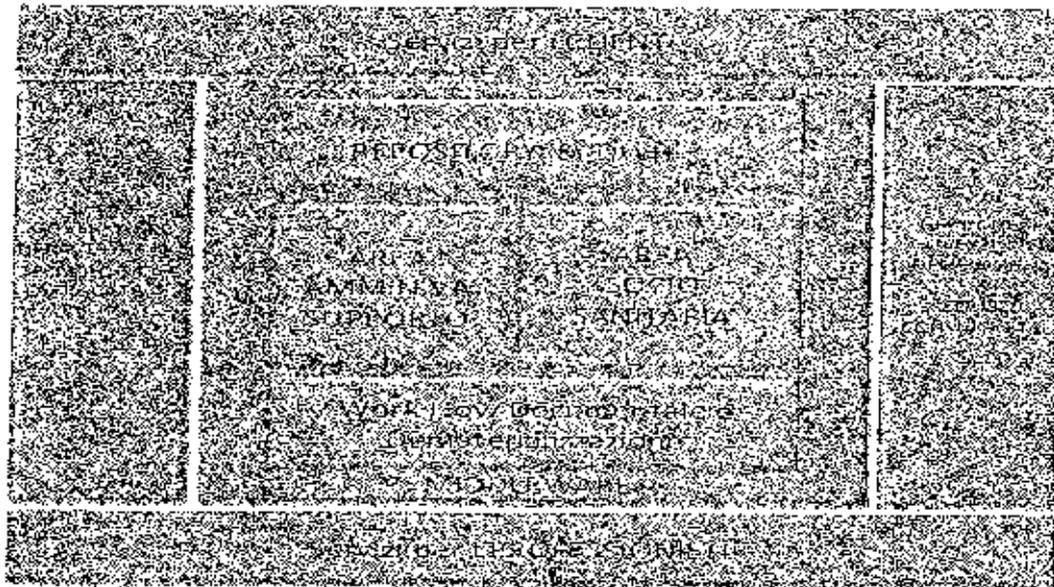
Diventa un prerequisito di sistema l'esistenza di banche dati univoche, con particolare riguardo alla creazione e disponibilità di:

- un'unica anagrafe degli assistiti a sua volta integrata con l'anagrafe regionale degli assistiti;
- uniche anagrafi relative a prestazioni e erogatori di prestazioni condivise da tutti i sistemi dipartimentali dell'area clinica (ad es. Lis, Ris-Pacs, sistema di order-entry ecc.) e a loro volta integrati con il sistema regionale di prenotazione delle prestazioni.

Parallelamente diventano prerequisiti di sistema anche:

- la creazione di un *clinical data repository* (dossier sanitario) che ricomponga gli eventi e le informazioni sul singolo cittadino a fini di continuità terapeutico-assistenziale;
- la creazione di un *datawarehouse* aziendale che consenta di poter disporre di informazioni integrate (cliniche e contabili) al fine di realizzare adeguati processi di pianificazione, programmazione e controllo e di clinical audit.

Figura 18. Rappresentazione delle varie suddivisioni del sistema di ICT



L'area dei servizi per il cittadino è finalizzata a favorire un modello di interazione che consenta di migliorare i processi di accoglienza e presa in carico. In tale contesto saranno attivate due principali iniziative con l'obiettivo di facilitare le interazioni tra cittadino e servizi aziendali:

- realizzazione di una piattaforma di servizi per il cittadino denominata Personal Health Record basata sull'utilizzo di *app* su dispositivi mobili che consenta attività di prenotazione (integrata con il sistema regionale Re-Cup), di pagamento on line e contactless delle prestazioni, di download di dati strutturati, immagini e altra documentazione clinica, di fast check-in. Su tale piattaforma saranno resi disponibili anche *app* orientate alla telemedicina e teleriabilitazione, nonché sistemi di chatting bidirezionale tra cittadino e team che lo ha preso in carico.
- attivazione di sistemi di patient workflow management in grado di tracciare i tempi di attraversamento del cittadino nelle strutture aziendali dal momento dell'accesso al front office, al tempo di attesa al front office, al tempo di attesa nella sale ambulatoriali sino alla conclusione della prestazione clinica con la disponibilità di dashboard che consentano di modificare la capacità di offerta rispetto alla domanda reale

Nell'area dei nuovi modelli di erogazione dei servizi sociosanitari saranno avviati due piattaforme applicative orientate a migliorare i processi gestionali

- un sistema di cartella clinica di ricovero e ambulatoriale "aziendale" che consenta di gestire il percorso del cittadino nelle strutture specialistiche dell'azienda, che dovrà essere integrata sia con i sistemi di accoglienza esistenti (Pronto Soccorso, ADT, Re-Cup) sia con i sistemi dipartimentali esistenti (Lis, Anatomia Patologica, Sistema Immuno-trasfusionale, Ris-Pacs). Tale sistema consentirà di tracciare i processi clinici (chi fa cosa, quando, perché e per chi) consentendo, anche grazie alle integrazioni sia con i sistemi dell'area clinica sia con il sistema amministrativo-contabile, di poter disporre di informazioni sulla qualità dei processi, di cost-accounting di processo e di gestione proattiva del rischio.
- creazione di una architettura che consenta, tramite l'utilizzo di un motore di integrazione e di un motore di workflow, di gestire i nuovi modelli organizzativi conseguenti alla attivazione dei PDTA, e quindi di integrare le informazioni provenienti sia dai sistemi dell'area specialistica sia dai sistemi dell'area distrettuale sia dai sistemi di MMG/PLS, in modo da poter tracciare e gestire il workflow previsto dai percorsi assistenziali, fornendo ai vari attori sociosanitari che sono coinvolti nel

percorso (oltre che al cittadino stesso), le informazioni necessarie per le specifiche attività operative previste.

Nei'area monitoraggio dei risultati e valutazione dei livelli di servizio si prevedono due azioni legate allo sviluppo del sistema informativo aziendale:

- attivazione di un sistema amministrativo-contabile che consenta una revisione dei processi dell'area amministrativa in una logica di condivisione delle informazioni e responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse. Ciò sarà reso possibile dall'utilizzo di sistemi amministrativi integrati (piattaforme ERP) che consentano una logica per processi, l'univocità dei dati (evitando inutili ridondanze e duplicazioni), la disponibilità nativa di informazioni sia di contabilità generale che di contabilità analitica, ad oggi indisponibile.
- creazione di un sistema informativo direzionale basato su un datawarehouse direzionale nel quale confluiscono sia i dati dell'area amministrativo-contabile sia quelli dell'area clinica e su sistemi BI/BA che consentano alla Direzione Aziendale di poter disporre di dati integrati e in tempo reale per un adeguato supporto decisionale.

La realizzazione delle azioni di carattere strategico sopra delineate necessitano una revisione complessiva dell'infrastruttura tecnologica attualmente esistente sia lato server farm sia lato postazioni di lavoro, componenti entrambe obsolete, oltre che alla revisione dei sistemi di autenticazione e autorizzazione all'accesso delle risorse informatiche e del patrimonio informativo aziendale nel rispetto dei requisiti minimi di sicurezza previsti dall'allegato B del D.lgs. 196/03.

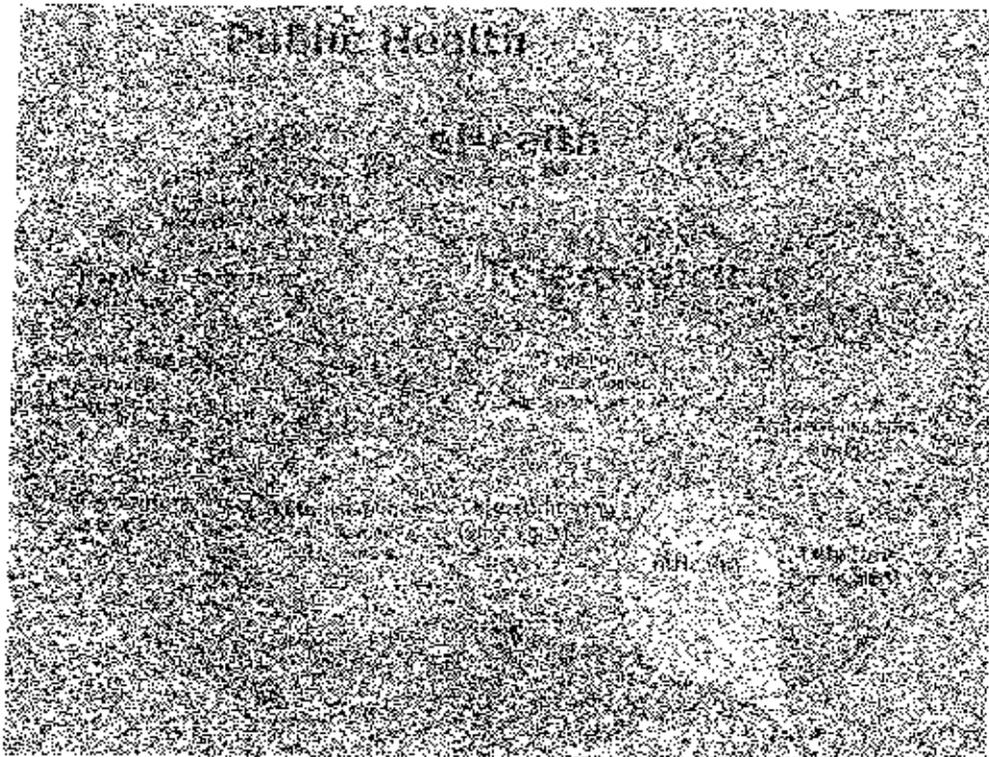
L'EHEALTH COME SOLUZIONE A SUPPORTO DELLA SOSTENIBILITÀ E DELL'INNOVAZIONE NELLE CURE PRIMARIE

L'atto di indirizzo della Regione Lazio del 25/7/2014 n. U00247 (Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio) indica nell'ambito del programma operativo per il potenziamento delle cure primarie la necessità di fornire un ulteriore impulso all'azione di riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo una logica di rete. La stessa dovrà realizzarsi con le opportunità offerte dalle soluzioni di eHealth, anche attraverso il ricorso alla telemedicina.

L'eHealth rappresenta, dunque, sempre più una soluzione necessaria che integra la tecnologia e modelli socio-assistenziali il cui valore scientifico è stato ampiamente dimostrato nel corso degli anni e riconosciuto come uno degli strumenti più efficienti nel settore sanitario ; essa include numerosi strumenti utili alle autorità sanitarie e ai professionisti del settore in grado di coprire le interazioni tra pazienti, i providers sanitari e le istituzioni.

L'eHealth sta trasformando in modo radicale le modalità in cui i pazienti ricevono l'offerta di servizi sanitari e rappresenta un modo concreto per eliminarne o ridurre le barriere tra i pazienti e i professionisti in modo significativo. Nel dettaglio l'eHealth include i network di informazioni, la raccolta dei dati in modalità elettronica, servizi di telemedicina e soluzioni personali indossabili necessarie per attività di prevenzione e di diagnosi precoce (fig. 19).

Figura 19. Rappresentazione dell'integrazione delle varie soluzioni di telemedicina e eHealth in ambito sanitario



La telemedicina, partendo dall'esperienza maturata negli ultimi anni, ha dimostrato efficacia nel raggiungimento degli obiettivi di salute intercettando i bisogni della popolazione riservando il ricorso al ricovero ospedaliero ai soli casi indifferibili. Inoltre un elemento chiave del successo è stato quello di poter offrire una più efficace attività diagnostica e terapeutica attraverso strumenti informatici per il teleconsulto e/o di second opinion migliorando così la gestione del paziente cronico

Numerose sono le evidenze scientifiche a supporto dell'eHealth che ne hanno validato l'utilità in termini di miglioramento della qualità e di sicurezza per i pazienti, di modernizzazione per il sistema sanitario, di miglioramento dell'efficacia clinica a supporto dei bisogni dei pazienti cronici per meglio affrontare l'invecchiamento della società. In particolare le evidenze più solide si concentrano sul raggiungimento di una serie di outcome clinici (es. miglioramento della qualità di vita dei pazienti, la riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni) e della possibilità di generare risparmi ottimizzando l'uso delle risorse sanitarie (es. farmaci, consumabili), delle visite specialistiche, degli accessi al Pronto Soccorso e compliance al trattamento.

Si segnala il lavoro di Chumbler e colleghi (*in: Evaluation & Health Professional Journal, 2005*), che ha dimostrato una riduzione del 50% delle ospedalizzazioni, una riduzione dell'11% dei ricoveri d'urgenza ed una permanenza in ospedale ridotta di 3 gg. Ancora più significativi i risultati dimostrati da una recentissima metanalisi di Wilcox e colleghi (*in: Critical Care Journal, 2012*) dove le evidenze numeriche hanno misurato gli impatti sulla mortalità e sulla permanenza all'interno dei reparti di terapia intensiva e ospedalizzazioni dimostrando un chiaro vantaggio delle soluzioni attraverso la telemedicina. Un recentissimo studio presentato alla American Diabetes Association nel giugno 2014 ed in fase di pubblicazione, svolto interamente in Italia presso la ASL RM D e la ASL FI 10, ha dimostrato come l'uso delle soluzioni di monitoraggio remoto domiciliare determinino un miglior controllo metabolico (riduzione significativa dei livelli di HbA1c vs controllo) ed una migliore qualità di vita (miglioramenti su tutti gli score del questionario) a fronte di un minor consumo di risorse sanitarie impiegate (riduzione significativa delle

visite specialistiche, delle visite domiciliari ed una riduzione di visite al Pronto Soccorso e di accessi in Ospedale).

In aggiunta è stato recentemente misurato come l'insediamento delle soluzioni di Sanità Digitale comporti un risparmio stimato diretto per i cittadini pari a 2,2 mld (Politecnico di Milano-Osservatorio ICT in Sanità 2013).

Queste prospettive di innovazione sono alla base dell'intesa del 20/2/2014 raggiunta in Conferenza Stato Regioni, che ha approvato il testo delle linee guida nazionali sulla Telemedicina introducendo le prestazioni di telemedicina nel complesso dei servizi erogati in grado di assicurare migliori risultati sul piano dell'efficacia e dell'appropriatezza, con la prospettiva di spingere per l'adozione di modelli organizzativi integrati che garantiscano l'appropriatezza delle prestazioni fornite, superando l'isolamento e favorendo l'integrazione fra la rete territoriale, i medici di assistenza primaria e la specialistica ambulatoriale, migliorando la qualità dei servizi sanitari erogati anche tramite il supporto di sistemi di telemedicina. La recentissima pubblicazione del Patto della Sanità Digitale ha rafforzato le indicazioni delle linee guida, identificando già il 2015 come l'anno in cui implementare le diverse soluzioni di Sanità elettronica sul territorio nazionale con l'ambizioso obiettivo di produrre risparmi, a regime, pari a circa 7 miliardi l'anno. Il Patto ha, inoltre, identificato modalità innovative, anche di coinvolgimento e partenariato con il mondo imprenditoriale, per garantire investimenti pari a circa € 3-4 miliardi in tre anni per promuovere in modo sistematico l'innovazione digitale e non lasciarla relegata a piccoli progetti pilota effettuati in modo sporadico non conforme alle esigenze della sanità pubblica favorendo così la creazione di modelli organizzativi innovativi tramite il sostegno delle soluzioni tecnologiche.

L'indicazione chiave del Patto per la Sanità Digitale è anche legata alla necessità di definire ex ante una specifica metodologia di misurazione multidimensionale dei risultati conseguiti con la possibilità di effettuare verifiche periodiche durante la fase di realizzazione dei singoli progetti.

Tuttavia, nonostante le evidenze in ambito clinico, le soluzioni di eHealth non sono ancora uno standard nella gestione quotidiana dei pazienti. La diffusione e la stabilizzazione di un nuovo modello operativo richiede la necessaria integrazione tra la risposta sociale e quella sanitaria, aiutando la diffusione di una cultura di assistenza all'anziano che vada verso il superamento della frammentazione degli interventi e il raggiungimento di un sistema integrato più efficiente.

Nel tessuto sociale attuale, complesso e frammentato, dove le famiglie acquisiscono sempre nuove fisionomie e defezioni, ci si trova sempre più spesso di fronte ad anziani soli. In molti casi l'operatore sanitario che si reca presso il domicilio nell'ambito delle attività di assistenza domiciliare, rappresenta il legame di questi anziani con il mondo.

L'integrazione dei servizi di assistenza domiciliare esistenti con modelli organizzativi basati sulla telemedicina contribuirebbe alla realizzazione di obiettivi comuni: mantenere la persona presso il proprio domicilio, ridurre le ospedalizzazioni dei malati cronici, diminuire il ricorso a strutture residenziali, ridurre la mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure, supportare la persona nella dimissione protetta dopo un ricovero ospedaliero.

Poiché gran parte del budget allocato per le attività territoriali viene assorbito dall'assistenza alle persone con cronicità, è ormai necessaria una diversa gestione di questi pazienti utilizzando soluzioni di telemedicina o di mobile health. In particolare la scelta della ASL ricade sull'implementazione di un nuovo modello di sanità territoriale massimizzando il ruolo delle Case della Salute attraverso una presenza continua sia fisica che virtuale dei medici di medicina generale (attraverso le UCCP), di infermieri e specialisti.

La Casa Della Salute dovrà disporre di mezzi e risorse per coordinare nel modo più efficiente e funzionale possibile i livelli operativi della struttura. I sistemi telematici disponibili saranno flessibili e adattabili ai requisiti di assistenza medica e specialistica, al fine di garantire un servizio socio-sanitario completo.

L'elemento di novità è dato dalla possibilità di fornire un servizio interattivo con l'utente remoto, che oltre alla comunicazione verbale offre un contatto visivo garantendo una continuità di rapporto tra l'assistito ed i suoi assistenti.

Alla luce delle recenti indicazioni normative (linee guida nazionali e patto per la sanità digitale,) il decisore aziendale ha, finalmente, la possibilità di selezionare quei servizi sanitari su cui strategicamente puntare identificando le soluzioni operative per l'attuazione di percorsi assistenziali e di cura.

Nel breve periodo quindi la ASL, in concomitanza con la fase di start-up della prima Casa della Salute, creerà un gruppo di lavoro per la definizione di piani di attuazione estensibili alle varie attività, con l'obiettivo di ottimizzare e implementare un modello di presa in carico del paziente cronico ed effettuando misure prima-dopo, utilizzabili ai fini della valutazione di efficacia e di esito degli interventi di telemedicina. Verrà inoltre creato un modello sostenibile, replicabile e integrabile nel sistema attuale, in particolare:

- non introducendo flussi informativi aggiuntivi, ma che semplifichi quelli già esistenti
- si interfacci con sistemi informativi esistenti complementandone l'efficace funzionamento
- utilizzi sistemi di facile comprensione tenendo presente che nel contesto paziente-sistema sanitario vi è una significativa presenza di "digital divide".

4.4 LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA

La sostenibilità economico-finanziaria è condizione necessaria perché la ASL Roma D possa conseguire i propri obiettivi istituzionali e dare quindi piena risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Sebbene i dati di bilancio riportati ai paragrafi precedenti mostrino il raggiungimento di un sostanziale pareggio di bilancio negli ultimi tre anni, appare urgente avviare azioni importanti di revisione e riqualificazione della spesa. Ciò al fine, da un lato, di massimizzare il valore prodotto per l'utenza a parità di spesa, così da utilizzare le risorse recuperate attraverso un aumento dell'efficienza per raggiungere quel target di utenza che oggi non cercano o non trovano risposta all'interno del perimetro dei servizi aziendali. Dall'altro, tali interventi sono finalizzati a contribuire alla sostenibilità del sistema laziale nel suo complesso, liberando risorse da mettere al servizio al rientro dei disavanzi del SSR.

I principali impatti economici previsti dall'azienda nel prossimo triennio in conseguenza del raggiungimento degli obiettivi strategici sopra descritti sono di seguito evidenziati:

- Contenzione degli incrementi di spesa per servizi sanitari relativa a attività di ricovero e medicina specialistica erogata da strutture pubbliche o private al di fuori dei confini aziendali (inclusa la mobilità passiva extraregionale) grazie allo sviluppo dei percorsi, al rafforzamento dell'attività di committenza e all'aumento della produttività degli ospedali a gestione diretta.
- Contenzione degli incrementi della spesa farmaceutica e dei costi di approvvigionamento degli altri beni sanitari attraverso l'incremento dell'appropriatezza garantito dallo sviluppo dei percorsi e dal rafforzamento del ruolo di *gatekeeping* del MMG.
- Contenzione della spesa relativa all'attività ospedaliera garantita dalla nuova organizzazione della rete delle strutture aziendali e dallo sviluppo delle funzioni di "filtro" agli accessi a PS da parte delle Case della Salute e dei PUA.
- Risparmi nei canoni di locazione, costi di vigilanza e manutenzione grazie all'attività di revisione ed ottimizzazione della gestione del patrimonio immobiliare.
- Mantenimento degli attuali livelli di spesa per il personale grazie al blocco turn-over, alla riduzione delle strutture complesse e semplici e ai diversi interventi di riorganizzazione e razionalizzazione della rete di offerta.

Le risorse recuperate saranno prevalentemente utilizzate per consentire di effettuare gli investimenti tecnologici previsti e per rendere possibili le radicali innovazioni organizzative e modifiche nelle modalità di lavoro ed erogazione dei servizi previste nel presente piano.

IL QUADRO DELLE COMPATIBILITÀ ECONOMICHE

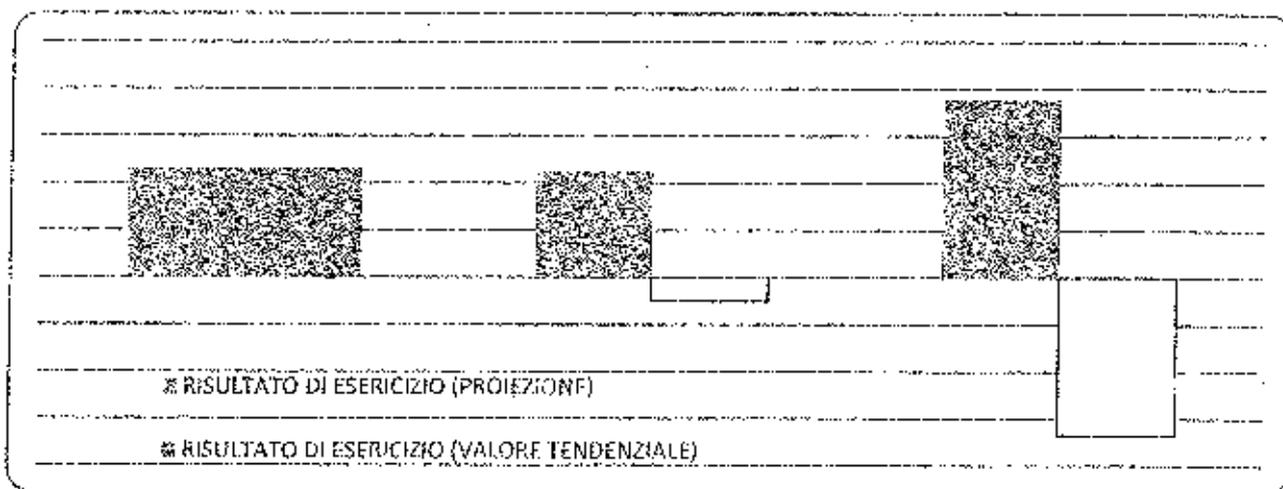
Il presente paragrafo riporta le proiezioni delle dinamiche economico finanziarie per il triennio 2014-2016, evidenziando l'impatto atteso degli interventi strategici previsti nel presente piano. Nella tabella 52 sono proposte le proiezioni 2014-2016 del bilancio per voci aggregate, mentre nella figura 20 viene messo a confronto la proiezione del risultato di esercizio 2014-2016 con il risultato d'esercizio tendenziale in assenza degli interventi strategici programmati dall'azienda.

Tabella 52. Proiezione CE sintetico 2014-2016

CODICE	DESCRIZIONE	PROIEZIONI A SINISTRA		
		BASE CE PRIMO TRIMESTRE 2014	PROGRAMMATICHE 2015	PROGRAMMATICHE 2016
4	VALORE DELLA PRODUZIONE	1.037.890.116	1.037.890.116	1.037.890.116
5	COSTI DELLA PRODUZIONE	996.596.946	997.479.241	997.929.791
6	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	6.408.083	6.408.083	6.408.083
7	RETTE E VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE			
8	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	12.901.264	12.901.264	12.901.264
9	IMPOSTE E TASSE	11.205.608	11.205.608	11.205.608
	RISULTATO DI PERIODO	10.778.714	9.445.919	9.445.919

Il programmatico 2015 e 2016 è stato determinato con base preconsuntivo 2014 incrementato e/o decrementato dei valori derivanti dalle azioni proposte alle pagine 81 e 82 del documento

Figura 20. Risultato di esercizio 2014-2016, confronto proiezione e valore tendenziale



La proiezione e il calcolo dei valori tendenziali sono state costruite considerando costante il livello di finanziamento regionale, e stimando i tassi di incremento/decremento annuo delle voci di bilancio come riportato in tabella 53. Come conseguenza degli interventi strategici elencati nel Piano si è stimato il mantenimento nel biennio dei livelli 2014 dei costi per beni e personale, nonché un incremento pari a zero e quindi una riduzione dell'1% per i costi relativi ai servizi, sanitari e non.

In allegato 1 è indicata la previsione CE 2014-2016 con dettaglio

Tabella 53: Tassi di incremento/decremento delle voci di bilancio stimati

	Proiezione (include impatto interventi strategici)	Valore tendenziale
Finanziamento	0%	0%
Acquisti di beni	0%	3%
Acquisti di servizi	0% nel 2015 -1% nel 2016	1,5%
Costi del personale	0%	0%
Altre voci di bilancio	1,5%	1,5%

Le proiezioni mostrano come l'impatto atteso degli interventi nell'ambito dell'attività di sviluppo dell'appropriatezza, di rafforzamento dell'attività di committenza e di recupero della mobilità consentiranno di contenere la spesa e conseguentemente di mantenere e incrementare gli attuali livelli di risorse recuperate a vantaggio del sistema regionale.

LE SCHEDE DI ATTIVITÀ IN INCREMENTO E DECREMENTO

Si riporta di seguito la quantificazione degli impatti prevedibili nel triennio 2014-2016 per alcune specifiche attività che il Piano Strategico identifica quali destinatarie di investimenti economici o quali oggetto di disinvestimento. Per queste attività è stato compilato un piano dei conti schematizzato ed aggregato che indica le variazioni in incremento o decremento per le voci di conto economico interessate. Le risorse liberate dalle attività in decremento qui riportate consentiranno di liberare risorse preziose per la rimodulazione della capacità produttiva.

Scheda 1. Attività in incremento e decremento per attivazione posti letto di lungodegenza presso CPO

Descrizione: Attivazione di 14 posti letto di lungodegenza presso CPO recuperando posti letto attribuiti ex DCA 80 al reparto di Medicina Generale del G.B.Grassi ma mai attivati e adoperando i letti e gli spazi fisici già presenti. A fronte dell'investimento si prevede una riduzione dei rimborsi per ricoveri di lungodegenza a strutture private accreditate e a altre strutture al di fuori del territorio aziendale.

Personale: il personale necessario per realizzare tale attività è pari a 1,5 FTE medici, 7 infermieri, 2 fisioterapisti, 6 OSS, 1 dietista, 1 assistente sociale e 1 psicologo.

Impatto economico stimato:

V.C.C.P.	Impatto economico	2015	2016
829999	Acquisti di beni	+124.563	+124.563
829999	Acquisti di servizi	-174.813	-174.813
829999	Personale del ramo sanitario	+937.750	+937.750
829999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	+1.357.834	+1.357.834

Scheda 2. Attività in incremento per attivazione posti letto di terapia intensiva

Descrizione: Attivazione di 4 posti letto presso il reparto di terapia intensiva presso G.B. Grassi recuperando posti letto attribuiti ex DCA 80 mai attivati. A fronte dell'investimento si prevede una riduzione di trasferimenti e dunque di ricoveri presso AO San Camillo Forlanini e altre strutture al di fuori del territorio aziendale.

Personale: il personale necessario per realizzare tale attività è pari a 1 medico, 13 infermieri, 6 OSS.

Impatto economico stimato:

		2013	2014
	Personale del personale		
	Personale del personale	+100.000	+100.000
	Personale del personale	-200.000	-121.610,00
	Personale del personale sanitario	+334.243	+334.243
BZ9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	+1.534.243	+1.534.243

Scheda 3. Attività in decremento per soppressione strutture complesse e semplici:

Descrizione: Riduzione di 6 fra strutture complesse/strutture semplici dipartimentali e 63 strutture semplici in area sanitaria ed amministrativa

Impatto economico stimato:

		2013	2014
	Personale del personale sanitario		
	Personale del personale amministrativo	-518.992	-518.992
BZ9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	-518.992	-518.992

Scheda 4. Attività in decremento per mantenimento misure di blocco del turnover

Descrizione: Il mantenimento dei vincoli al turnover in essere garantirà una riduzione dei costi per il personale pari alla differenza tra i costi del personale dei dipendenti cessati nel 2013 e i costi sostenuti nello stesso anno per i neoassunti.

Impatto economico stimato:

		2013	2014
	Personale del personale sanitario		
	Personale del personale amministrativo		
	Personale del personale sanitario	-130.516,11	-130.516,11
	Personale del personale sanitario	-116,47	-116,47
	Personale del personale amministrativo	-371,94	-371,94
BZ9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	-598.938	-598.938

Scheda 5. Attività in decremento per razionalizzazione patrimonio immobiliare

Descrizione: Effettuate le opportune verifiche e valutazioni degli spazi in cui trasferire le attività si prevede: dismissione del primo piano dell'immobile di via Giorgis; richiesta al Municipio dell'alienazione del terreno di via Saponara in cambio di un immobile in cui trasferire i servizi di Via del Poggio di Acilia; dismissione immobile Via dell'Imbrecciato; chiusura del presidio di via Bottazzi; trasformazione del presidio di via Crescenzo Dal Monte.

Impatto economico stimato:

		2013	2014
	Personale del personale		
	Personale del personale		
	Personale del personale sanitario		
BZ9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	-934.266	-934.266

5. LE PRIORITÀ STRATEGICHE

Le priorità strategiche di seguito descritte sono organizzate secondo i quattro pilastri di riferimento per la missione della Asl Roma D, introdotti nel precedente paragrafo, e qui collegati anche alle principali articolazioni dell'azienda, al fine essere chiaramente riconducibili al sistema delle responsabilità organizzative. A questo scopo ognuno dei paragrafi sulle priorità strategiche presenta il riferimento del ruolo organizzativo chiamato a presidiare, in qualità di promotore e garante dell'area di intervento strategico, l'implementazione delle iniziative di cambiamento, nonché una sezione in cui sono individuate le principali aree di impatto sull'azienda delle innovazioni introdotte. Per ciascuna area vengono prima identificate le priorità strategiche, cioè le azioni a grande impatto e di discontinuità significativa rispetto al passato, e poi le azioni specifiche ad esse riconducibili, e cioè gli interventi diffusi, persistenti e focalizzati che servono per dare corpo e perseguire le priorità strategiche.

5.1 CURE PRIMARIE, RETI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'azione nell'ambito delle cure primarie e delle reti e della integrazione socio sanitaria si sviluppa attorno al paradigma della "presa in carico" complessiva ed olistica del paziente-cittadino da cui deriva anche l'azione di "deospedalizzazione". Essa prende forma attraverso gli interventi nelle tre aree dell'assistenza territoriale e socio sanitaria, dell'assistenza materno infantile e dei servizi di salute mentale. Tali interventi sono discussi in dettaglio di seguito.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE E SOCIO SANITARIA, LA MEDICINA GENERALE ED I PUA: INIZIATIVA, ACCESSIBILITÀ E CONTINUITÀ

Il cambiamento nell'ambito dell'assistenza territoriale si rende necessario per meglio rispondere alle esigenze dei cittadini e trovare soluzioni alle criticità sopra evidenziate, quali ad esempio gli eccessivi tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'eterogeneità dei servizi offerti nelle diverse sedi aziendali, il non completo allineamento tra aree geografiche che esprimono domanda di servizi e sedi di erogazione aziendali. La ASL Roma D intende potenziare le cure primarie, assegnando un ruolo centrale delle cure domiciliari, alla medicina di base organizzata in team e alla specialistica ambulatoriale. Il nuovo modello avrà come fulcro e front office i Punti Unici di Accesso ai servizi e alle Case della Salute, e farà uso dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) quale strumento di base per l'organizzazione dei servizi sanitari, specie per la cura delle patologie croniche. Verrà altresì promossa la rete socio sanitaria e sarà confermata l'attenzione dell'azienda nell'ambito dell'HTA e del governo della spesa. Le otto priorità fondamentali di intervento sono pertanto indicate di seguito, e ad esse si riconducono le principali azioni specifiche di innovazione:

1. Attivazione delle Case della Salute e piena implementazione dei PUA
2. Costruzione e implementazione del PDTA
3. Centralità e protagonismo della medicina generale
4. Riorganizzazione della rete delle strutture territoriali (PUA, ambulatori, ACl, ospedali di

comunità, strutture residenziali, ecc)

5. Sviluppo telemedicina e dematerializzazione per garantire la continuità ospedale-territorio
6. Contrasto alle liste di attesa
7. Promozione dei servizi sociosanitari
8. Promozione dell'NTA e del governo della spesa farmaceutica

AZIONI SPECIFICHE

Di seguito sono descritte prima qualitativamente alcune delle principali declinazioni operative delle priorità strategiche nell'ambito delle cure primarie, poi sintetizzate assieme ad ulteriori azioni specifiche in una successiva tabella riassuntiva.

Attivazione Case della Salute e PUA

Attivazione di una Casa della Salute in ogni distretto identificando localizzazioni geografiche coerenti con le esigenze e le specificità dei diversi territori e del contesto sociale e demografico. Entro il 2014 attivazione nel Distretto Municipio X presso Presidio S. Agostino, e negli anni successivi negli altri distretti.

Organizzazione dei servizi offerti presso le quattro Case della Salute al fine di garantire:

- la prenotazione e l'erogazione completa dei servizi compresi nei PDTA attivati, con separazione del percorso di prenotazione delle prestazioni comprese nei percorsi da quello delle prestazioni puntuali a provenienza CUP;
- la presenza di MMG e specialisti ambulatoriali a supporto dell'attività dei PDTA, in applicazione dell'AIR e nel rispetto delle indicazioni regionali sulle modalità di integrazione con le forme associative della medicina di base;
- l'attivazione di punti di primo soccorso per prestazioni di base alternativi al Pronto Soccorso ospedaliero nei festivi e prefestivi, in capo ai MMG;
- strumenti di rendicontazione informatizzata comprensiva di dati per la valutazione della appropriatezza prescrittiva e della corretta adesione ai percorsi;
- pieno sviluppo dell'operatività dei PUA (Punti Unici di Accesso) al fine di garantire la presa in carico dei pazienti fragili, anziani, complessi e pluripatologici secondo criteri di accessibilità e qualità omogenei sul territorio aziendale.

I PUA rappresentano il punto della rete di ingresso per le prestazioni territoriali (Assistenza domiciliare, Residenzialità, ecc) e i luoghi di valutazione della richiesta di prestazioni, valutazione multidisciplinare attraverso l'attivazione delle Commissioni di Valutazione Multidisciplinare, definizione e verifica del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Particolare attenzione sarà rivolta alla piena integrazione nei PUA dei diversi servizi territoriali, allo sviluppo di strumenti informativi a supporto dell'attività che favoriscano l'integrazione tra ospedale, MMG e altri attori, alla promozione dell'attività di comunicazione, alla definizione di criteri omogenei per l'accesso ai servizi, all'effettiva definizione di piani assistenziali individuali per i pazienti.

Costruzione ed implementazione dei PDTA

Attivazione del "Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale" (PDTA) all'interno delle Case della Salute e con il pieno coinvolgimento quale attivatore del percorso del Medico di Medicina Generale (MMG). Tale

strumento, attraverso l'effettiva presa in carico territoriale del paziente, garantirà l'appropriatezza e la piena risposta alla domanda di servizi, attraverso le risorse recuperate dalla riduzione del consumo di servizi non necessari.

Adozione entro il 2014 ed applicazione entro il primo semestre 2015 dei PDTA per tre delle quattro patologie indicate a livello regionale:

- 1 Scoppio cardiaco;
- 2 Diabete;
- 3 Broncopatia cronico - ostruttiva (BPCO)
- 4 Trattamento Anticoagulante (TAO)

Sviluppo e progressiva applicazione di altri PDTA rimanenti e di quelli già presenti in via sperimentale nei diversi distretti:

- 5 Sclerosi Laterale Amiotrofica;
- 6 Anziano fragile
- 7 Demenze e disturbi cognitivi cronico - degenerativi.

Potenziamento dei sistemi informativi per i PDTA e definizione di sistemi di budget di percorso.

Centralità e protagonismo della medicina generale

I MMG sono i principali protagonisti della rivoluzione sul territorio, da loro ci si attende una maggiore continuità dell'assistenza, un ruolo di *gate-keeping* forte rispetto ai consumi inappropriati, un'attività di case-management efficace attraverso i PDTA. Di conseguenza, la sottoscrizione di accordi interni con i MMG nel più ampio quadro dell'accordo collettivo nazionale e regionale sarà resa coerente con l'attivazione e adesione ai PDTA e l'attivazione delle Case della Salute, nonché con la rimodulazione degli accordi di funzionamento degli Ospedali di comunità.

Sarà inoltre data piena implementazione alla medicina associativa per l'assistenza primaria attraverso lo sviluppo di strumenti condivisi (spazi fisici, sistemi informativi, strumenti di comunicazione al paziente).

Riorganizzazione della rete delle strutture e dell'assistenza territoriali

Revisione dei punti di erogazione che compongono la rete territoriale in termini di orari di apertura, dislocazione territoriale, portafoglio di servizi erogati, per offrire piena risposta alla domanda di servizi e garantendo criteri di qualità omogenei, in funzione della densità e delle caratteristiche della popolazione e del reale utilizzo dei servizi.

Realizzazione di un sistema informatico territoriale finalizzato alla diffusione capillare dei punti informatici di richiesta di accesso alle prestazioni (MMG, Pediatri, farmacie, Servizi sociali dei Comuni, Ospedali) e contemporaneo potenziamento dei PUA, nonché al supporto di una pratica di qualità per l'erogazione delle prestazioni attraverso l'adozione della Suite Inter-Rai.

Riorganizzazione dell'attività di assistenza domiciliare, attraverso la definizione di standard di prestazioni che garantiscano la qualità dell'assistenza e l'omogeneità del servizio sul territorio aziendale, anche attraverso il ricorso a forme di medicina di iniziativa e a strumenti di telemedicina. Ampliamento della gamma di servizi erogati a domicilio, e sviluppo dell'offerta di terapia del dolore per i pazienti con patologie croniche e invalidanti in tutta la rete delle strutture aziendali e private accreditate.

Sviluppo delle reti delle cure territoriali per quello che riguarda la terapia del dolore, le cure palliative, l'assistenza oncologica e la nutrizione artificiale domiciliare (enterale e parenterale) nell'ambito della più ampia assistenza domiciliare integrata ma con garanzia di servizio pubblico 7 giorni su sette e specificità di

erogazione della prestazione da parte di personale qualificato (specialisti) e nel contempo nella garanzia della presa in carico del paziente secondo il modello del percorso diagnostico assistenziale.

Potenziamento dell'attività di verifica della qualità e della garanzia degli standard dell'assistenza erogati dalle strutture territoriali aziendali e private accreditate (strutture riabilitative, RSA, ecc). Promozione dell'appropriatezza attraverso la definizione di linee guida condivise, il monitoraggio dell'attività prescrittiva e lo sviluppo di un'attività di committenza e verifica.

Ridefinizione della vocazione e delle modalità di funzionamento (criteri di accesso e dimissione, rapporto con strutture per acuti, professionalità dedicate, ecc.) degli ospedali di comunità in essere.

Riorganizzazione della rete di offerta aziendale per le dipendenze con interventi sull'accessibilità dell'offerta attraverso la revisione degli orari di apertura, la rimodulazione del portafoglio di servizi interni ed anche con quelli di Villa Maraini.

Interventi specifici di riconfigurazione dell'offerta nell'ambito dei quattro Distretti:

Distretto di Fiumicino

- a) Dismissione dell'immobile di via Giorgis e potenziamento della sede di via Coni Zugna ove concentrare la Direzione del Distretto e i servizi amministrativi con contemporaneo potenziamento dell'attività sanitaria.
- b) Trasformazione in struttura residenziale socio-riabilitativa del DSM con assistenza max. h 22 della struttura di via Spinarello.
- c) Sviluppo di un protocollo di collaborazione con il Comune per la realizzazione delle Case della salute (con priorità per l'area di Palidoro e successivamente di Maccarese) e/o di strutture residenziali/semiresidenziali per anziani con disturbi cognitivi.

Distretto Municipio X

- d) Attivazione Poliambulatori di via Paolini con concentrazione di tutte le attività ambulatoriali ad erogazione puntuale, entro fine 2014.
- e) Attivazione Casa della Salute nel presidio Sant'Agostino entro fine 2014.
- f) Studio di fattibilità per l'attivazione di un presidio sanitario presso la Zona dell'Infernetto, altamente popolata e priva di servizi.

Distretto Municipio XI

- g) Attivazione di un polo di erogazione di prestazioni ambulatoriali di medicina generale festivi e prefestivi (mediche e infermieristiche) presso Struttura di via Vaiano o Ponte Galeria, a prefudio di futura attivazione della Casa della Salute.
- h) Riapertura, dopo ristrutturazione, del poliambulatorio di Ponte Galeria e contemporanea chiusura del poliambulatorio di Commercio.
- i) Rimodulazione dell'offerta della radiologia e TC di via Vaiano, in sinergia con l'offerta ospedaliera;
- j) Temporanea dislocazione dei servizi del DSM da via Fermi in via Portuense (entro 2015) e valutazione successiva per la riallocazione nell'area di Viale Marconi.
- k) Trasferimento a via Brisso dei 2 Centri Diurni attualmente a via Portuense;
- l) Apertura della struttura residenziale per la Salute Mentale di "Catacombe di Generosa" entro primo trimestre 2015. Accorpamento delle strutture residenziali di via Crescenzo del Monte e di Spinarello.

Distretto Municipio XII

- m) Trasferimento in via Crescenzo del Monte (inizio 2015) delle attività del Centro Diurno di via Bottazzi e dismissione di quest'ultimo.

Sviluppo telemedicina e dematerializzazione per garantire la continuità ospedale-territorio

Completamento attivazione programma Escape per trasmissione esito esami di laboratorio al MMG e PLS entro primo semestre 2015. Progressivo ampliamento delle azioni informatiche atte al sempre più ampio collegamento fra i MMG ed i punti di erogazione delle prestazioni (lettera dimissione, laboratorio analisi, radiologia, prenotazioni PDTA ed accessi PUA etc).

Attivazione collegamento informatico degli Ospedali a gestione diretta e S. Camillo con i PUA per dimissioni difficili e presa in carico territoriale (estensione programma informatico e creazione cabina di regia dimissioni protette) entro fine 2015.

Sperimentazione nel distretto di Fiumicino della dematerializzazione completa della prescrizione farmaceutica con coinvolgimento delle farmacie; adesione al progetto regionale. Ampliamento distribuzione diretta del farmaco alle dimissioni.

Potenziamento delle attività di telecardiologia o teleconsulto cardiologico tra Presidia Ospedaliero di Ostia, specialisti ospedalieri e territoriali e MMG; implementazione del monitoraggio remoto per i pazienti eleggibili da portare a regime nel triennio su tutti i distretti. Attivazione del sistema di teleradiologia su tutti i punti di erogazione di immagini e potenziamento della rete PO Grassi / ospedale S.Camillo nell'ambito della rete dei Politraumi.

Contrasto alle liste d'attesa

La ASL Roma D ha predisposto il Piano Aziendale che definisce le modalità da utilizzarsi per il contrasto alle liste d'attesa, effettua il monitoraggio quindicinale dei tempi d'attesa e ha identificato il responsabile aziendale. Nell'ambito di tale Piano ha dato attuazione al progetto speciale per l'abbattimento delle liste d'attesa, all'attività di "pulizia" delle liste d'attesa (si tratta di verificare a priori la presenza ancora in lista dei pazienti che hanno prenotato. Nel caso gli stessi abbiano già eseguito la prestazione, vengono deponnati e viene reso disponibile il posto in precedenza occupato), all'identificazione delle prestazioni e/o dei pacchetti di prestazioni con alta lista d'attesa, alla valutazione della possibilità di aumento della produttività interna (efficientamento), alla rimodulazione delle attività in libera professione.

L'azienda intende proseguire tale attività attraverso l'attivazione di un sistema di prenotazioni con priorità differenziata definite dai MMG entro il 2015, e la formulazione di agende separate per le prestazioni da erogarsi nell'ambito dei PDTA.

Inoltre la ASL svilupperà il governo delle liste d'attesa non semplicemente aumentando l'offerta, ma anche e soprattutto ricercando l'appropriatezza attraverso il controllo della domanda garantito dall'attività dei MMG.

Promozione dei servizi socio-sanitari

Promozione dei servizi socio-sanitari per dare risposta a tutte le problematiche sanitarie che presentino caratteristiche di bisogno sociale o alle problematiche sociali con connotati sanitari. Piena integrazione delle attività socioassistenziali all'interno dei PUA.

Sviluppo di strumenti di controllo e verifica degli impatti del sistema socio-sanitario. Adozione della Suite INTER-RAI, ridefinizione degli standard, dei criteri di accesso e delle modalità di finanziamento delle strutture della rete di offerta residenziale (sanitaria, socio-sanitaria e sociale), al fine di garantire elevati livelli di qualità, omogeneità di trattamento sul territorio aziendale e tempestività nella risposta alla domanda.

Ridefinizione delle modalità di accesso, erogazione e finanziamento dei soggiorni estivi, e verifica dell'efficacia e dell'efficienza degli stessi in continuità al trattamento riabilitativo.

Presidio dell'offerta di servizi di salute per stranieri non in regola con le norme per l'ingresso in Italia, con particolare attenzione all'area materno infantile, in raccordo funzionale con il servizio sociale municipale/comunale.

Promozione dell'HTA e del governo della spesa farmaceutica

Avvio del monitoraggio delle prescrizioni di tutti gli specialisti che svolgono attività nel territorio aziendale, con particolare riguardo ai professionisti operanti nella AO S.Camillo Forlanini, anche al fine di condividere Percorsi Terapeutici condivisi.

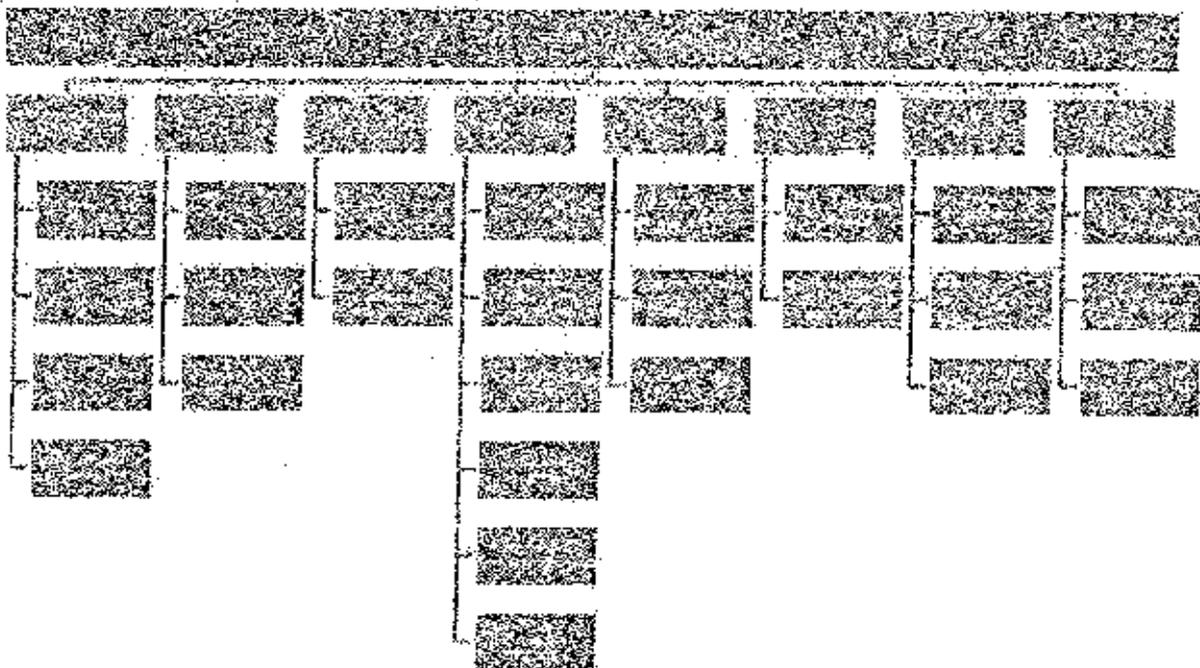
Promozione delle pratiche "Evidence Based" e introduzione delle analisi HTA anche per i nuovi dispositivi sanitari e le procedure cliniche, non solo come strumento tecnico ma come modalità operativa ed approccio culturale.

Sperimentazione di un Prontuario Farmaceutico unico interaziendale, corredato di linee guida, articolato per aree terapeutiche omogenee. Tale Prontuario sarà supportato da una Commissione Terapeutica multidisciplinare costituita dalle figure professionali maggiormente significative in ambito prescrittivo.

Attivazione di metodologie di Health Technology Assessment, anche a scala interaziendale, per la scelta dei dispositivi medici, al fine di valutarli sulla base delle migliori evidenze scientifiche per inserirli all'interno di un Repertorio comune.

Figura 2.1. Sintesi degli interventi strategici nell'area dell'assistenza territoriale

Territorio



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

I Direttori dei quattro Distretti Sanitari e il Direttore del Dipartimento Farmaceutico sono le figure organizzative chiamate a presidiare, in qualità di promotore e garante delle iniziative di intervento strategico nell'ambito dell'assistenza territoriale, il perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori aziendali coinvolti.

IMPATTO ATTESO

Il potenziamento delle cure primarie, l'attivazione delle case della salute, lo sviluppo dell'attività specialistica collegata alla riorganizzazione della rete delle strutture aziendali e il potenziamento della rete socio-sanitaria hanno come obiettivo il miglioramento della qualità dell'offerta, la garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e l'introduzione del modello dei percorsi assistenziali quale riferimento organizzativo fondamentale per l'attività aziendale. Ciò porterà risultati in termini di:

- esiti di salute;
- qualità percepita dei servizi;
- riduzione delle liste di attesa;
- contenimento delle fughe;
- recupero della capacità produttiva e utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti all'interno dell'area territoriale e delle risorse ad essa dedicate, e le risorse liberate saranno utilizzate per effettuare gli investimenti necessari.

LA RETE DELL'ASSISTENZA MATERNO INFANTILE: ACCESSIBILITÀ, ACCOMPAGNAMENTO E PREVENZIONE

Il cambiamento nell'ambito dell'assistenza materno infantile è motivato principalmente dagli eccessivi tempi di attesa richiesti per le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, dalla inadeguata copertura della domanda di servizi ad essa collegata, e da una dislocazione delle sedi aziendali non pienamente corrispondente alla domanda di servizi. A tal fine sarà riorganizzata la rete di offerta, con lo sviluppo di un collegamento più ampio e strutturato fra la parte ospedaliera e quella territoriale e fra le azioni rivolte alle donne e quella al bambino/adolescente, o saranno adottati i percorsi diagnostico terapeutici quale modello organizzativo di riferimento. Le quattro priorità su cui si focalizzerà l'intervento aziendale nei prossimi tre anni sono riportate di seguito insieme alle principali azioni specifiche ad esse riconducibili:

1. Riorganizzazione della rete di offerta territoriale e sviluppo dei Percorsi Assistenziali
2. Promozione dell'attività ospedaliera
3. Sviluppo dello screening oncologico della cervice uterina

AZIONI SPECIFICHE

Riorganizzazione della rete di offerta territoriale e sviluppo dei Percorsi Assistenziali

Inclusione nella rete materno-infantile di tutta l'attività rivolta alla donna nelle diverse fasi della vita riproduttiva e della gravidanza, compreso il puerperio. Potenziamento di tutte le attività che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento degli indicatori di esito concernenti la gravidanza ed il parto.

Piena implementazione del percorso nascita, che avrà il suo fulcro nei consultori, e sarà attuato attraverso adeguate politiche di comunicazione, strumenti di integrazione tra i servizi, riduzione delle liste di attesa, entro il primo semestre 2015. Adozione di strumenti di misurazione degli esiti comuni a tutte le strutture implicate nel percorso. Effettiva messa in rete, anche attraverso l'attivazione di strumenti informativi, di punti nascita (aziendali e delle strutture private accreditate), pediatri di libera scelta e pediatria ospedaliera.

Riorganizzazione della rete dei consultori familiari, con interventi sull'accessibilità, attraverso la revisione e l'ampliamento orari di apertura, e la rimodulazione del portafoglio di servizi erogato presso ciascuna sede. Revisione della dislocazione territoriale in funzione della domanda espressa dal territorio (attivazione di un nuovo consultorio presso Infernetto).

Definizione agende per ecografie ginecologiche dedicate a specifiche patologie finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa e all'effettiva presa in carico delle pazienti.

Attivazione, presso le Case della Salute, di uno sportello anti violenza per affrontare le problematiche di natura sia sanitaria che sociale - relative alla violenza domestica nei confronti di donne e minori, da integrare con l'attività di PUA e Consultori familiari (gestione del percorso nascita secondo le modalità del PDTA).

Promozione dell'attività ospedaliera

Riorganizzazione dell'attività pediatrica ospedaliera, attraverso la qualificazione e lo sviluppo del Pronto Soccorso Pediatrico e dell'attività di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale nonché il collegamento in rete con l'ospedale del Bambin Gesù quale Hub per l'emergenza pediatrica.

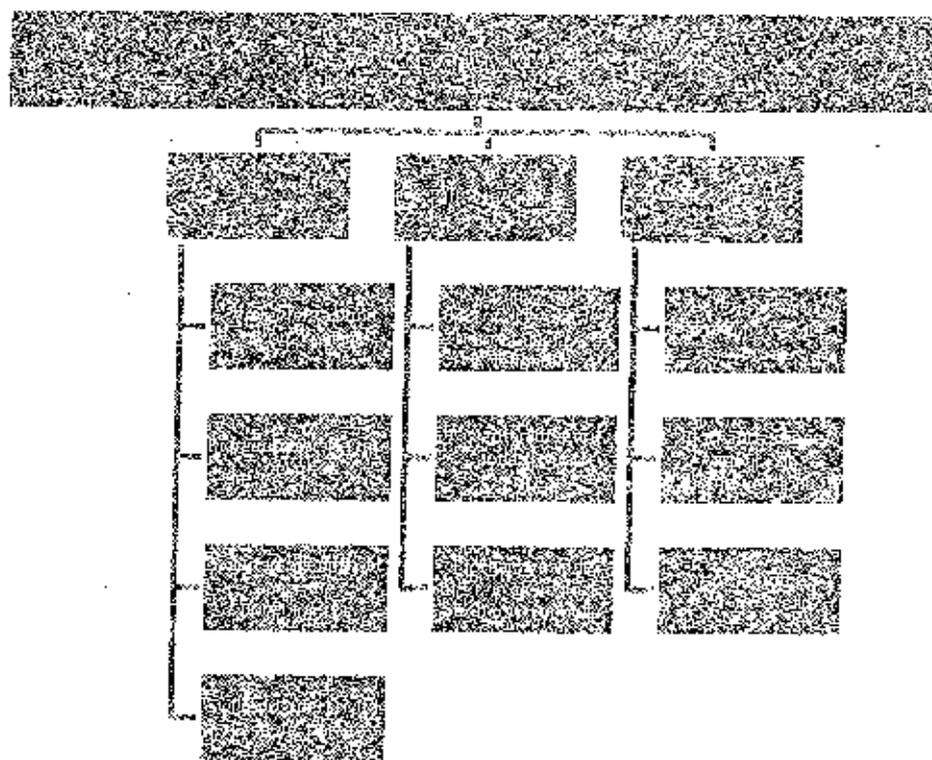
Mantenimento degli standard di attività del punto nascita aziendale e integrazione dell'operatività con la Casa del parto.

Riorganizzazione dell'attività di chirurgia ginecologica in coerenza con il nuovo modello organizzativo dell'area chirurgica (week e day surgery).

Sviluppo dello screening oncologico

Potenziamento attività di 1° e 2° livello di screening per tumore della cervice uterina. Riorganizzazione delle attività di comunicazione e erogazione delle prestazioni finalizzate a garantire le prestazioni diagnostiche di primo e secondo livello e follow up all'utenza.

Figura 22. Sintesi degli interventi strategici nell'area dell'assistenza materno infantile



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

Il Direttore del Dipartimento Materno Infantile è la figura organizzativa chiamata a presidiare, in qualità di promotore e garante delle iniziative di intervento strategico nell'ambito dell'assistenza materno infantile. Il perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori aziendali coinvolti.

IMPATTO ATTESO

La riorganizzazione della rete dei servizi, che coinvolge primariamente le strutture aziendali, i medici di base e i pediatri di libera scelta, è finalizzata all'incremento nella copertura della domanda di servizi, che oggi in larga parte non viene intercettata dall'azienda, in quanto quote significative di pazienti trovano risposta presso strutture private – spesso al di fuori del regime SSN – come nel caso della specialistica a supporto del percorso nascita o degli screening. In particolare sarà rimodulata l'offerta al fine di dare adeguata risposta ai cittadini che risiedono in aree territoriali a maggior sviluppo demografico ma scarsamente provviste di servizi materno infantili. Al contempo lo sviluppo dell'integrazione tra i servizi, che coinvolgerà anche le strutture private accreditate, promuoverà la qualità dei servizi erogati e la continuità della presa in carico. Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti all'interno dell'area territoriale e delle risorse ad essa dedicate, nonché attraverso il parziale recupero delle risorse oggi riconosciute per le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate. Non si prevede pertanto un impatto economico diretto per tali interventi.

LA RETE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: PRESA IN CARICO, APPROPRIATEZZA, AUTONOMIZZAZIONE

I servizi di salute mentale presso la ASL Roma D richiedono un cambiamento motivato dalla necessità di intercettare pienamente la domanda di prestazioni sul territorio e di garantire una effettiva presa in carico nel tempo dei pazienti. A tal fine l'azienda ha identificato nella gestione per processi e percorsi, nella riorganizzazione della rete di offerta e nell'adozione di modalità di lavoro che garantiscano qualità e costo-efficacia dell'attività le linee di fondo del suo intervento nell'ambito della salute mentale e della cura delle dipendenze. Le priorità fondamentali sono pertanto indicate di seguito insieme alle principali azioni specifiche di intervento:

1. **Deospedalizzazione, deistituzionalizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale**
2. **Promozione dell'appropriatezza e verifica degli esiti**
3. **Sviluppo di percorsi per la presa in carico aziendale dei minori con disturbi mentali**

AZIONI SPECIFICHE

Deospedalizzazione, deistituzionalizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale

Deospedalizzazione precoce dei pazienti e progressiva deistituzionalizzazione, con estensione della residenzialità alternativa (es. gruppi appartamento). Nel corso del triennio, si valuterà se tale intervento potrà essere esteso fino ad arrivare alla previsione di centri di salute mentale aperti 24h con eliminazione degli ancora attuali due punti di erogazione delle prestazioni di tipo ambulatoriale fuori dal CSM.

Potenziamento della modalità di lavoro per PAI (Percorsi assistenziali individuali) attraverso la piena implementazione dei PUA e sviluppo dell'attività di valutazione multidisciplinare finalizzata ad un migliore assegnazione del regime di erogazione della prestazione (ADI, Residenzialità, Semiresidenzialità).

Riorganizzazione e sviluppo della rete dei centri diurni per offrire piena risposta alla domanda di servizi e garantendo criteri di qualità omogenei. Interventi su orari di apertura, dislocazione territoriale, portafoglio di servizi erogato presso ciascuna sede, ecc.

Potenziamento della rete per gli interventi precoci sui casi di esordio, con integrazione con MMG e altri soggetti istituzionali.

Attivazione di percorsi per la cura dei Disturbi di personalità, Disturbi dell'umore e Psicosi schizofrenica, con identificazione di specifici pacchetti di prestazioni (Consulenza, Presa in cura, Presa in carico) graduati in rapporto al livello di gravità della patologia al fine di garantire qualità del trattamento, omogeneità del servizio e tempestività della risposta.

Ridefinizione attività SPDC finalizzata a favorire i massimi livelli di autonomia possibili per il paziente e il contatto con l'ambiente esterno (SPDC "a porte aperte e senza contenzione").

Promozione dell'appropriatezza e verifica degli esiti

Ridefinizione, in collaborazione con i Distretti, degli standard e dei criteri di accesso delle strutture della rete di offerta residenziale (sanitaria, socio-sanitaria e sociale) per pazienti con disabilità psichiche, al fine di garantire elevati livelli di qualità, omogeneità di trattamento sul territorio aziendale e tempestività nella risposta alla domanda.

Adozione di scale e strumenti di valutazione degli outcome degli interventi riabilitativi e terapeutici, e monitoraggio dell'efficacia a conclusione dei percorsi di cura, anche attraverso verifica degli inserimenti lavorativi.

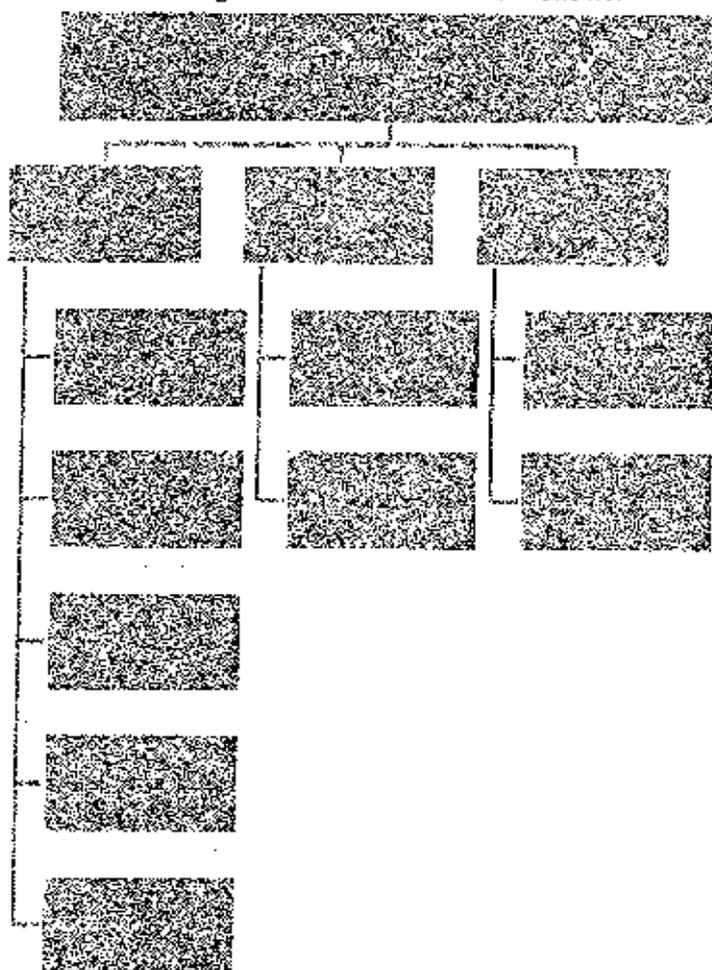
Attivazione, laddove possibile, di prestazioni (ad es. attività terapeutiche) di gruppo, che nella garanzia della qualità del servizio consentano una più ampia copertura della domanda di assistenza.

Sviluppo di percorsi per la presa in carico aziendale dei minori con disturbi mentali

Definizione e implementazione PDTA per i minori con disturbi mentali, attraverso il coinvolgimento delle strutture aziendali, di quelle private accreditate e dei pediatri di base, anche grazie al supporto di strumenti telematici, finalizzato a migliorare i livelli di qualità e la quota di nuove segnalazioni prese in carico da parte dei servizi aziendali. Particolare attenzione sarà riservata all'attività di informazione, accoglienza, diagnosi e cura per Disturbi del Comportamento Alimentare, in raccordo con i servizi consultoriali.

Inclusione nella rete della salute mentale di tutta l'attività svolta dal TSMREE e rivolta ai minori disabili fisici e/o psichici con problematiche socio - sanitarie, ivi comprese le problematiche minorili delinquenti.

Figura 23. Sintesi degli interventi strategici nell'area della salute mentale.



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale è la figura organizzativa chiamata a presidiare, in qualità di promotore e garante delle iniziative di intervento strategico nell'ambito dei servizi di salute mentale il perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori aziendali coinvolti.

IMPATTO ATTESO

Gli interventi sopra descritti nell'ambito dei servizi di salute mentale offerti dall'azienda hanno come obiettivo atteso il miglioramento della qualità, la garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e l'introduzione del modello dei percorsi assistenziali quale riferimento organizzativo fondamentale per l'attività del DSM. Ciò contribuirà inoltre a raggiungere una maggior copertura della domanda di servizi. Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle risorse ad essi dedicate, si prevede pertanto un sostanziale equilibrio tra i risparmi conseguibili e gli investimenti da effettuare per tali interventi.

5.2 RETE OSPEDALIERA

L'azione si sviluppa attorno al paradigma della "intensità di cura" come modello organizzativo interno degli ospedali a gestione diretta, finalizzato ad un miglioramento dell'efficienza interna ma anche ad adottare una organizzazione consona ai tempi che vede nella "deospedalizzazione" il miglior modo per garantire la salute e l'autonomia del paziente.

Le premesse in questo ambito sono la consapevolezza che i Presidi Ospedalieri a gestione diretta (P.P.OO) della ASL Roma D rappresentano complessivamente solo il 13% della produzione ospedaliera necessaria al fabbisogno dei cittadini residenti. Infatti, in maniera equivalente provvede il privato accreditato che insiste sul territorio e per il 20% i due Ospedali di riferimento, il S. Camillo e l'IRCSS Spallanzani². Il restante 50% viene soddisfatto da altri ospedali della Regione Lazio ed il 5% fuori regione.

ASSISTENZA OSPEDALIERA E EMERGENZA-URGENZA: SINERGIA, TEMPESTIVITÀ ED INNOVAZIONE

La ASL Roma D intende adottare assetti organizzativi innovativi dell'ospedale che favoriscano la gestione comune delle piattaforme produttive e modalità di lavoro multidisciplinari. Al contempo introdurrà ai diversi livelli le logiche di rete, così da promuovere sinergie e complementarietà tra le diverse strutture aziendali e tra offerta pubblica e privata. Saranno in particolare perseguite quattro priorità fondamentali, a cui si ricollegano le principali azioni specifiche:

1. Riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale con identificazione di una vocazione specifica per ciascuna delle tre strutture
2. Introduzione dell'organizzazione per intensità di cure
3. Sviluppo di attività di committenza nei confronti dell'offerta privata accreditata e integrazione in rete con le strutture pubbliche del territorio
4. Sviluppo Emergenza-Urgenza e gestione in rete delle patologie tempo dipendenti

² Le due strutture sono per il P.O. Grassi HUB per l'alta specialità, per le reti tempo dipendenti e per le reti organizzative di laboratorio e della medicina trasfusionale. L'IRCSS Spallanzani è Hub per le Malattie infettive. Inoltre, altra struttura di riferimento per la Rete è l'Ospedale del Bambino Gesù.

AZIONI SPECIFICHE

Riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale

A ogni ospedale dell'azienda sarà attribuita una vocazione in funzione delle caratteristiche strutturali dello stesso e del proprio posizionamento all'interno della rete regionale:

- P.O. Grassi, ospedale delle specialità di base e dell'emergenza / urgenza;
- P.O. Di Liegro, ospedale diurno, dell'attività programmata e "dello screening", con superamento della sperimentazione gestionale in atto;
- P.O. Centro Paraplegici Ospedaliero, ospedale riabilitativo, del paziente fragile/geriatrico e del neuroleso cronico e delle attività ambulatoriali chirurgiche.

La nuova rete ospedaliera avrà due presidi ed una direzione unica, saranno sviluppati meccanismi di integrazione tra le tre strutture attraverso l'unificazione delle liste di attesa, lo sviluppo di logiche di rete per il ricovero di pazienti provenienti dal PS dell'ospedale G. Grassi, ecc.

Nei dettagli si descrivono le specialità presenti in ognuna delle strutture citate, il ruolo che tali strutture ricoprono nella rete dell'emergenza, nelle reti tempo dipendenti e nelle reti organizzative, nonché le principali innovazioni organizzative previste dal presente piano.

Tabella 54. La riorganizzazione degli ospedali a gestione diretta

Presidio	PO Grassi	PO Di Liegro	PO CPO
Specialità (tra parentesi le autorizzate solo ambulatoriali)	Anestesia e rianimazione Anatomia Patologica Cardiologia Chirurgia generale Direzione medica ospedaliera Diagnostica per immagini Medicina Interna Medicina trasfusionale Ortopedia Ostetricia e ginecologia Oncologia medica Patologia neonatale Pediatría Pronto soccorso e medicina d'urgenza Oculistica Otorinolaringoiatria Nefrologia Neurologia Patologia clinica Psichiatria Urologia	(Allergologia) (Angiologia) (Cardiologia) Chirurgia Generale Direzione medica ospedaliera Diagnostica per immagini (Dermatologia) (Dietaologia) Medicina Interna (Medicina dello sport) Diabetologia Urologia (Oculistica) (Otorinolaringoiatria) Ortopedia Ginecologia (Pneumologia) Urologia Patologia Clinica Riabilitazione cod.56	Centro spinale Lungodegenza
DEA/PS	DEA I livello	no	no
Reti tempo dipendenti	Traumatologica (Pronto soccorso traumatologico - Hub S. Camillo) Ictus (Pronto soccorso esperto per TUV - Hub S. Camillo)	no no	no no

	Cardiologica (Tipo E, con PL, Utic, emodialisi)		
	Perinatale (1 livello)		
Reti organizzative	Laboratorio analisi (Laboratorio di Base; LEC - S San Camillo)	Laboratorio analisi (sezione del PO Grassi)	
	Trasfusionale (SINT h24, senza produzione di plasma)		
Innovazioni organizzative (si indicano posti letto solo delle innovazioni introdotte)	Azienda/O&I/Medicina d'urgenza (6 PL) Terapia intensiva 18 PL (4+) Cardiologia 18 PL (2+) e 6 UTIC Area Chirurgica degenza "longue", Chir. Generale, Ortopedia, Ginecologia (34 PL) Area Chirurgica ciclo breve, Chir. Generale, ortopedia, Ginecologia, O&I (48 PL di cui 17 DS) Area Medica Degenza "longue", medicina generale, nefrologia, neurologia, geriatria (30 PL) Area Medica a ciclo breve, medicina generale, nefrologia, neurologia (37 PL di cui 9 DH) SPOC Psichiatria - 18 PL (3+) di cui 2 DH	Area Chirurgica a ciclo breve, Lungodegenza/ (Chir. Generale, ortopedia, Urologia, ginecologia (32 PL di cui 12 DS) Area Medica "longue" (medicina interna, nefrologia, cardiologia, ecc. 46 PL di cui 1 DH) Centro di riferimento per il 2° livello di tutti gli screening aziendali	
PL complessivi totali x ospedale	237 RO 29 DH	118 RO 19 DH	28 RO 14 LDN 1 DH

*Lungodegenza a gestione infermieristica.

Una delle principali innovazioni organizzative nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sarà la riorganizzazione dell'attività dell'ospedale G.B. Grassi secondo un modello di intensità di cure. In esso sarà resa comune la gestione delle risorse (personale, posti letto e tecnologie) da parte delle diverse specialità medico-chirurgiche, saranno separati i percorsi in elezione e i percorsi in urgenza, l'organizzazione dei posti letto sarà rimodulata in base alla durata della degenza e all'intensità di cure richiesta dai pazienti. In particolare saranno attivate aree a ciclo breve, aperte dal lunedì al venerdì sera, che non accettano pazienti da PS ed aree a degenza "longue", su 7 giorni su 7.

Sarà sviluppata l'attività di gestione operativa finalizzata all'efficientamento nella gestione delle piattaforme produttive comuni (sale operatorie, ambulatori, posti letto, ecc) e allo snellimento dei processi di logistica del paziente, dalla preospedalizzazione alla dimissione. Introduzione di uno o più bed manager per la gestione dei posti letto e l'organizzazione delle dimissioni. Il modello assistenziale infermieristico sarà ridefinito in coerenza con la nuova organizzazione.

Nell'ambito della definizione del posizionamento strategico degli ospedali, in considerazione dello sviluppo dell'ospedale e delle considerazioni sullo stato tecnologico esistente, si opererà infine sul rinnovamento e

l'eventuale estensione del parco macchine con particolare riguardo alle aree di diagnostica per immagini, emodinamica, endoscopia e sull'evoluzione del sistema informatico ospedaliero,

Committenza e integrazione con altri ospedali.

Sviluppo dell'attività di committenza nei confronti delle strutture private accreditate finalizzata a definire gli standard quantitativi e qualitativi attesi, nonché le aree specialistiche ed i servizi rispetto ai quali potenziare o ridurre l'offerta, così da perseguire effettive sinergie tra offerta pubblica e privata sul territorio. Si rende necessario che tale attività di committenza sia svolta dall'azienda così da rendere possibile l'indirizzo del case-mix prodotto dai privati accreditati e dalle strutture pubbliche.

Con riferimento alle azioni sviluppate in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (SCF) e IRCCS IFO – Spallanzani, oltre a quanto già indicato per le reti cliniche tempo dipendenti, organizzative di laboratorio e la presa in carico degli stati vegetativi cronici, verranno messe in atto le seguenti misure:

- Costituzione del dipartimento farmaceutico strutturale con l'AO SCF e con IRCCS IFO – Spallanzani. Entro il 2014 declinazione della proposta ed attivazione sotto forma funzionale, entro il 2015 approvazione del regolamento di funzionamento nonché dei criteri di verifica della funzionalità e definitiva attivazione. Articolazione del dipartimento che prevede 5 poli:
 - Polo Farmaci (gestione prontuario interaziendale e coordinamento /controllo dispensazione medicinali e gas terapeutici, dispensazione interna e per pazienti in dimissione);
 - Polo Dispositivo medici (gestione del repertorio interaziendale e controllo, coordinamento dispensazione DM, materiale di medicazione, armamentario);
 - Polo Galenica clinica (gestione prodotti nutrizionali e preparazioni per nutrizione artificiale, miscele oncologiche, galenici magistrali);
 - Polo Farmacosorveglianza e informazione sul farmaco, governo clinico del farmaco e politiche del farmaco (farmacoepidemiologia, farmacoeconomia ospedaliera e territoriale, controllo dell'emissione e del rispetto dei piani terapeutici e note AIFA);
 - Polo Dispensazione diretta e territoriale (utenti interni ed esterni).
- Trasferimento dell'attività di microbiologia all'IRCCS Spallanzani.
- Avvio di forme collaborative per la gestione congiunta dei contenziosi sul personale di entrambe le aziende, con scambio di professionisti per le perizie specifiche.
- Messa in atto di forme di collaborazione per gli approfondimenti specialistici in ambito della medicina del lavoro, a supporto dell'azione del medico competente di ogni azienda.

Con riferimento all'Azienda Ospedaliera San Giovanni sarà avviata una convenzione per la gestione della Farmaceutica Ospedaliera, con futura valutazione dell'eventuale integrazione nel dipartimento del farmaco.

Con riferimento alle Asl Roma E e Roma F, sarà avviata una collaborazione per la messa in comune delle competenze della Medicina Legale e valutazione della fattibilità di un dipartimento interaziendale.

Indicatori di esito delle cure

La ASL Roma D si conforma all'utilizzo del sistema regionale P.Re.Val.E. per la valutazione degli esiti delle cure con particolare riguardo agli indicatori che riguardano le patologie per le quali si implementeranno i PDTA e gli indicatori già inseriti negli obiettivi del Direttore Generale. La tabella sottostante mostra gli indicatori sopra richiamati per il 2013 così come calcolati nello studio P.Re.Val.E. e per il 2014 quelli calcolabili sui dati interni ASL; l'abbreviazione RR ADJ mostra il valore di rischio aggiustato in funzione della media regionale.

Tabella 55. Alcuni indicatori di esito 2013 e 2014 del Programma P.Re.Val.E. per la Asl Roma D

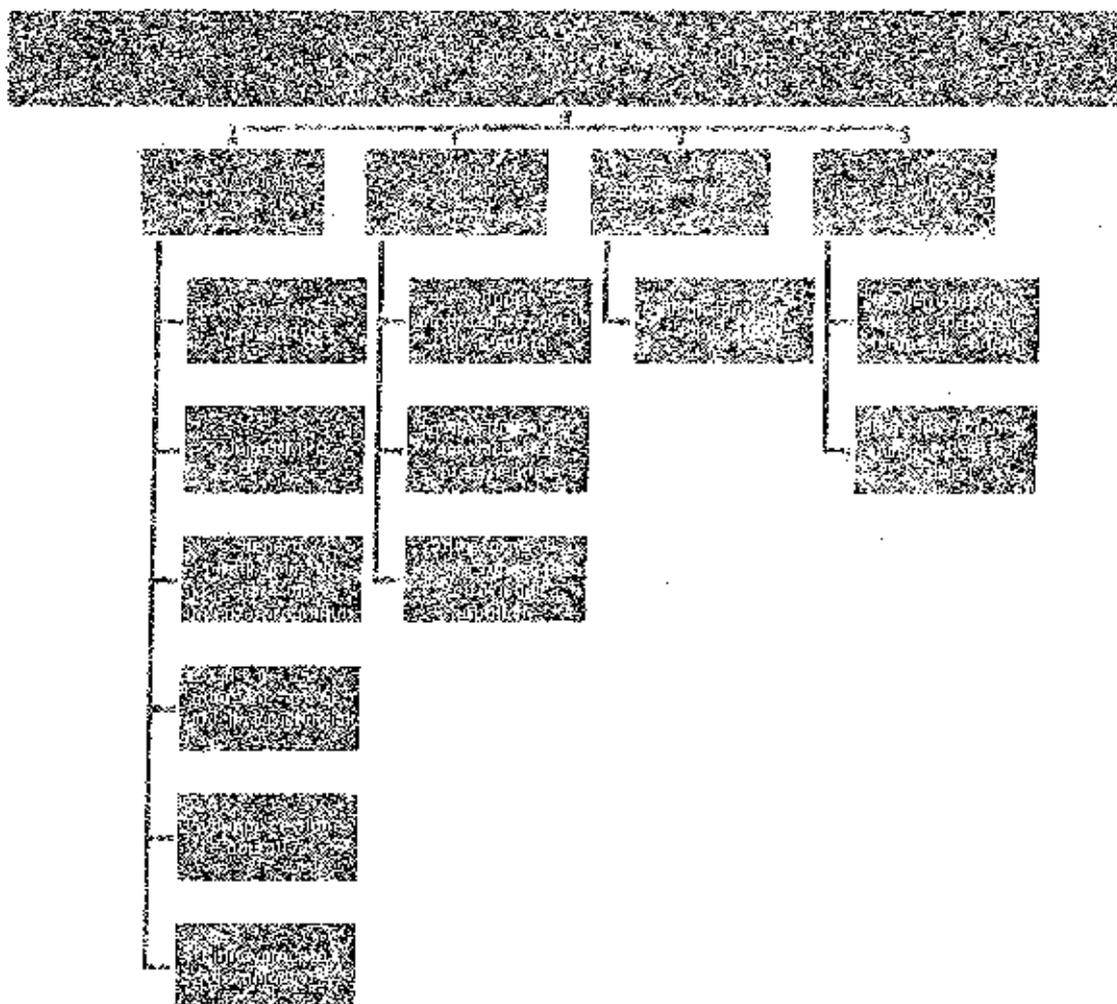
Patologie ed interventi		2013	2014 (1 sem.)	Regionale
Ospedalizzazione % ADI sui casi	BPCO	12,64		RR ADJ 1,04
	Scompenso cardiaco	3,01		RR ADJ 0,80
	Diabete complicanze a breve	0,41		RR ADJ 1,02
	Diabete complicanze a lungo	66,65		RR ADJ 0,91
	Diabete amputazioni	0,97		RR ADJ 1,16 (F 0,41)
Su Trattati PD Grassi	Frattura collo femore % di pz con Interv. < 48h >	27,43 (34,8)	28	RR ADJ 0,66
	Colecistectomia laparoscopica deg. post- operatoria < 3 gg	54,36 (77%)		RR ADJ 0,90
	Taglio cesareo primario %	28,6		31,3
	STEMI, proporzione casi trattati entro 90 minuti (struttura accesso)	27,85		RR ADJ 1,11
	STEMI mortalità a 30 gg (struttura di accesso)	12,58		
	PTCA 2 gg dal primo accesso x IMA mortalità a 30 gg da intervento	5		1,62

Interventi su emergenza-urgenza e patologie tempo dipendenti

Declinazione a livello aziendale e piena implementazione dei percorsi per l'ictus, l'infarto miocardico acuto, la frattura del collo del femore e il trauma, nel pieno rispetto del ruolo che le strutture aziendali ricoprono all'interno delle reti per patologia identificate a livello regionale. Sviluppo di una fattiva ed efficace integrazione tra ospedale, territorio e strutture accreditate, e effettivo monitoraggio dell'implementazione attraverso l'identificazione e il monitoraggio di indicatori di performance di percorso.

Riorganizzazione e sviluppo dell'attività del Pronto Soccorso presso l'ospedale G.B. Grassi attraverso la qualificazione degli spazi fisici, lo sviluppo di servizi di accoglienza e umanizzazione, la riduzione dei tempi di attesa, al fine di rispettare gli obiettivi di performance identificati a livello regionale.

Figura 24. Sintesi degli interventi strategici nell'area dell'assistenza ospedaliera



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero ed i Direttori Ospedalieri di Dipartimento sono i promotori e i garanti delle iniziative di intervento strategico nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, dell'emergenza urgenza e del perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori coinvolti.

IMPATTO ATTESO

La riprogettazione della rete ospedaliera aziendale, lo sviluppo dell'integrazione con le altre strutture che operano sul territorio della ASL Roma D e la riorganizzazione interna delle strutture sono finalizzate anzitutto a migliorare la qualità e la tempestività dei servizi di salute offerti ai cittadini e a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni, anche al fine di contenere l'elevata mobilità passiva e conseguentemente recuperare risorse da reinvestire sul territorio. Al contempo rappresentano uno strumento per garantire l'appropriatezza dei servizi erogati e quindi l'utilizzo efficiente delle risorse economiche disponibili, evitando inutili duplicazioni e massimizzando l'utilizzo delle competenze disponibili e della capacità produttiva. Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto prevalentemente attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti all'interno dell'area ospedaliera e delle risorse ad essa dedicate. L'impatto economico e del recupero della capacità produttiva con attivazione di posti letto di lungodegenza e terapia intensiva è riportata nel paragrafo "La sostenibilità economica".

5.3 PREVENZIONE

Il paradigma attorno al quale si svolge l'attività del dipartimento di prevenzione è "mantenere la salute" nell'ambito di una prossimità alla popolazione dell'azione ricercata. L'azienda intende garantire un'attività di elevata qualità e sviluppata con approccio proattivo, superando logiche tradizionali di tipo burocratico autorizzativo e ispettivo, a favore di modalità di lavoro che privilegino l'educazione alla salute e la consulenza proattiva ai cittadini e alle aziende, secondo criteri che si potrebbero definire di "prevenzione di iniziativa". Tale attività dovrà inoltre ispirarsi ai principi di trasparenza e imparzialità.

I SERVIZI DI PREVENZIONE: EDUCAZIONE, EMPOWERMENT E SICUREZZA

I servizi del dipartimento di prevenzione della ASL Roma D richiedono di essere riorganizzati e sviluppati per poter rispondere pienamente alle sfide poste dal territorio. Il cambiamento seguirà sei priorità fondamentali, a cui si ricollegano le diverse azioni specifiche:

1. **Promozione della salute e dei corretti stili di vita**
2. **Messa a regime dell'attività di screening**
3. **Sviluppo della copertura vaccinale**
4. **Iniziativa nella promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro**
5. **Promozione della sicurezza alimentare e dei servizi veterinari**
6. **Revisione organizzativa del dipartimento**

AZIONI SPECIFICHE

Promozione della salute e dei corretti stili di vita

Sviluppo del numero e della visibilità delle iniziative di comunicazione istituzionale esterna ed interna finalizzate alla promozione della salute. Una particolare attenzione sarà riservata alle attività rivolte alla popolazione anziana al fine di contrastare l'isolamento e l'insorgenza di patologie cronico-degenerative o di eventi accidentali. Coordinamento degli interventi effettuati dai professionisti dell'azienda al fine di garantire la coerenza e l'univocità dell'informazione al cittadino.

Tra le concrete azioni che saranno avviate si citano ad esempio quelle per il contrasto all'obesità infantile e alla sedentarietà e quelle per la prevenzione cardiovascolare. Sarà inoltre proseguita l'indagine PASSI per conoscere le condizioni reali della popolazione e saranno promossi i "Piedibus" nonché i gruppi di cammino.

Messa a regime dell'attività di screening

Potenziamento dei programmi di screening oncologico per raggiungere la copertura prescritta dalla Regione Lazio sulle tre patologie interessate (tumore alla mammella, alla cervico uterina e al colon retto) e garantire al contempo l'appropriatezza delle prestazioni evitando i casi di *overtreatment*.

Internalizzazione dei servizi oggi offerti al di fuori dei programmi di screening o potenziamento delle attività di comunicazione interna ed esterna.

Messa in rete di tutte le strutture aziendali che erogano le relative prestazioni di I e il livello e concentrazione delle prestazioni di II livello presso l'ospedale Di Liegro.

Sviluppo della copertura vaccinale

Garanzia dei livelli di prevenzione primaria identificati a livello nazionale e regionale.

Sviluppo della copertura per MPR, antimeningococco e HPV attraverso azioni informative preventive e personalizzate, anche telematiche nonché attraverso il coinvolgimento attivo della pediatria di base.

Attivazione di un registro di popolazione sui rifiuti alla vaccinazione.

Iniziativa nella promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro

Sviluppo, nell'ambito dell'attività di vigilanza, dell'informazione ed assistenza alle aziende, al fine di valorizzare il confronto e la ricerca di soluzioni condivise con imprenditori e professionisti nella prevenzione e gestione dei rischi. Saranno stabiliti specifici criteri per la selezione delle realtà da vigilare e per le modalità di svolgimento di tale attività al fine di perseguire obiettivi di integrità e trasparenza, nel rispetto di quanto previsto nel piano aziendale triennale di prevenzione della corruzione.

Conferma delle strategie aziendali nell'ambito della prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro con interventi nella prevenzione e vigilanza su infortuni sul lavoro e malattie professionali e nello sviluppo di attività in partnership con INAIL.

Promozione sicurezza alimentare e servizi veterinari

Realizzazione di una effettiva integrazione tra attività di Sicurezza Alimentare e Servizi Veterinari, anche attraverso l'applicazione delle procedure per la registrazione delle imprese alimentari, l'informatizzazione della banca-dati degli operatori del settore alimentare, il censimento delle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, ecc.

Promozione della sanità veterinaria con interventi nell'ambito delle autorizzazioni per gli insediamenti ospitanti animali non destinati alla produzione di alimenti, del coordinamento degli interventi in casi di disagio sociale con collegate problematiche igienico sanitarie in presenza di animali, nel contrasto al randagismo canino e nella profilassi della rabbia.

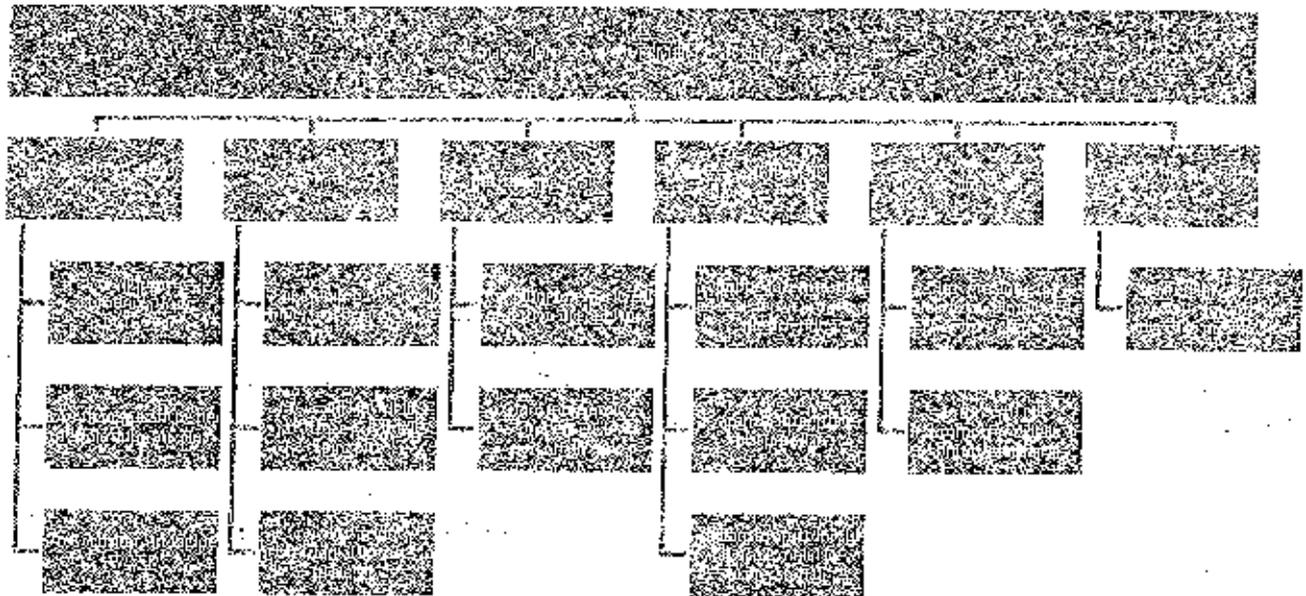
Revisione organizzativa del dipartimento

Riorganizzazione delle attività amministrative a supporto dell'attività di prevenzione, attraverso scelte di accentramento dei servizi e razionalizzazione, finalizzati a incrementare l'appropriatezza, l'omogeneità dei servizi erogati sul territorio e il recupero di efficienza. Unificazione delle attività sul controllo degli alimenti di origine animale e sugli alimenti per la nutrizione umana.

Aggregazione in un'unica sede delle attività amministrative e direzionali del dipartimento.

Gestione del canale sanitario sovrazonale con definizione dei rapporti con Roma Capitale ed il comune di Fiumicino, attraverso la definizione di una specifica convenzione; definizione dei rapporti con le altre ASL il cui territorio insiste su Roma Capitale e con il comune di Fiumicino, attraverso la definizione di specifici protocolli.

Figura 25. Sintesi degli interventi strategici nell'area della prevenzione



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è la figura organizzativa chiamata a presidiare, in qualità di promotore e garante delle iniziative di intervento strategico nell'ambito dei servizi di prevenzione, il perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori aziendali coinvolti.

IMPATTO ATTESO

Le azioni strategiche identificate nell'ambito dei servizi di prevenzione garantiranno un miglioramento della qualità dei servizi erogati, con un progressivo sviluppo di modalità e strumenti di lavoro proattivi e gestionali, meglio rispondenti alle concrete esigenze dei cittadini e delle aziende, e il contestuale superamento di approcci sanzionatori e burocratici. Sarà inoltre incrementata la copertura della domanda potenziale, con particolare riferimento all'attività di screening. Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti all'interno del Dipartimento di Prevenzione e delle risorse ad essi dedicate, si prevede pertanto un sostanziale equilibrio tra i risparmi conseguibili e gli investimenti da effettuare per tali interventi.

5.4 TECNOSTRUTTURE

L'attività delle tecnosttrutture aziendali deve orientarsi al paradigma "sostenibilità e trasparenza del sistema", garantendo livelli di funzionalità elevati, efficienza nell'uso della risorse e la capacità di rendere conto ai cittadini. In particolare le tecnosttructure sono chiamate a svolgere un effettivo ruolo di supporto e servizio all'attività sanitaria, finalizzato alla creazione di valore per l'utente finale. A tale fine i due distinti ambiti di intervento aziendale sono quello dell'area amministrativa e quello dell'area di supporto strategico, descritti nei paragrafi successivi.

L'AREA AMMINISTRATIVA: EFFICIENZA, VALORIZZAZIONE E PRODUTTIVITÀ

La struttura amministrativa è chiamata a dare pienamente il suo contributo alla complessiva riorganizzazione dell'attività aziendale. In particolare la dirigenza deve garantire e diffondere la responsabilizzazione sui risultati e la capacità di rendere conto delle performance. A tal fine sono identificate sei priorità fondamentali a cui si ricollegano le principali azioni specifiche di intervento:

1. **Contenimento dei costi del personale**
2. **Formazione e valorizzazione delle risorse umane**
3. **Recupero di efficienza nell'acquisizione di beni e servizi**
4. **Efficienza e sicurezza nella gestione del patrimonio immobiliare**
5. **Sviluppo dei sistemi di controllo interno e gestione contabile**
5. **Riorganizzazione delle funzioni amministrative nelle diverse sedi aziendali**

AZIONI SPECIFICHE

Qualificazione dei costi del personale

Miglioramento delle misure di controllo dei costi del personale. Predisposizione del piano annuale delle cessazioni e delle assunzioni. Revisione organizzativa dei piani di lavoro e dell'organizzazione interne delle singole strutture in funzione delle nuove modalità adottate.

Contenimento del costo del personale attraverso la riduzione di strutture complesse e semplici in coerenza con quanto indicato dal nuovo atto aziendale e la riduzione del numero di posizioni organizzative e incarichi di coordinamento al fine di incrementare i fondi della produttività e valorizzare i ruoli a maggior contenuto professionale. Adeguamento dei fondi contrattuali in funzione del personale e monitoraggio degli stossi. Monitoraggio – tramite avvio di flusso informativo e reportistica ad hoc - e contenimento del costo del personale medici specialisti ambulatoriali e del personale non dipendente.

Formazione e valorizzazione delle risorse umane

Sviluppo di iniziative formative coerenti con i fabbisogni organizzativi e di competenze aziendali. Particolare attenzione sarà rivolta a iniziative su temi prioritari di organizzazione sanitaria quali i percorsi clinico assistenziali, i modelli per il funzionamento delle Case della Salute, le reti per la gestione delle patologie tempo dipendenti, ecc.

Messa a regime e perfezionamento del sistema di valutazione della performance individuale e organizzativa, in attuazione del DLgs 150/09 e della LR 1/2001. Elaborazione di piani di sviluppo e valorizzazione della professionalità per le risorse umane ad alto potenziale, attraverso la partecipazione ad attività di formazione, la job rotation, l'attribuzione di responsabilità organizzative trasversali o di progetto.

Potenziamento del ruolo strategico delle professioni sanitarie nelle sue componenti "direzionali" attraverso la realizzazione di una organizzazione che valorizzi e renda più autonoma la filiera professionale. Individuazione di settori nuovi da attribuire a responsabilità di alta delle professioni (es. Bid manager) e sviluppo di professionalità interne alle professioni che presidino lo sviluppo e la manutenzione delle competenze professionali specifiche.

Recupero di efficienza nell'acquisto di beni e servizi

Riconciliazione tra l'attività di programmazione delle gare ed il ciclo della performance, in termini di contenuti e tempistiche, al fine di responsabilizzare tutti gli operatori sanitari nell'attività di revisione della spesa.

Definizione di protocolli condivisi con altre aziende sanitarie pubbliche per l'avvio di attività di approvvigionamento in collaborazione tra aziende.

Rivalutazione dei fabbisogni aziendali al fine di ridurre il numero di gare che non passano dalla centrale acquisti regionali, e contestuale identificazione, se necessario, di soluzioni organizzative e formative per supportare la transizione. Definizione di procedure per l'approvazione degli approvvigionamenti urgenti che non rientrano nella programmazione annuale. Riorganizzazione dell'attività di rilevazione dei fabbisogni per favorire economie di scala ed il monitoraggio continuo dell'aderenza tra i capitolati di gara e l'esecuzione dei contratti di fornitura.

Monitoraggio dei contratti in essere attraverso processi uniformi di valutazione dei fornitori da parte dei direttori dell'esecuzione di ogni contratto al fine di evitare eventuali scostamenti non programmati.

Riduzione del contenzioso in essere e incremento del ricorso alla transazione al fine di ridurre le spese legali.

Efficienza e sicurezza nella gestione del patrimonio immobiliare

Pianificazione della dismissione di immobili e razionalizzazione degli spazi utilizzati per riduzione fitti passivi e dei costi di manutenzione, da attuarsi attraverso il raccordo con l'attività di programmazione sanitaria in ambito territoriale e ospedaliero. Interventi per il progressivo adeguamento delle strutture dell'azienda alla normativa sismica e antincendio. Identificazione e qualificazione spazi per l'attività delle Case della Salute in raccordo con l'attività di programmazione sanitaria definita dall'azienda.

Sviluppo dei sistemi di controllo interno e gestione contabile

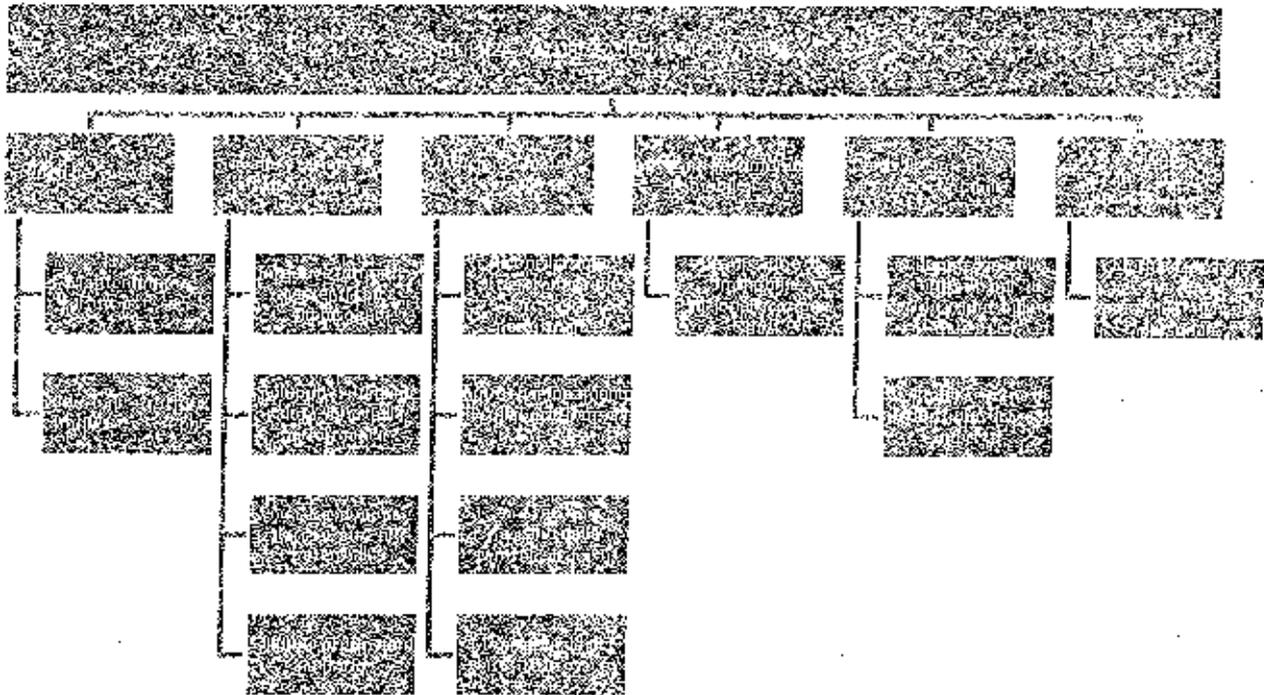
Sviluppo dell'attività di controllo interno, attraverso affiancamento e formazione del personale aziendale, al fine di avviare la certificazione dei bilanci aziendali a partire dal bilancio 2016.

Sviluppo di un sistema automatizzato di attribuzione dei costi indiretti ai centri di costo aziendali. Riprogettazione del piano dei centri di costo sulla base del nuovo modello organizzativo in area territoriale e ospedaliera e in coerenza con le voci del piano LA.

Riorganizzazione delle funzioni amministrative nelle diverse sedi aziendali

Revisione delle funzioni amministrative attribuite al personale al fine di garantire omogeneità tra le diverse sedi aziendali e razionalizzazione dei compiti.

Figura 26. Sintesi degli interventi strategici in area amministrativa



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

Il Direttore Amministrativo è la figura organizzativa chiamata a presidiare, in qualità di promotore e garante delle iniziative di intervento strategico nell'ambito dell'area amministrativa, il perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori aziendali coinvolti.

IMPATTO ATTESO

Gli interventi sopra descritti sono finalizzati a valorizzare il personale delle funzioni amministrative, affinché possa offrire un supporto pieno, qualificato e professionale per lo svolgimento dell'attività sanitaria e il conseguimento dei fini istituzionali dell'azienda. La riorganizzazione delle attività consentirà efficienza, omogeneità nell'attribuzione delle responsabilità all'interno dell'azienda, effettiva responsabilizzazione del personale sui risultati conseguiti e recupero di competenze inespresse. Sarà inoltre ridotta l'attuale frammentazione organizzativa e la scarsa permeabilità tra uffici, a favore di una condivisione degli obiettivi, di strumenti di lavoro collaborativi e che consentano la circolazione delle informazioni. Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto prevalentemente attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti e delle risorse ad essi dedicate; si prevede pertanto un sostanziale equilibrio tra i risparmi conseguibili e gli investimenti da effettuare per tali interventi. Gli impatti economici della riduzione del numero di strutture complesse e semplici in coerenza con quanto indicato dal nuovo atto aziendale e del mantenimento delle misure di blocco del turnover, nonché gli impatti della razionalizzazione della spesa per fitti passivi sono riportati al paragrafo "La sostenibilità".

L'AREA DI SUPPORTO STRATEGICO: INFORMATIZZAZIONE, DIREZIONALITÀ E ACCOUNTABILITY

L'area di supporto strategico ricopre un ruolo di estrema rilevanza, in quanto supporta i processi decisionali della direzione aziendale e la conseguente implementazione delle strategie identificate. Gli strumenti informativi, quelli di programmazione e controllo, le leve di comunicazione e gli strumenti di gestione del rischio rappresentano alcuni prioritari ambiti di intervento nei quali l'attività attuale della ASL Roma D risulta non ancora al livello di quanto richiesto per una gestione aziendale efficace ed unitaria. Le cinque priorità fondamentali sono pertanto indicate di seguito, ed esse si declinano nelle relative azioni specifiche.

1. **Potenziamento dei sistemi informativi aziendali in area sanitaria ed amministrativa**
2. **Sviluppo dei sistemi di programmazione, controllo direzionale e reporting**
3. **Sviluppo dei sistemi di gestione del rischio e tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori**
4. **Potenziamento del monitoraggio degli outcome dell'attività sanitaria**
5. **Sviluppo della comunicazione esterna e rilevazione della customer satisfaction**

AZIONI SPECIFICHE

Potenziamento dei sistemi Informativi aziendali in area sanitaria ed amministrativa

Creazione di un'unica architettura informatica, fortemente integrata nelle sue componenti amministrativo-contabili, sanitarie e di sistema informativo direzionale.

Sviluppo di una piattaforma di servizi per il cittadino Iniziative per facilitare le interazioni tra cittadino e servizi aziendali, e sistemi di patient workflow management in grado di tracciare i tempi di attraversamento del cittadino nelle strutture aziendali.

Sviluppo di un sistema di cartella clinica di ricovero e ambulatoriale aziendale che consenta di gestire il percorso del cittadino nelle strutture specialistiche dell'azienda e di strumenti informativi per gestione dei PDTA.

Nell'area monitoraggio dei risultati e valutazione dei livelli di servizio attivazione di un sistema amministrativo-contabile che consenta una revisione dei processi dell'area amministrativa e di un sistema informativo direzionale nel quale confluiscono sia i dati dell'area amministrativo-contabile sia quelli dell'area clinico-sanitaria.

Attivazione di un sistema di telecardiologia e di un sistema di tele riabilitazione.

Sviluppo dei sistemi di programmazione, controllo direzionale e reporting

Costruzione di un sistema di reportistica integrata per il controllo direzionale e strategico che, sulla falsariga delle esperienze di *balanced scorecard*, fornisca un quadro esaustivo delle informazioni cliniche, organizzative, di qualità e costo.

Costruzione di strumenti di programmazione e controllo a supporto dei PDTA dei pazienti, con identificazione di responsabilità, indicatori e progressiva attribuzione di risorse ai percorsi.

Sviluppo di sistemi di monitoraggio delle performance individuali del personale con riferimento alla performance non solo economica o di attività, ma anche clinica e scientifica, collegata con i sistemi di valutazione delle risorse umane e con gli strumenti incentivanti.

Sviluppo dei sistemi di gestione del rischio e tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori

Accorpamento delle attività di gestione del rischio, sicurezza del paziente, sicurezza dell'operatore e attività del medico competente all'interno.

Sviluppo della rete di referenti per il rischio clinico finalizzata a diffondere strumenti quali sistemi di alert per infezioni, il sistema di Incident reporting, gli audit interni di reparto, le metodiche di Root Cause Analysis e di Safety Walkaround.

Supporto all'introduzione di strumenti informatici nei servizi ospedalieri e territoriali idonei a contenere il rischio di errori e di eventi avversi nei processi assistenziali, quali in particolare la cartella informatizzata e il sistema identificativo univoco dei pazienti con braccialetto a codice a barre.

Adozione del Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro in collaborazione con INAIL. Contestuale riorganizzazione del sistema di gestione della valutazione dei rischi anche tramite l'adozione di sistemi informativi integrati. Sviluppo di sistema informatico per la raccolta dei dati di sorveglianza sanitaria, a supporto alla gestione del personale, al fine di consentirne un efficace governo e monitoraggio.

Potenziamento del monitoraggio dell'attività e degli "outcome" dell'attività sanitaria

Adozione e messa a regime a livello aziendale del sistema P.Re.Val.E. per il monitoraggio dell'attività sanitaria.

Potenziamento dell'attività di committenza nei confronti delle strutture private accreditate sulla base di criteri di qualità e di complementarietà con l'attività dell'azienda, secondo i criteri indicati in precedenza. Inserimento negli accordi degli indicatori di performance organizzativa richiesti e di qualità delle prestazioni nonché del raggiungimento degli esiti (indicatori Pre.va.le).

Sviluppo della comunicazione esterna e rilevazione della customer satisfaction

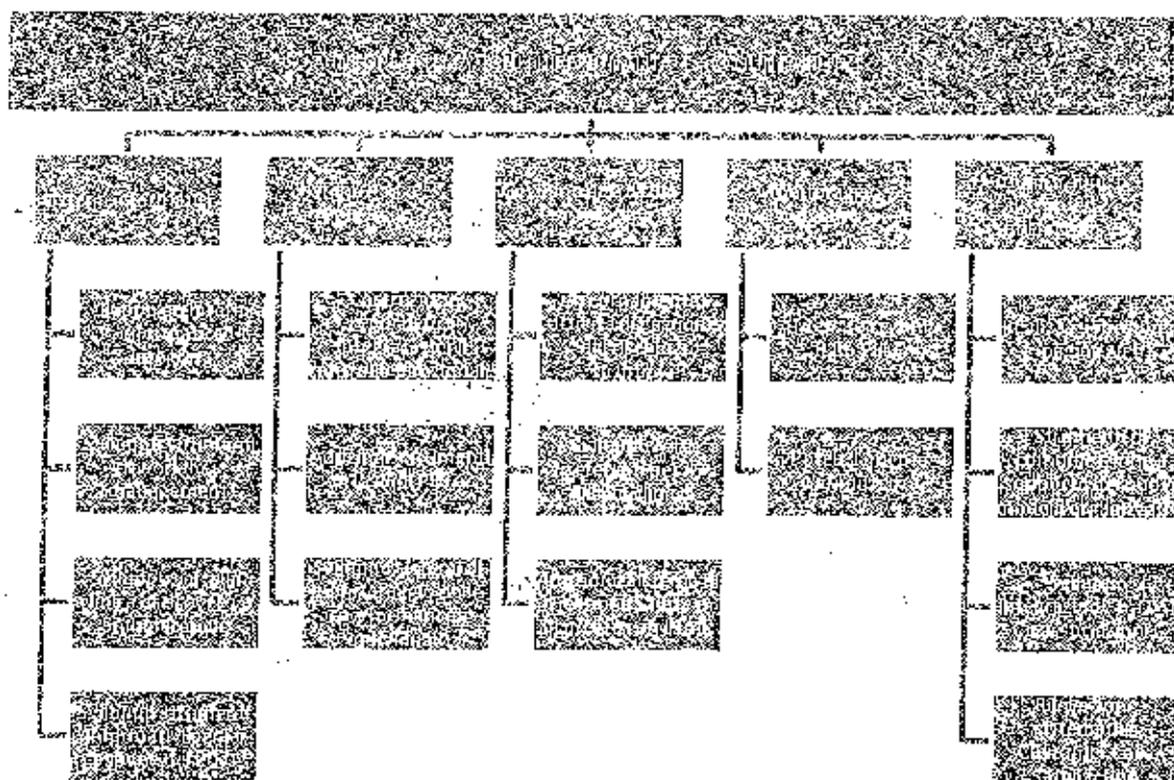
Realizzazione di una nuova pagina web che garantisca livelli più alti di fruibilità ed interazione. Sarà inoltre attivato un processo di condivisione delle strategie aziendali con i portatori di interessi presenti nel territorio aziendale.

Realizzazione di strumenti di comunicazione a supporto dei nuovi modelli organizzativi dell'attività sanitaria e per favorire l'umanizzazione delle cure, quali le brochure del PDTA o le banche dati email e telefoniche dei pazienti.

Potenziamento delle attività svolte in collaborazione ed integrazione tra la struttura aziendale e le associazioni dei cittadini.

Sviluppo di sistemi per la rilevazione sistematica della Customer Care Satisfaction, finalizzata a rilevare il tasso di gradimento di cittadini ed utenti in merito alla qualità della offerta, ed a raccogliere indicazioni di miglioramento.

Figura 27. Sintesi degli interventi strategici nell'area di supporto strategico



RESPONSABILITÀ ESECUTIVA

Il Direttore degli Staff è la figura organizzativa chiamata a presidiare, in qualità di garante delle iniziative di intervento nell'ambito dell'area di supporto strategico, il perseguimento continuo delle iniziative di cambiamento da parte di tutti gli attori aziendali coinvolti.

IMPATTO ATTESO

L'area di supporto strategico garantirà la piena funzionalità degli strumenti organizzativi e delle tecnologie a sostegno del governo dell'azienda, in termini di rilevazione delle informazioni necessarie per l'attività di programmazione, di sostegno ai processi di cambiamento o di identificazione di modalità per il monitoraggio continuo dei risultati. Dovrà fungere da garante dell'effettiva coerenza tra la strategia aziendale e le azioni di programmazione operativa, minimizzando pertanto i possibili gap attuativi. Il conseguimento di questi obiettivi sarà ottenuto attraverso una riorganizzazione dei servizi esistenti e delle risorse ad essi dedicato, si prevede pertanto un sostanziale equilibrio tra i risparmi conseguibili e gli investimenti da effettuare per tali interventi.

6. LA FASE DI IMPLEMENTAZIONE DELLE STRATEGIE

6.1 LA CENTRALITÀ DEI PROFESSIONISTI IN AZIENDA

Affinché l'attuazione delle strategie porti frutto non si potrà prescindere dal contributo di tutto il personale aziendale, in quanto il conseguimento di cambiamenti e sviluppi organizzativi duraturi richiede uno sforzo diffuso in tutta l'organizzazione e prolungato nel tempo. Un ruolo di particolare responsabilità sarà ricoperto dai dirigenti, chiamati a fare propri gli obiettivi aziendali, a diventare i promotori del cambiamento e a rispondere dei risultati ottenuti. Al contempo, risulta di rilevanza centrale il ruolo delle professioni, chiamate a un potenziamento della loro funzione di supporto della direzione aziendale.

L'azienda pertanto, riconoscendo la centralità degli operatori nel successo delle strategie aziendali, si impegna da un lato a definire politiche coerenti di promozione e valorizzazione della professionalità, e a sistemi e strumenti operativi che siano in grado di coinvolgere gli operatori e di orientarne i comportamenti al perseguimento dei fini aziendali. Dall'altro, con specifico riferimento alle professioni sanitarie, si impegna a disegnare modelli organizzativi che valorizzino le specificità della filiera professionale e a individuando concrete aree di attività da assegnare in maniera diretta a tali professionisti.

6.2 IL CICLO DELLE PERFORMANCE E CONTROLLI O STRATEGICO

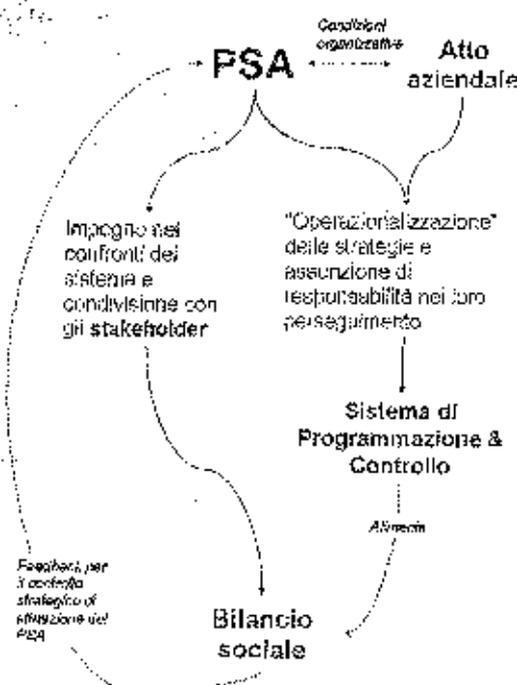
Affinché quanto qui descritto possa avere un effettivo impatto sulla realtà organizzativa serve da un lato che trovi corrispondenza nelle scelte di assetto organizzativo, da qui l'impegno della ASL Roma D per redigere un Atto Aziendale che introduce condizioni organizzative coerenti e funzionali al conseguimento degli obiettivi qui descritti. Dall'altro è necessario che gli obiettivi strategici che si traducano in tattiche di medio-breve periodo. Ciò avverrà attraverso l'attività di programmazione, che si concretizza nella definizione di concreti obiettivi di performance da assegnare all'azienda e alle sue diverse articolazioni organizzative descritti a livello di azienda nel Documento Programmatico annuale, e a livello delle singole unità operative nelle schede di budget. All'attività di programmazione farà seguito la rilevazione delle attività attraverso strumenti di controllo e reporting al fine di confrontare obiettivi attesi, risorse impiegate e risultati ottenuti. I criteri e gli strumenti che hanno guidato e guideranno la ASL Roma D nella definizione di obiettivi annuali di budget coerenti con le priorità strategiche identificate dall'azienda e gli obiettivi di programmazione regionale vengono illustrati nel paragrafo successivo. L'attività di programmazione strategica annuale o pluriennale definisce gli obiettivi che l'azienda intende raggiungere e rispetto ai quali sarà effettuata la valutazione delle performance organizzative. Pertanto il presente Piano Strategico equivale al Piano delle Performance della ASL Roma D.

L'attività di controllo di gestione rappresenterà la fonte informativa per effettuare il controllo strategico, ovvero il monitoraggio del grado di raggiungimento delle strategie deliberate in una prospettiva aggregata e di medio-lungo periodo. Tale attività comprenderà un'analisi dell'ambiente interno ed esterno che garantisca che le risposte aziendali siano coerenti con il continuo evolversi del contesto di riferimento. Il controllo strategico è inoltre indirizzato a rendere conto dei risultati alla collettività, alle istituzioni e agli altri stakeholder di riferimento, secondo logiche di accountability e trasparenza. L'attività di controllo strategico presso la ASL Roma darà pertanto luogo alla redazione di specifici strumenti di rendicontazione

(es. Bilancio Sociale). Tale attività di controllo sarà realizzata presso l'ASL Roma D grazie al lavoro degli staff aziendali dell'area di supporto strategico, che offriranno strumenti per la verifica dello stato di avanzamento delle iniziative di cambiamento presso le diverse aree aziendali, nonché del progressivo raggiungimento degli obiettivi trasversali di qualità e appropriatezza, accessibilità, efficienza, unitarietà.

Una sintesi logica del collegamento tra pianificazione strategica, organizzazione e rendicontazione, e dei relativi strumenti (Piano Strategico Aziendale - PSA, Atto aziendale, strumenti di Programmazione e Controllo e Bilancio Sociale) che ispirerà l'azione aziendale del prossimo triennio è riportata nella Figura 28.

Figura 28. Il collegamento tra pianificazione strategica, organizzazione, programmazione e rendicontazione



6.3 L'ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Per rispondere pienamente alle esigenze aziendali e alla dinamicità dell'ambiente esterno, la ASL Roma D ha adottato un sistema di gestione delle performance che ha come caratteristiche:

- l'unitarietà, intesa come unica struttura organizzativa dall'intero sistema aziendale;
- la globalità, intesa come la sua diffusione sull'intera attività e sull'intera organizzazione aziendale;
- la periodicità, intesa come la capacità del sistema di raccogliere, selezionare, classificare ed elaborare i dati necessari ad attuare il controllo in modo sistematico con cadenze temporali modulate in funzione della natura dell'oggetto del controllo e delle esigenze dei soggetti ad esso interessati;
- la tempestività, intesa come l'attitudine dei diversi centri di risultato a produrre ed a trasmettere le informazioni richieste in un tempo sufficientemente breve a garantire la massima efficacia del controllo;

- l'integrazione, intesa come il collegamento che deve instaurarsi con gli altri strumenti che compongono il sistema dei controlli interni;
- la flessibilità, intesa come la capacità di contribuire ai mutamenti di rotta, alla revisione degli obiettivi o a rimuovere le possibili cause di scostamento rilevate in sede di monitoraggio;
- la rilevanza e la solettività, riguardanti rispettivamente la qualità e la quantità delle informazioni prodotte.

Gli strumenti operativi relativi al ciclo della performance adoperati dall'ASL Roma D sono tre: il Documento Programmatico, che rappresenta lo strumento di programmazione annuale degli obiettivi; il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definiscono i target economici, di attività e di outcome delle diverse Unità operative; il sistema di misurazione dei risultati (che include l'analisi degli scostamenti e la definizione di interventi correttivi degli obiettivi e/o delle modalità operative di gestione) e di reporting.

In coerenza con i contenuti del presente Piano Strategico, gli obiettivi generali sottostanti la programmazione per l'anno 2014 appartenevano alle seguenti classi: obiettivi fissati dalla Regione Lazio per il Direttore Generale con Decreto del Commissario su Acta U0480 del 06/12/23013; obiettivi fissati dalla Regione Lazio nel Piano di Rientro e successive disposizioni attuative, integrate dai Decreti del Commissario ad Acta; obiettivi di gestione aziendale. Nel prossimo paragrafo sono riportate in maggior dettaglio le principali caratteristiche del processo di budget in essere presso l'azienda. Gli obiettivi della programmazione annuale 2014 sono invece riportati in dettaglio nell'Allegato 2 al presente documento.

Il processo di budget presso la ASL Roma D si articola nelle seguenti fasi:

1. deliberazione del documento programmatico;
2. negoziazione tra Direzione Aziendale e Negoziatori;
3. definizione degli obiettivi specifici tra i Negoziatori e i Direttori delle strutture titolari di budget;
4. verifica di coerenza degli obiettivi da parte del Controllo di Gestione e conseguente deliberazione della Direzione generale con l'approvazione del budget.

La Direzione Strategica, nel novero degli obiettivi generali, ne individua alcuni, particolarmente significativi, che vengono assegnati alla diretta responsabilità del Direttore di Struttura Operativa sui quali lo stesso viene valutato, inoltre la Direzione Strategica può prendere in considerazione obiettivi suggeriti dai Negoziatori sulla base di eventuali proposte scaturite all'interno delle proprie Strutture Operative. La negoziazione si conclude con la sottoscrizione degli obiettivi generali e delle relative misure e pesi. La scheda di Budget contiene per ciascun obiettivo il "valore atteso" e il "valore minimo", il peso assegnato, la fonte informativa deputata all'estrapolazione del risultato.

Conclusa la negoziazione con la Direzione Strategica, i Negoziatori avviano la contrattazione degli obiettivi di propria pertinenza all'interno delle rispettive Strutture, concordando con i titolari di budget gli obiettivi specifici e le misure correlate. Tale specificazione deve avvenire assicurando, da parte del Direttore di Struttura Operativa, la coerenza tra gli obiettivi generali sottoscritti e gli obiettivi specifici. Al termine di tali attività, la Direzione Strategica adotta un apposito atto deliberativo di approvazione dei Budget.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle macro articolazioni dell'Azienda, viene effettuato nell'ambito dell'attività del Controllo di Gestione, attraverso strumenti di reporting alimentati dai sistemi informativi aziendali e dalle relazioni periodiche predisposte da tutti i Negoziatori. Le verifiche vengono condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili. La verifica conclusiva del

- risultati raggiunti concorre a determinare gli incentivi e i premi individuali, sia per il personale dirigente che del comparto.

ALLEGATO 1 - PROIEZIONI CF 2014-2016 CON DETTAGLIO

C/C	DESCRIZIONE	Bilancio di Previsione 2014			Bilancio di Previsione 2015			Bilancio di Previsione 2016		
		2014	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2016	
4	VALORE DELLA PRODUZIONE	2.092.189.021,67	1.984.225.406,66	1.779.961.783,42	1.027.490.311,99	1.027.490.311,99	1.027.490.311,99	1.027.490.311,99	1.027.490.311,99	
401	CONTRIBUTI IN COMMERCIO	577.657.713,39	570.298.886,75	604.057.171,91	827.429.020,22	827.429.020,22	827.429.020,22	827.429.020,22	827.429.020,22	
402	NETTICO CONTRIBUTI CASERIZIO PER DESTINAZIONE INVESTIMENTI SENZA FORMA PER QUOTE MULTIPLE DI DOMICILIO CIVILE O AL DI ESPAZIO PRECEDENTE	1.128.011,50	0,00	571.500,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
403	RICAMI PER RESTAZIONI SANITARIE E ACCOGLIENZA ANZIANI E SANITA'	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
404	CONTRIBUTI IN COMMERCIO	141.599.312,98	148.898.518,21	168.642.754,83	141.599.312,98	141.599.312,98	141.599.312,98	141.599.312,98	141.599.312,98	
405	CONTRIBUTI IN COMMERCIO	1.688.441,23	1.622.590,52	1.645.825,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
406	COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (CICET) QUOTA CONTRIBUTI QUANTITATIVI	5.015.464,30	5.015.464,30	1.791.590,23	5.015.464,30	5.015.464,30	5.015.464,30	5.015.464,30	5.015.464,30	
407	IMPUTAZIONE ALLESEZIO	1.627.436,72	1.355.175,23	1.261.145,78	1.321.295,73	1.321.295,73	1.321.295,73	1.321.295,73	1.321.295,73	
408	APRUGGIAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI PER LA VOCE 408	1.079.214,89	1.079.214,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
409	ATTIVITA' A MOVIMENTO	52.400,13	51.714,34	53.599,07	52.400,13	52.400,13	52.400,13	52.400,13	52.400,13	
5	COSTI DELLA PRODUZIONE	1.324.266.806,64	1.253.257.314,67	1.144.473.334,61	998.586.445,15	998.586.445,15	998.586.445,15	998.586.445,15	998.586.445,15	
501	ACQUISTI DI BENI	51.578.075,71	50.108.804,17	48.905.596,41	51.474.142,87	51,474,142,87	51,474,142,87	51,474,142,87	51,474,142,87	
502	ACQUISTI ESPRIMO MANGIANDOSI E BIFANAZIONE (CICET) QUOTA IMMOBILIZZAZIONI	805.341.501,61	801.538.472,16	635.897.596,72	805,341,501,61	805,341,501,61	805,341,501,61	805,341,501,61	805,341,501,61	
503	ACQUISTI DI BENI	1.257.401,35	1.062.818,11	1.132.986,75	1.510,496,75	1,510,496,75	1,510,496,75	1,510,496,75	1,510,496,75	
504	CONSUMI DI BENI (CICET)	4.255.171,20	4.255.089,50	3.222.555,00	4.255,171,20	4,255,171,20	4,255,171,20	4,255,171,20	4,255,171,20	
505	PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO PERSONALE (CICET) RIGLIO	104.310.252,96	103.684.681,81	76.259.320,90	104,310,252,96	104,310,252,96	104,310,252,96	104,310,252,96	104,310,252,96	
506	PERSONALE SANITARIO	471.680,58	393.957,28	292.815,71	393,957,28	393,957,28	393,957,28	393,957,28	393,957,28	
507	PERSONALE DEL RUOLO TECNICO PERSONALE (CICET) RIGLIO	7.457.912,65	7.251.253,22	5.140.475,51	7,457,912,65	7,457,912,65	7,457,912,65	7,457,912,65	7,457,912,65	
508	PERSONALE SANITARIO	17.154.942,44	11.804.475,49	6.638.510,92	11,010,041,25	11,010,041,25	11,010,041,25	11,010,041,25	11,010,041,25	
509	COSTI DI GESTIONE AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	87.554,56	71.265,45	75.606,17	20,555,22	20,555,22	20,555,22	20,555,22	20,555,22	
510	AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	1.071.389,67	828.564,74	751.429,78	990,514,24	990,514,24	990,514,24	990,514,24	990,514,24	
511	AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	1.850.013,45	751.868,37	507.943,91	1,310,112,85	1,310,112,85	1,310,112,85	1,310,112,85	1,310,112,85	
512	AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	8.249,56	24.716,44	18.537,30	24,716,44	24,716,44	24,716,44	24,716,44	24,716,44	
513	AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
514	AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	808.263,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
515	AMMORTAMENTO DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	10.079.023,55	1.080.040,84	5.310.050,68	7.080,040,84	7,080,040,84	7,080,040,84	7,080,040,84	7,080,040,84	
6	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	6.142.576,78	3.621.867,75	4.806.052,14	6.142,052,14	6,142,052,14	6,142,052,14	6,142,052,14	6,142,052,14	
601	INTERESSI ATTIVI	8.111,43	8.111,43	8.111,43	8.111,43	8.111,43	8.111,43	8.111,43	8.111,43	
602	ALTRI PROVENTI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
603	INTERESSI PASSIVI	6.124.998,21	3.613.998,28	4.815.000,77	6,124,998,21	6,124,998,21	6,124,998,21	6,124,998,21	6,124,998,21	
604	ALTRI ONERI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7	ALTRI ONERI DI VALORE O ATTIVITA' FINANZIARIE	42.366,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
701	DEVALUTAZIONE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
702	DEVALUTAZIONE	42.366,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8	PROVENTI E CAPITA' FINANZIARI	1.229.283,21	0,00	9.873.948,75	17.201.764,31	17,201,764,31	17,201,764,31	17,201,764,31	17,201,764,31	
801	PROVENTI (CICET) RIGLIO	17,112,273,29	0,00	1.647.331,93	17,112,273,29	17,112,273,29	17,112,273,29	17,112,273,29	17,112,273,29	
802	PROVENTI (CICET) RIGLIO	11.878.344,68	0,00	13.543.263,15	17,201,764,31	17,201,764,31	17,201,764,31	17,201,764,31	17,201,764,31	
9	IMPOSTE E ONERI	1.632.638,56	1.568.610,46	1.411.235,00	1,632,638,56	1,632,638,56	1,632,638,56	1,632,638,56	1,632,638,56	
901	IRPEF	9.611.052,44	9.556.850,34	9.259.526,34	11,134,526,34	11,134,526,34	11,134,526,34	11,134,526,34	11,134,526,34	
902	IRPEF	9.940,12	12.761,12	8.267,28	12,667,22	12,667,22	12,667,22	12,667,22	12,667,22	
903	ACCANTONAMENTO AL FIDUCIARIO PER IMPOSTE SULLA REDDITO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	RESIDUO INIZIALE DI PERICOLO	4.700.649,86	37.776.929,36	8.628.432,14	10.778.714,32	9.443.919,32	10.445.526,32	10.445.526,32	10.445.526,32	

* I programmi 2015 e 2016 sono riferiti al bilancio di previsione 2014 e al bilancio di previsione 2015 e al bilancio di previsione 2016.

114

ALLEGATO 2: GLI OBIETTIVI 2014-16 DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

	Obiettivo	Appropriata Qualità di Performance e Efficienza	Indicatore
1	Adozione degli stili operativi entro il termine stabilito dalle Linee Guida Regionali	Adozione entro il termine previsto dalle Linee Guida Regionali	
2	Completamento del percorso di conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate inserimento dell'attestazione di conformità o di non conformità nel sito Regionale SAASG (attuazione legge Regionale 4/2003, regolamento Regionale n. 2/2007, DCA 90/2011 e DCN 13/2011)	N° di attestazioni di conformità o non conformità inseriti nel sistema SAASG / N° strutture che hanno presentato istanza di accreditamento o autorizzazione entro il 31.03.14 = 100%	
5	Piano di adeguamento dei centri trasfusionali, addosso previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010.	Presentazione di un Piano di adeguamento conforme ai ritmi comunicati dai valutatori nazionali del Centro Regionale Sangue (CRS) entro 30 giorni dal ricevimento del verbale del CRS.	
Area di Qualità e Sicurezza			
4	Assicurare: 1) il monitoraggio della presenza e corretta compilazione della check list di sala operatoria 2) la verifica della presenza del modulo di consenso informato e verifica della stessa cartella clinica entro 7 gg. 3) i controlli di congruenza tra cartella clinica e SOG	1) n. di cartelle cliniche di dimessa completa di check list / n. totale di dimessi 2) n. cartelle cliniche con modulo di consenso informato presente / totale cartelle cliniche dimessi 3) n. cartelle chiuso entro 7 gg dalla dimissione / n. cartelle totale dimessi	
6	Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti	Disponibilità della Delibera di Piano Specifico.	
8	Migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO	n. pazienti ospedalizzati per ricoverazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva / n. totale pazienti con diagnosi di BPCO	
7	Migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da diabete mellito	n. pazienti ospedalizzati per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito / n. totale pazienti affetti da diabete	
8	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo femore negli anziani per area di residenza	Proportione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	
9	Migliorare la tempestività dell'intervento per STEMI	Proportione di STEMI (infarti miocardici con soprallivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	
10	Migliorare l'appropriatezza del trattamento farmacologico in pazienti dimessi dopo un intervento cardiovascolare	N. pazienti dimessi dopo un intervento cardiovascolare con prescrizione di farmaci / N. totale pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE - e Sartani)	
11	Migliorare l'appropriatezza del trattamento farmacologico per i bambini in età pediatrica per area di assistenza.	Proportione di bambini in età pediatrica trattati con codeina/pirina in un anno.	
12	Promozione della Carta dei Servizi nelle Aziende Sanitarie	Presenza della Carta dei Servizi sanitari aggiornata sul sito web aziendale.	
13	Promuovere l'umanizzazione dell'assistenza	Almeno una esperienza di valutazione della qualità/competenza del cittadino.	
14	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatazza	Proportione di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto	
15	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatazza	Proportione di colecistectomie in pazienti con calcoli semplici senza complicanze	
16	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatazza	Proportione di colecistectomie laparoscopiche con urgenza entro 3 giorni	
17	Riduzione dei parti cesarei primari	n. parti con taglio cesareo primario senza c/s. / n. parti totali	
Area di Qualità e Sicurezza			
18	Assicurare la visibilità (anche in modalità non cronotabile) delle agende aziendali al sistema Rocup	Numero prestazioni erogate nel mese prenotate su agende visibili al sistema Rocup/Numero totale di prestazioni erogate nel mese (con esclusione dei prestazioni ad accesso diretto come laboratorio, ECG, ecc.)	
19	Assicurare l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali secondo le indicazioni del DCA 437 del 26 ottobre 2013 "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015"	Numero di provvedimenti aziendali adottati per la riduzione o la sospensione delle attività libero professionali in quelle unità operative dove non sono stati rispettati i rapporti fra volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale come previsto nel PRG/A.	
20	Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali.	Invio del flusso informativo richiesto (circulari applicative in preparazione) per i mesi di ottobre, novembre e dicembre.	
21	Aggiornamento della cronotabilità tramite sistemi pubblici (Recup, sportelli aziendali e farmacie) delle agende delle prestazioni specialistiche.	Quota percentuale delle prestazioni specialistiche erogate dai presidi aziendali (aspetti gli esami di laboratorio) prenotate tramite sistemi pubblici	
22	Definizione e approssimazione di corretti rapporti tra i volumi e i tempi di attesa dell'attività ambulatoriale a nuova professione o quelli dell'attività istituzionale.	Rapporto tra il tempo medio di attesa delle prestazioni istituzionali e quello delle stesse prestazioni erogate in AULP.	
23	Erogazione delle prestazioni Ecografia - TAG - RMN entro 120 giorni dalla data di prenotazione.	Numero prestazioni segnalate ed eseguite entro 160 giorni/Numero prestazioni segnalate.	
24	Promozione o monitoraggio del ricorso alla prescrizione elettronica (e, successivamente, alla ricetta dematerializzata) da parte degli specialisti di struttura.	n. specialisti di presidi e convenzionati del SSR che effettuano prescrizione elettronica/totale degli specialisti dipendenti e convenzionati del SSR prescrittori	
25	Realizzazione degli interventi indicati nel PRG/A	report trimestrale contenente il 5% degli interventi realizzati per ogni linea indicata nel PRG/A	
26	Realizzazione di iniziative di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorità.	1)Almeno 1 evento formativo entro 60 gg dalla nomina finalizzata all'appropriatezza prescrittiva e al corretto uso delle classi di priorità. 2)Almeno 2 eventi formativi sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del	

		esigete uso delle classi di priorità entro il 31.12.2014.
27	Riorganizzazione l'attività territoriali ai fini dell'implementazione del PDT	Presentazione ed invio entro 60 gg del decreto di nomina del piano contenente il modello organizzativo adottato per il monitoraggio delle prestazioni (secondo la valutazione dell'inizio o della fine di ciascuna fase del PDT (diagnostica e terapeutica) delle patologie target (Diabete, BPCO, e Scumberto)
28	Riduzione degli errori sui dati anagrafici o sui codici fiscali dei flussi informativi di mobilità attiva rispetto all'anno di compensazione precedente	Riduzione del tasso di errore annuale, (4,2%)
29	Riduzione, rispetto all'anno di compensazione precedente, del 10% del valore economico dei ricoveri (ordinari, DMI e OS) in mobilità passiva	Valorizzazione ricoveri in mobilità passiva 2014/2013 >10%.
30	Adozione del provvedimenti volti alla riorganizzazione delle rete ospedaliera in situazione dell'art.15, comma 13, lettera c) del 4.12/2012 (con varillo con legge 13/5/2012), secondo quanto precisato nei programmi operativi adottati con DCA 40/2013 e eventuali smi	1) Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera entro 180 gg dall'emanazione dell'atto di assegnazione dell'obiettivo 2) Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello weak e long entro 60 gg dall'emanazione del documento Tecnico Regionale 3) Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica; secondo il modello per intensità di cure entro 60 gg dall'emanazione del documento Tecnico Regionale 4) Produzione di un piano aziendale sul superamento del sovraffollamento in PS/DEA che tenga conto della indisponibilità contenute nella nota regionale del 29 novembre 2013 (1 prot.128571 CRG)
31	Contrasto del sovraffollamento in PS/DEA con particolare attenzione al tema dell'accoglienza e della umanizzazione	Realizzazione di un sistema informativo armonizzato tra PS/DEA in grado di classificare lo stato reale tutti i posti letto operativi nel seguente modo: posto letto libero, posto letto occupato da paziente dimiabile in giornata, posto letto occupato da paziente non dimiabile in giornata.
32	Contrasto del sovraffollamento in PS/DEA con particolare attenzione al tema dell'accoglienza e della umanizzazione	Permanenza di pazienti in PS/DEA con esito ricovero, escluso DM, oltre le 24 ore.
33	Contrasto del sovraffollamento in PS/DEA con particolare attenzione al tema dell'accoglienza e della umanizzazione	1) Creazione di un area pediatrica in PS/DEA separata da quelli adulti; 2) Presenza di figure accoglienza anche con il coinvolgimento di associazioni di volontariato; 3) Realizzazione di indagini sulla qualità percepita dagli utenti.
34	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera entro 180 gg dall'emanazione dell'atto:	Teleconsulto in almeno l'80% dei trasporti 110 non medicalizzati di soggetti con sospetto di IMA
35	Realizzazione di un sistema di tele-medicina per la lettura dei tracciati ECG	
36	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera entro 180 gg dall'emanazione dell'atto:	
37	redefinizione dell'assetto della rete per cardiologie, UTIC ed emodinamica, basate sui criteri della bozza di regolamento ministeriale di cui alla L. 13/5/2012, sulle LG GISE e sulla presenza di punti di offerta con PL di cardiologia e UTIC in rapporto di 3:1	100% dei punti di offerta in linea con il nuovo DPCA
38	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera entro 180 gg dall'emanazione dell'atto:	
39	Riduzione/ottimizzazione emodinamica garantendo volume di attività minima di 400 PTCA annue nell'area metropolitana di Roma ed inferiori in aree extra-metropolitane	100% dei punti di offerta in linea con il nuovo DPCA
40	Sviluppare e realizzare percorsi formativi per il potenziamento delle competenze sui modelli organizzativi da implementare in ospedale così come previsti nei Programmi operativi 2013-2014, con particolare riferimento ai modelli assistenziali per intensità di cura.	Report sull'attività formativa realizzata
41	AREA DIPENDENZE - Rispondenza al Sistema Informativo delle Dipendenze e al Sistema di valutazione degli esiti clinici.	Recupimento ed avvio sistema di valutazione degli esiti clinici come indicato dalle Determina BO2897 del 04.07.2012.
42	AREA SALUTE MENTALE - Migliorare la presa in carico integrata per pazienti con pluri patologia.	Approvazione e adozione protocollo d'intesa per la gestione di pazienti: - con patologie della dipendenza; - con autismo; - con disturbi alimentari; - con gravi patologie.
43	AREA SALUTE MENTALE - Potenziamento del reinserimento di pazienti ex DPG nei circuiti ordinari di assistenza sanitaria.	N. pazienti ex DPG dimessi in progetti terapeutici obbligatori personalizzati (N pazienti dimessi nel 2014/N.pazienti dichiarati dimessibili al 30.04.2014)
44	Aumento del numero di prescrizioni ambulatoriali effettuate dai medici specialisti delle Aziende.	Numero di prestazioni erogate (dovunque) con prescrizione redatta dagli specialisti delle Aziende/numero (totale di prestazioni erogate (dovunque) con prescrizione redatta dagli specialisti delle Aziende o dal MMG/PLS afferenti all'Azienda.
45	Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende.	Numero di prestazioni erogate (dovunque) con prescrizione elettronica redatta dagli specialisti delle Aziende / Numero di prestazioni erogate (dovunque) con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda.
46	Proporre in azioni necessarie o avviare i processi organizzativi relativi all'Avviso delle Cose della Salute ai sensi del DCA 42/2013.	a) Caso della Salute realizzate
47	Realizzazione di eventi formativi aziendali a supporto	Report sull'attività formativa realizzata.

	dell'implementazione dei percorsi di cura: BPCO Diabete Scemenso Cardiuco (in linea con il piano per la formazione continua 2013-2015).	
46	Sviluppare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la gestione delle patologie croniche, con particolare riferimento al diabete, allo scompenso cardiaco, alla BPCO.	N.PDTA realizzati o % pazienti trattati per PDTA su pazienti stimati preventivi.
47	Sviluppare percorsi per il potenziamento delle competenze dei modelli organizzativi da implementare nel territorio così come previsti nei Programmi Operativi 2013-2015 e per il potenziamento delle competenze sull'integrazione ospedale-territorio.	Report sull'attività formativa realizzata
48		almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 giorni dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 giorni dalla trasmissione dell'elenco.
49	Adozione ed attuazione del piano annuale per la gestione del rischio clinico (PARR) in conformità alla Linea Guida Regionale adottata con Determina n. G04112 del 1° aprile 2014.	1) Adozione del PARR entro il 31 maggio 2014 e % di obiettivi raggiunti contenuti nel Piano di attività: almeno il 50% nel 2014. 2) Riduzione nel secondo trimestre del 2014 del 5% degli eventi rispetto al secondo trimestre dell'anno precedente
50	Attivazione di un sistema che garantisca il monitoraggio di microrganismi con caratteristiche di antistatico-resistenza e/o elevata diffusibilità (riciccolamenti aerei)	Presenza di specifica procedura
51	Diffusione di azioni formative a supporto dell'implementazione degli strumenti necessari all'analisi e alla valutazione dei rischi specifici di corruzione e all'individuazione degli interventi a prevenire corruzione e illegalità.	Realizzazione di almeno un corso di formazione ai soggetti responsabili dell'attuazione degli interventi, volti a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed illegalità nelle Aziende Sanitarie e nelle Strutture Sanitarie della Regione Lazio.
52	Partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale.	Invio della scheda A entro 5 gg dall'evento ed invio della scheda B entro 45 gg. dall'evento; % di schede B caricate nel sistema secondo i tempi e parametri indicati.
53	Ricognizione del contenzioso in essere	Invio ricognizione entro il 30.06.2014
54	Rispetto puntuale negli obiettivi economico-finanziari definiti a livello regionale in sede di definizione dei bilanci di previsione. Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2014 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governati da parte dell'Azienda.	Scostamento da obiettivi economici non superiore a 2%
55	- Farmacologia (tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base dell'effettivo numero di concessioni validate) nel corso dell'anno; - Prodotti Farmacologici Emoderivati; - Altri Beni e Servizi; - Medicina di base; - Farmacologia Convenzionale; - Altre prestazioni di privato.	deve "0" sono le singole voci di costo contabili da parte dell'Azienda.
56	Convelta e completa attuazione PAC	Rispetto delle azioni contenute nel piano aziendale entro i tempi previsti.
57	Convelta e completa attuazione PAC	Misura degli interessi passivi richiesti addebitabili al ritardo nella cartificazione del debito.
58	Farmacologia convenzionata: Assicurare il contenimento della spesa nella procapite < 150 €	Lo scostamento per ogni ambito deve essere < 1% Lo scostamento deve essere < 0,5% del tetto di spesa su base regionale (11,35%) (ob. DG) 2
59	Farmacologia ospedaliera in file F: Mantenimento livelli 2013 con esclusione dei farmaci per malattie rare.	Lo scostamento per ogni ambito deve essere < 1%.
60	Farmacologia territoriale: riduzione della spesa di fascia A pari al 10%	Lo scostamento per ogni ambito deve essere < 1%.
61	Riduzione dello scostamento della spesa per farmacia ospedaliera la copertura	Lo scostamento deve essere < allo 0,5% (tetto di spesa su base regionale (3,8%))
62	Rispetto del tetto assegnato annualmente per la spesa per dispositivi medici	Lo scostamento deve essere < allo 0,5% (tetto di spesa su base regionale (4,8%))
63	Assicurare tempestività, completezza, qualità e coerenza dei dati trasmessi, sia ai fini della valutazione e del controllo, sia al fine del rispetto del debito informativo regionale nei confronti dei Ministeri delle Finanze e della Salute, nonché del tavolo di verifica degli adempimenti connessi all'attuazione del Piano di Riparto	inviò di tutti i Flussi entro il termine e con le modalità previste dai Ministeri competenti e dalla Regione, dal Tavolo di verifica del Piano di Riparto
64	Completamento dell'integrazione del sistema aziendale con l'Anagrafe Sanitaria (Anagrafe Regionale (ASLR), almeno per la componente Anagrafe Assistiti	Scelvicazione dell'accordo di servizio con l'at. S. P. A. a avvio in produzione delle procedure di scarico delle code entro il 31/12/2014
65	Incremento donazioni di almeno il 5% anno rispetto alla media del periodo 2011-2013.	n. donazioni sanguinofreda donazioni periodo 2011-2013
66	Operatività del Comitato di buon uso del sangue previsti dalla normativa vigente	Almeno 4 riunioni finalizzate alla sicurezza di interventi di miglioramento del uso del sangue.

67	Assicurare la verifica della congruità del Fondo Spesa per il Personale	4 monitoraggi/anno di verifica della congruità del fondo con contestuale verifica della capienza rispetto alle competenze erogate.
68	Assicurare la verifica rispetto budget assegnato per spesa per il personale	4 monitoraggi/anno attestanti il rispetto del budget assegnato, a parità di livello di prestazioni erogate rispetto l'anno precedente.
69	Garantire la corretta gestione dei fondi contrattati, tenuto conto di quanto disposto con i P.O.	Monitoraggi/anno di verifica della congruità del fondo con contestuale verifica della capienza rispetto alle competenze erogate.
Struttura Direzione Generale		
70	Assicurare il monitoraggio relativo all'utilizzo fondi destinati alle manutenzioni straordinarie degli spazi funzionali, degli impianti e delle attrezzature sanitarie, di cui alla DGR 79/2014.	Presentazione documentazione tecnico-amministrativa per ciascun intervento di manutenzione straordinaria (finalizzati al mantenimento dei livelli di efficienza ed efficacia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie). Le Aziende Sanitarie devono procedere al recepimento delle gare centralizzate attraverso la stipula dei relativi contratti, entro 30 giorni dalla comunicazione del o Direttore Centrale Acquisti. Pertanto l'indicatore utilizzato sarà percentuale di contratti recepiti entro il termine dei 30 gg dalla comunicazione della Direzione Centrale Acquisti.
71	Assicurare il recepimento delle gare centralizzate regionali.	Le Aziende Sanitarie devono comunicare i propri fabbisogni di acquisto relativi a procedure di gara centralizzate nelle modalità e tempistiche definite dalla Direzione Centrale Acquisti. Pertanto l'indicatore utilizzato sarà numero di gg di ritardo rispetto alle tempistiche di presentazione definite.
72	Assicurare la comunicazione dei fabbisogni di acquisto da inserire nelle gare centralizzate regionali.	La Aziende Sanitarie devono comunicare i propri fabbisogni di acquisto relativi a procedure di gara centralizzate nelle modalità e tempistiche definite dalla Direzione Centrale Acquisti. Pertanto l'indicatore utilizzato sarà numero di gg di ritardo rispetto alle tempistiche di presentazione definite.
73	Assicurare la regolare tenuta contabile degli interventi per ciascun progetto di (qualificazione, investimenti) (contabilizzazione a stati di avvenimento).	Verifica sulla regolare tenuta della contabilità degli interventi per progetto di investimento.
74	Assicurare l'avvio fase attuativa degli interventi di cui alla terza fase ex art.20 L.67/88	Presentazione cronoprogrammi delle fasi propedeutiche all'avvio degli interventi di cui alla terza fase ex art.20 L.67/88.
75	Prendisporre piani di investimento relativamente all'acquisto di nuove tecnologie sanitarie ed attrezzature elettromedicali, secondo i P.O. di cui alla DCA 1/00480 del 05/12/2013.	Presentazione documentazione tecnico-amministrativa finalizzata all'acquisto del parere del NVR e all'avvio delle procedure di gara.
76	Realizzare i spazi funzionali e l'acquisizione dello attrezzature finalizzate all'attivazione della Casa della Salute di cui alla DCR 25 del 12/01/2013	Avvio e completamento delle procedure relative all'esecuzione degli interventi finalizzati all'attivazione della Casa della Salute.
77	Riduzione delle procedure negoziate per l'acquisto di beni e servizi (acquisti in economia, acquisti in provvista, procedure senza previa pubblicazione del bando) ad eccezione degli acquisti gestiti attraverso il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione.	Spesa totale procedure negoziate s/o affidamento diretto 2014 / spesa totale per procedure negoziate s/o affidamento diretto 2013.
78	Riduzione delle procedure negoziate per l'acquisto di beni e servizi (acquisti in economia, acquisti in provvista, procedure senza previa pubblicazione del bando) ad eccezione degli acquisti gestiti attraverso il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione.	Spesa totale acquisto beni infungibili 2014 / 90% spesa totale per acquisto di beni infungibili 2013
79	Rispetto delle linee guida sui controlli sull'esecuzione dei contratti di beni e servizi (DCA U00627/2013). Per tutti i contratti in essere per l'acquisto di beni e servizi: a. identificare la struttura responsabile della verifica dei controlli; b. implementare il sistema dei controlli; c. rendicontare le attività svolte e lo esito conseguito secondo le modalità e le tempistiche definite dalla Struttura Commissariale.	Implementazione sistema di controllo entro 60 gg dalla contrattualizzazione (valido per almeno l'80% degli importi contrattualizzati nell'anno).
Struttura Direzione Generale		
80	Attuazione per quanto di competenza dell'Azienda Sanitaria del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNE-Morc) 2010 - 2015 di cui alla DRG di recepimento regionale n. 19 del 26 gennaio 2012.	Indicatori specifici per la valutazione annuale a livello locale contenuti nel Piano Nazionale (PNE-Morc 2010 - 2015) recepito con DRG n.19/2012.
81	Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo la copertura della vaccinazione antinfluenzale sulla popolazione di età >65 anni.	n.soggetti di età >65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza / n.soggetti di età >65 anni residenti al 1° gennaio dell'anno di svolgimento della campagna.
Struttura Direzione Generale		
82	Autoregolare l'estensione delle attività di screening oncologici	n. inviti screening Mammella / popolazione target n. inviti screening Cervice uterina / popolazione target n. inviti screening Colon retto / popolazione target
83	Raggiungere standard definiti per l'esecuzione degli screening oncologici	n. screening Mammella eseguiti / popolazione target n. screening Cervice uterina eseguiti / popolazione target n. screening Colon retto eseguiti / popolazione target
Struttura Direzione Generale		
84	Assicurare la vigilanza sulle imprese presenti nel territorio con la finalità della Sicurezza nel luogo del lavoro	N. imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza / n. imprese presenti nel territorio.
85	Attuazione degli obiettivi annuali inerenti la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previsti dal Piano Regionale della Prevenzione. (L'obiettivo parte dalla formalizzazione ed emanazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014 - 2018 da parte del Ministero della Salute).	% obiettivi raggiunti / obiettivi definiti.
Struttura Direzione Generale		
86	ANAGRAFE ANIMALI - Controlli sulle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana.	Azienda ovicaprina e bovina controllate / aziende ovicaprine e bovine controllate.
87	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale.	Campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal piano nazionale Residui.
Struttura Direzione Generale		
88	FINANZIAMENTO DEI CONTROLLI UFFICIALI. Disciplina delle modalità dei controlli assistiti in attuazione del regolamento (CE) n°853/2004 - Art.3, paragrafi 1 e 2, del D.Lgs. n.154 del 10.11.2008; DM 24/01/2011 "modalità tecniche per il	Invio tempestivo (28/02) corretto e completo della tabella di cui all'art.3 del DM 24/01/2011.

	veramento delle tariffe e la modificazione	
89	FITOGIANTIFI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992. Controllo ufficiale di rischio di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale.	N. campioni analizzati (sono esclusi campioni analizzati da laboratori non accreditati) / N. campioni programmati.
90	Piani di eradicazione delle MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO	Allevamenti controllati/Elevamenti controllati per TBC bovina, BRUCELLA, COCCIDIOSI, ovicaprina, bovina e bufalina, leptospirosi Bovina. Risposte ricevute entro 1 settimana =1, risposte ricevute tra 1 e 5 settimane =0,5; risposte ricevute dopo le 5 settimane o non ricevute=0
91	RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Presenza di documentazione che attesti evidenza di procedure organizzative e di supervisione dell'attività del Dirigente da parte della Direzione di Struttura complessa, in linea con gli standard fissati dall'Accordo Stato Regioni, recepiti con DCA n.109800 del 28/02/2010 (Gur 14/01/2014) e della nota Ministero della Salute 15372/p del 16/08/2010
92	Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali (art.8 paragrafo 3 regolamento 853/2004)	

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per il loro contributo:

Patrizia Allegrucci, Lucia Argenti, Andrea Balbi, Liliana Biagi, Maria Grazia Budroni, Alessandra Bugionovi, Davide Buoncrisiani, Elisabetta Canitano, Vanna Centomini, Vittorio Chinni, Maurizio Cimma, Annamaria Colantoni, Luana Compagnone, Luigi Conti, Giovanna De Bellis, Katiuscia Del Zio, Linda Di Francesco, Domenico Di Nino, Maria Di Pietri, Roberta Di Turi, Valeria Fano, Maurizio Fiorida, Rita Gentili, Marinella Lausi, Agostina Luci, Gigliola Martinelli, Paola Masala, Vittorio Mascellino, Antonio Mastromattè, Maria Miceli, Elisa Minichiello, Climene Pistolesi, Maria Claudia Proletti, Daniela Reggiani, Giovanni Sacripanti, Deborah Scanzani, Marina Scarinci, Daniela Sgrol, Giovanni Venturi



Deliberazione n. 804

del 18/12/2014

Copia del presente provvedimento è inviato al Collegio Sindacale.

In data 18/12/2014

Roma 18/12/2014

IL DIRETTORE U.O.C. AA.GG.

Dr. Marco Lapalorcia

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

* * * * *

Il presente provvedimento è pubblicato all'Albo della Direzione Generale

dell'Azienda dal 18/12/2014 al 1/01/2015

IL DIRETTORE U.O.C. AA.GG.

Dr. Marco Lapalorcia
