

**ATTO AZIENDALE
AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI RIETI**

CAPO I-L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIETI	3
Art. 1 - Denominazione, sede legale, logo, sito internet e patrimonio	3
Art. 2 - Ambito territoriale	4
Art.3 La Rete di offerta	11
Art. 4 – Il Personale Dipendente	19
Art. 5–L'azienda e il cittadino.....	21
Art. 6 – Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali	21
Art. 7 – Le relazioni con gli altri erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie e sociosanitarie	22
Art. 8 – Le relazioni con altre Amministrazioni Pubbliche Centrali e Locali e con le Università	23
Art. 9 – RELAZIONI CON FORNITORI DI BENI E SEVIZI	26
Art. 10 – RESPONSABILITÀ SOCIALE E CONFERENZA DEI SERVIZI	26
CAPO II -PRINCIPI E CRITERI ATTO AZIENDALE.....	27
Art. 11 - Il governo complessivo della ASL	27
Art. 12 - Vision e Mission	27
Art. 13 - Gli organi della Asl	34
Art. 14 - La Direzione Aziendale	38
Art. 15 - Gli organismi dell'Azienda.....	42
CAPO III- L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....	45
Art. 16 - Principi e criteri	45
Art. 17 – Modello organizzativo Aziendale.....	45
Art. 18 - La configurazione organizzativa.....	49
Art. 19 - L'Area di Direzione.....	50
Art. 20 - La tecnostruttura tecnico amministrativa.....	50
Art. 21 – Dipartimento della Funzione distrettuale.....	51
Art. 22 Dipartimento delle professioni sanitarie	68
Art. 23 Il Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche.....	68
Art. 24 – Dipartimento della Prevenzione	68
Art. 25 - L'Area di Assistenza ospedaliera	69
CAPO IV - REGOLE FINALI E ATTUATIVE	74
Art. 26 - Entrata in vigore	74
Art. 27 - Regolamenti attuativi.....	74

CAPO I–L’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIETI

Art. 1 - Denominazione, sede legale, logo, sito internet e patrimonio

L’Azienda Socio Sanitaria Locale di Rieti (di seguito denominata ASL di Rieti), istituita con Legge Regionale n. 18 del 16 giugno 1994, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d’istituzione del Servizio Sanitario Regionale. L’Azienda è l’ente strumentale attraverso il quale la Regione Lazio assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza nell’ambito territoriale di riferimento.

La sede legale dell’ASL di Rieti è fissata in Rieti, Via del Terminillo n. 42, C.A.P. 02100, C.F. e Partita IVA 00821180577.

Il logo aziendale è il seguente:



Il sito internet aziendale sul quale, ai sensi dell’articolo 32 della legge del 18 giugno 2009 n. 69, la ASL assolve gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione “Amministrazione trasparente” è www.asl.rieti.it.

L’albo dell’Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nei locali dove è fissata la sede legale.

Il patrimonio dell’azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, ivi compresi quelli trasferiti dallo Stato o da altri Enti Pubblici, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell’esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità ai sensi e per gli effetti dell’art. 5, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., ed è quello risultante nei suoi libri contabili.

Art. 2 - Ambito territoriale

Ambito territoriale di riferimento: superficie di 2.750,24 Km^q e coincide con la Provincia di Rieti.

Popolazione residente: 149.988

Popolazione immigrata: 13.636

Di seguito è riportata la mappa geografica del territorio della ASL di Rieti, articolata territorialmente in due Distretti, il Distretto Reatino ed il Distretto Sabino.



Figura 1: mappa geografica ASL di Rieti

La superficie della Provincia di Rieti, pari a 2.750 mq, rappresenta il 16% della superficie della Regione Lazio. Rispetto al dato della popolazione, i residenti nella Provincia di Rieti rappresentano il 3% della popolazione laziale.

Nel territorio della ASL di Rieti risiedono 149.988 abitanti (ISTAT 2024), di cui 45.286 nella sola città di Rieti (30,2%). La Provincia di Rieti ha un'alta percentuale di comuni montani che, insieme alla conformazione territoriale, contribuisce a rendere molto bassa la densità abitativa (55 abitanti per km² al 01/01/2024) e difficoltosa l'erogazione dei servizi specialmente ai cittadini dei comuni più interni, numerosi e difficilmente raggiungibili.

ASL	Popolazione	Superficie (Kmq)	Densità (ab/Kmq)	N. comuni
<i>Rieti</i>	149.988	2.750,02	55	73
<i>Roma</i>	4.225.409	5.365,77	787,47	121
<i>Latina</i>	566.873	2.256,02	251,26	33
<i>Frosinone</i>	464.789	3.248,42	143,08	91
<i>Viterbo</i>	307.686	3.616,26	85,08	60
Lazio	5.714.745	17.236,49	331,55	378

Tabella 1: Popolazione, Superficie e Densità (Dati al 01/01/2024 - Fonte Istat)

Oltre il capoluogo di provincia, i comuni con una popolazione superiore ai 3.000 abitanti sono Fara in Sabina, Cittaducale, Poggio Mirteto, Borgorose, Montopoli di Sabina, Contigliano, Magliano Sabina, Scandriglia e Forano; i 93.508 abitanti in questi dieci comuni costituiscono il 62,3% della popolazione residente nella Provincia di Rieti e sono distribuiti su una superficie di 719,94 Kmq che rappresenta il 26,2% della superficie della Provincia di Rieti; per gli stessi 10 comuni si rileva una densità abitativa di 129,88 ab/Kmq.

Comune	Popolazione	Superficie	Densità
<i>RIETI</i>	45.286	205,8	220
<i>Fara in Sabina</i>	13.843	54,96	252
<i>Cittaducale</i>	6.411	71,35	90
<i>Poggio Mirteto</i>	6.124	26,31	233
<i>Borgorose</i>	4.198	145,95	29
<i>Montopoli di Sabina</i>	4.066	37,61	108
<i>Contigliano</i>	3.665	53,63	68
<i>Magliano Sabina</i>	3.459	43,28	80
<i>Forano</i>	3.229	17,76	182
<i>Scandriglia</i>	3.227	63,29	51
Totale	93.508	719,94	Media
%	62,3%	26,2%	129,88

Tabella 2: Popolazione, superficie e densità dei comuni della provincia di Rieti

Per gli altri 63 comuni, che presentano un numero di abitanti inferiore a 3.000 unità, si osserva una densità abitativa variabile, che comunque risulta al di sotto di 130 ab/Kmq (densità abitativa media dei comuni con più di 3.000 abitanti) per 58 dei 63 comuni in esame.

Si tratta complessivamente del 86% dei comuni della provincia, la cui superficie costituisce ben tre quarti (il 74%) della superficie provinciale, la cui popolazione rappresenta solo il 38% della popolazione della Provincia. Buona sintesi della situazione geomorfologica provinciale è data dalla densità abitativa dei 63 comuni con meno di 3.000 abitanti, che risulta pari a 27,8 ab/kmq a conferma della grave dispersione demografica sul territorio reatino.

2.1 Indici demografici ASL di Rieti

Dal 2016 al 2024 la popolazione della Provincia di Rieti è passata da 158.467 a 149.988, registrando una contrazione di 8.479 abitanti ed una Variazione relativa percentuale, dal 2016 al 2022, del -4,6%.

Anno	Popolazione	Variazione
2016	157.420	-0,66%
2017	156.554	-0,55%
2018	153.534	-1,93%
2019	152.497	-0,68%
2020	151.335	-0,76%
2021	151.143	-0,13%
2022	150.457	-0,45%
2023	149.988	-0,31%

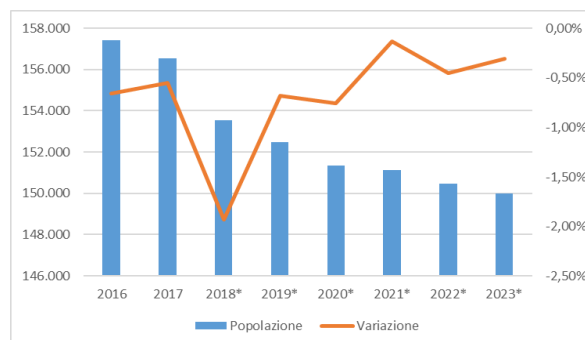


Figura 2: Andamento popolazione residente 2016 -2023

L'analisi degli indici demografici e di struttura della popolazione della Provincia di Rieti mostra un quadro sostanzialmente in linea con l'andamento nazionale, ma con valori superiori a quelli regionali, come mostrano la tabella ed il grafico che seguono.

Età	Popolazione ASL Rieti	%	Popolazione Regione Lazio	%
0 - 14	15.684	10,5%	699.603	12,7%
15 - 24	13.569	9%	550.085	10%
25 - 65	80.067	53,4%	3.127.700	56,8%
66 - 80	27.905	18,6%	916.258	16,63%
> 80	12.763	8,5%	213.562	3,9%
Totale	151.143	100,0%	5.507.208	100,0%

Tabella 3: Popolazione residente per Fascia di età (Fonte dati Istat al 01/01/2024)

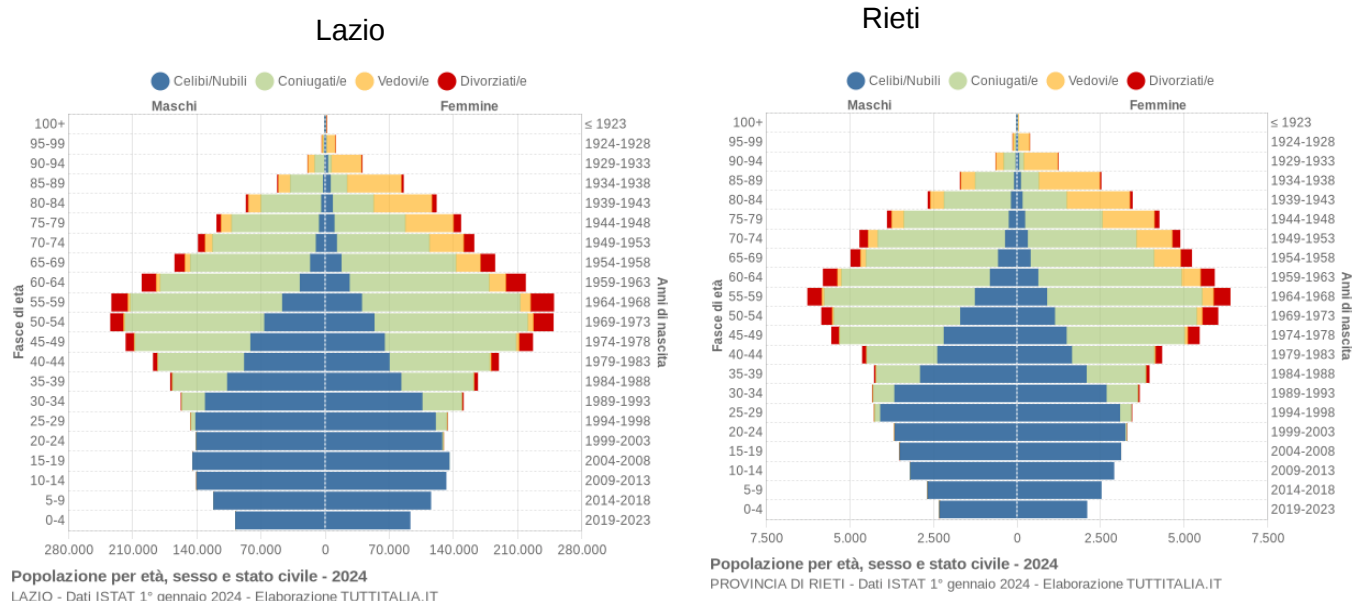


Figura 3: Piramide delle Età Lazio e Rieti (Fonte Dati Istat al 01/01/2024)

La popolazione reatina risulta essere la più anziana del Lazio, con una percentuale di ultrasessantacinquenni pari a 25,2%, più elevato del dato delle altre province del Lazio (Roma 21,2%, Frosinone 23,2%, Latina 21% e Viterbo 23.9%) e del dato medio regionale (21,6%).

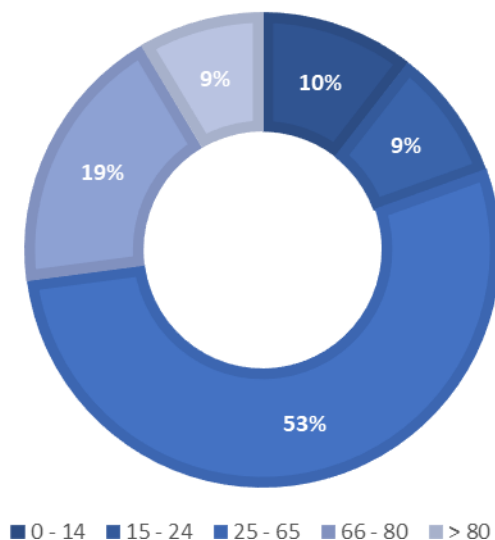


Figura 4: Classi di età Asl Rieti - (Fonte Dati Istat al 01/01/2024)

L'elevata presenza di residenti anziani comporta anche elevati tassi di cronicità pertanto, la ASL Rieti si è impegnata in questi ultimi anni nel potenziamento del modello di prossimità di cura, per rispondere al progressivo quanto inesorabile aumento del fabbisogno assistenziale, espresso e inespresso, in una popolazione anziana, multi-cronica, dispersa sul territorio, come quella reatina.

Si riportano a seguire i principali indici demografici rilevanti ai fini della valutazione completa della struttura della popolazione reatina:

Anno	Indice di vecchiaia		Indice di dipendenza strutturale		Indice di ricambio della popolazione attiva		Indice di struttura della popolazione		Indice di carico di figli per donna feconda		Indice di natalità (x 1.000 ab.)		Indice di mortalità (x 1.000 ab.)	
	Rieti	Regione Lazio	Rieti	Regione Lazio	Rieti	Regione Lazio	Rieti	Regione Lazio	Rieti	Regione Lazio	Rieti	Regione Lazio	Rieti	Regione Lazio
2022	236,3	177,8	58,2	55,5	157,4	144,7	145,5	149,9	16,3	17,8	5,6	6,3	15,0	11,2
2023	242,1	184	58	55,4	163,1	146,4	144,7	149,8	16,1	17,3	5,5	6,0	14,0	11,2
2024	259,3	191,2	60,2	55,4	177,0	149,4	149,8	149,6	16,2	16,8	-	-	-	-

Tabella 4: Indici Demografici provincia Rieti (fonte ISTAT-ultima consultazione gennaio 2025)

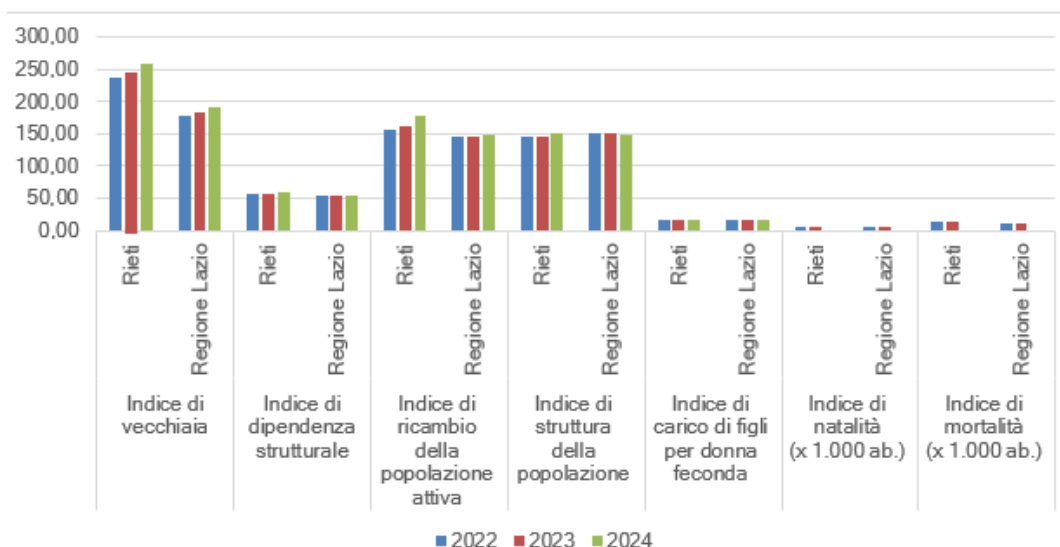
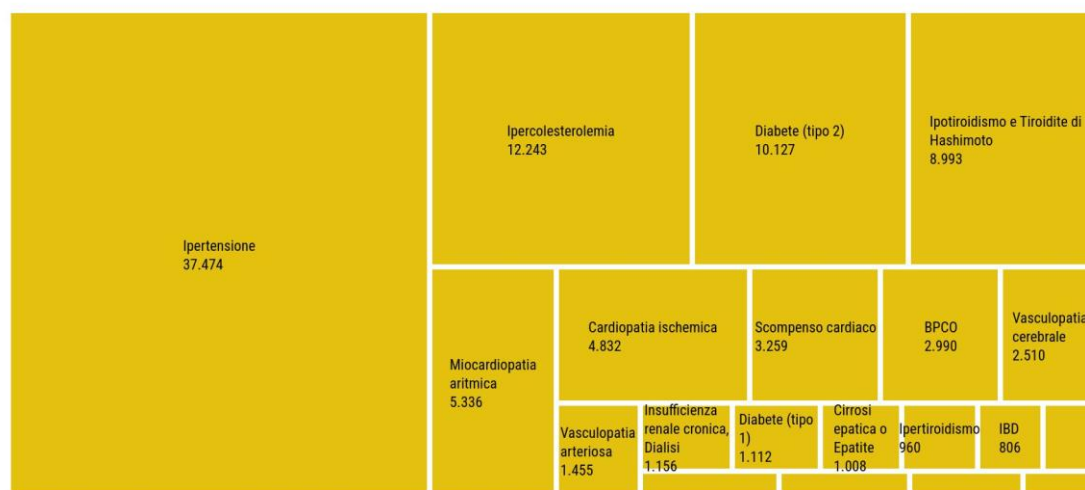


Figura 5: Indici Demografici provincia Rieti (fonte ISTAT-ultima consultazione gennaio 2025)

2.2 Sintesi dello stato di salute della popolazione della ASL di Rieti

L'analisi della prevalenza delle malattie nella Provincia di Rieti e nella Regione Lazio è riportata nella figura che segue, dalla quale emerge come nella ASL di Rieti siano più frequenti l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, l'Ipotiroidismo, la Tiroidite di Hashimoto e le patologie cardiovascolari.

Frequenza di malattia prevalenza ASL Rieti - 2023



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Figura 6: Prevalenza delle principali malattie croniche - ASL Rieti (Fonte OpenSaluteLazio ultima consultazione gennaio 2025)

Oltre la prevalenza delle patologie croniche, un altro dato epidemiologico importante è quello dei nuovi casi di tumori maligni che nell'anno 2022 sono risultati pari a n.687 nella Provincia di Rieti e a n.30.982 nella Regione Lazio. Il dettaglio dei primi 5 tumori e delle caratteristiche dei pazienti che ne sono affetti è riportato nella figura n. 7.

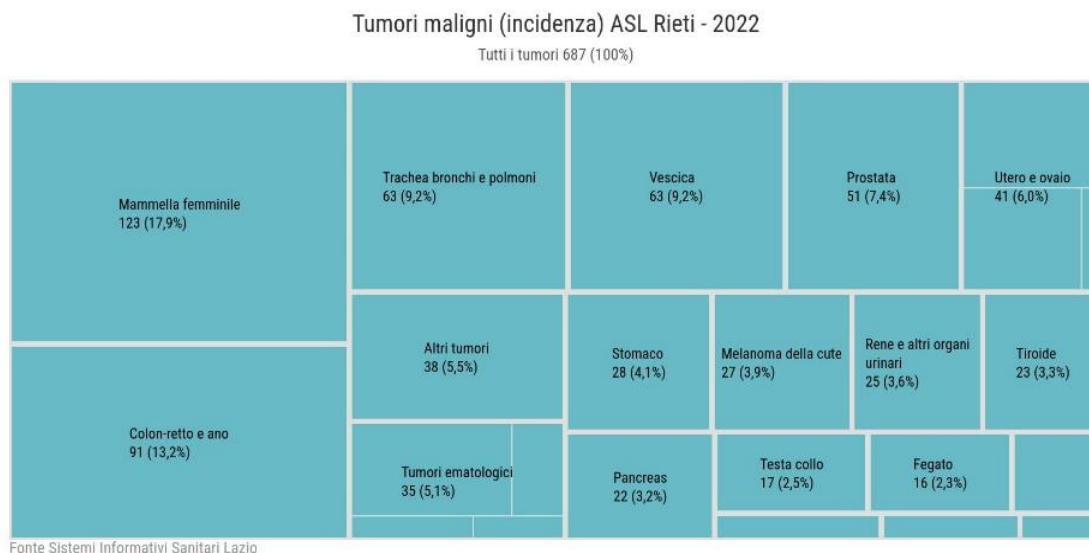


Figura 7:Primi 5 tumori incidenti nella provincia di Rieti
(Fonte Dati OpenSaluteLazio ultima consultazione gennaio 2025)

Le principali cause di morte dei residenti nella provincia di Rieti nell'anno 2020, sono riportate nella figura n.8, sono da attribuire alle malattie cardiovascolari e ai tumori maligni.

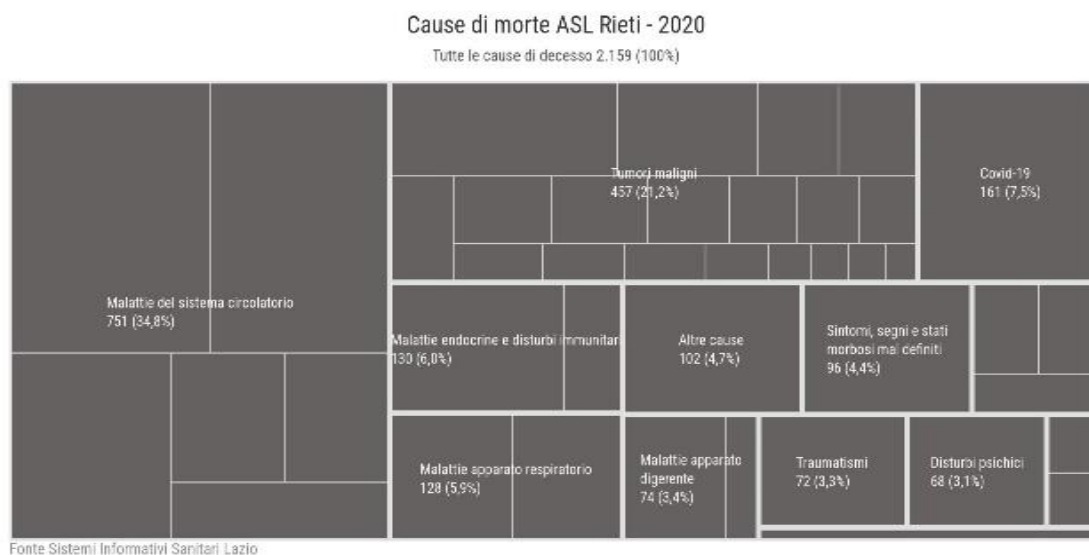
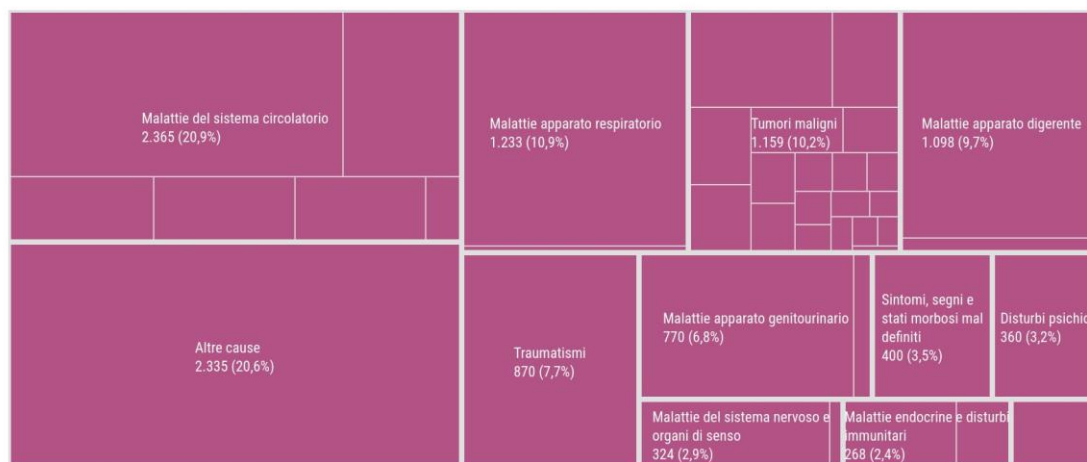


Figura 8:Mortalità proporzionale (prime cinque cause di morte) nella provincia di Rieti
(Fonte Dati OpenSaluteLazio ultima consultazione gennaio 2025)

Le principali cause di ricovero dei residenti nella provincia di Rieti, riportate nella figura 9, sono attribuibili a problematiche cardiovascolari, del sistema respiratorio e per tumori maligni.

Cause di ricovero ASL Rieti - 2023

Tutte le cause di ricovero 11.327 (100%)



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Figura 9: Mortalità proporzionale (prime cinque cause di morte) nella provincia di Rieti
(Fonte Dati OpenSaluteLazio ultima consultazione gennaio 2025)

Art.3 La Rete di offerta

3.1 – L'organizzazione territoriale

L'ASL Rieti si articola in due Distretti:

- **Il Distretto di Rieti – Antrodoto - S. Elpidio (n. 1)**, con sede a Rieti, utenza pari a 89.121 residenti, che rappresenta il 59,4% della popolazione della Provincia di Rieti. Presenta un contesto urbano e un vasto territorio montano, con i suoi 41 comuni. Le Comunità Montane presenti sono:
 - V Comunità Montana "Montepiano Reatino";
 - VI Comunità Montana "Velino";
 - VII Comunità Montana "Salto Cicolano";
 - VIII Comunità Montana del "Turano".
- **Il Distretto Salaria - Mirtense (n. 2)** ha sede a Poggio Mirteto, con 60.867 residenti, pari al 40,6% della popolazione della Provincia di Rieti, comprende 32 comuni in un territorio geograficamente meno montano rispetto al Distretto 1 e che si estende lungo l'asse viario SS Salaria. Le 2 Comunità Montane presenti sono:
 - IV Comunità Montana "Sabina";
 - XX Comunità Montana dei Monti Sabini.

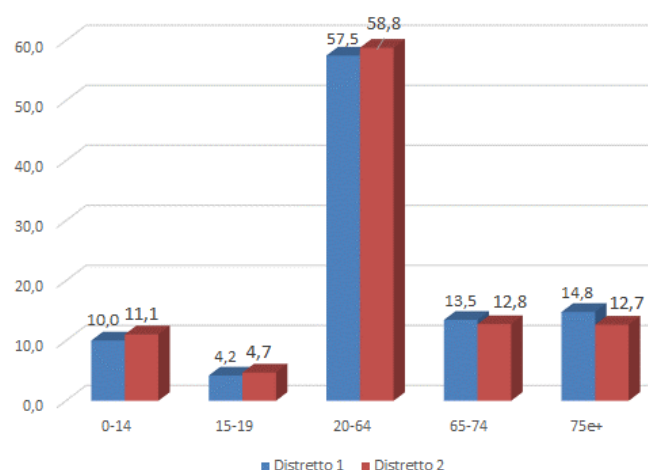


Figura 10: Popolazione residente nei Distretti della ASL Rieti (dati percentuali)

L'analisi dei dati sociodemografici ed epidemiologici sopra effettuata ha evidenziato la necessità di una rete territoriale con strutture e modalità operative in grado di rispondere efficacemente alla domanda di un territorio costituito da aree interne con grossi problemi legati alla scarsa densità abitativa, bassa qualità viaria e condizioni orografiche difficoltose.

3.3 Gestione territoriale

La ASL Rieti è capillarmente presente sul proprio territorio, tenuto conto della conformazione geomorfologica; in particolare, oltre al Presidio Ospedaliero presente nella Città di Rieti, registriamo i seguenti punti distrettuali periferici che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (visite ed esami diagnostici):

- Distretto n. 1 (Rieti, Antrodoto, Sant'Elpidio):
 - Pass Amatrice;
 - Pass Accumoli;

- Poliambulatorio di Leonessa;
- Poliambulatorio di Antrodoto;
- Poliambulatorio di Rieti;
- Poliambulatorio di S. Elpidio;
- Distretto n. 2, (Salario-Mirtense):
 - Poliambulatorio di Osteria Nuova;
 - Poliambulatorio di Passo Corese;
 - Poliambulatorio di Poggio Mirteto;
 - Casa della Salute di Magliano Sabina sede di PAT (posti letto UDI e posti letti APA/DS funzionalmente dipendente dall'Ospedale di Rieti).
- **il servizio ADI Aziendale:** rivolto agli utenti in situazione di fragilità, con una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo, e con una condizione di impossibilità alla deambulazione e di non trasportabilità con i comuni mezzi presso i presidi sanitari ambulatoriali. L'Assistenza Domiciliare è rivolta pertanto nei confronti di pazienti che non possono lasciare il proprio domicilio, ed è articolata in:
 - ADP, assistenza domiciliare programmata, che prevede accessi programmati solo da parte del Medico di Medicina Generale (MMG);
 - ADI, assistenza domiciliare integrata, che prevede accessi da parte di altre figure, oltre al MMG, con carattere sia occasionale (ADI base), sia continuativo (ADI di livello I, II, III e Alta Complessità).

Oltre i servizi distrettuali sono presenti sul territorio:

- **Il Dipartimento di Prevenzione** con le sue articolazioni organizzative:
 - U.O.C Sanità Animale;
 - UOC Igiene della Produzione, trasformazione, commercializzazione alimenti di origine animale;
 - U.O.C Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche;
 - U.O.S.D Gestione delle Anagrafi Zootecniche del Settore Alimentare e dei Mangimi;
 - U.O.S.D Igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - U.O.C Prevenzione e sicurezza ambienti di Lavoro;
 - U.O.C Igiene e Sanità Pubblica;
 - U.O.S Coordinamento Screening di Popolazione;
 - U.O.S.D Medicina dello Sport.
- **Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche** con le sue articolazioni organizzative:
 - U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
 - UOC SPDC e Psichiatria territoriale;
 - UOC Patologia da Dipendenze;
 - UOSD Strutture riabilitative Salute Mentale e REMS.
 - UOS Attività terapeutiche riabilitative per i disturbi da uso di sostanze e nuove dipendenze.

3.4 Il nuovo modello di assistenza territoriale in un'ottica One Health del SSN

La visione olistica *One Health*, ossia un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse, è antica e al contempo attuale, si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate indissolubilmente. Tale visione è oggi riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Salute italiano, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali quale strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline (medici, veterinari, ambientalisti, economisti, sociologi etc.). Il Ministero della Salute in quest'era di cambiamento ha puntato a realizzare un nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità per portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini.



Figura 11: Approccio One Health (fonte Sole 24 Ore PNRR: la sfida One Health per promuovere la prevenzione sanitaria)

A questo scopo è stata adottato il Piano di Programmazione dell'Assistenza Territoriale 2024-2026 basato su una

maggiore attenzione alla terza età e predispone nuove misure essenziali e innovative a livello tecnologico a favore dell'assistenza territoriale, attraverso:

- rafforzamento dell'assistenza distrettuale anche grazie alla realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari sul territorio che migliorano l'accessibilità e ampliano la disponibilità di servizi di prossimità ai cittadini;
- definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sul territorio in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato (One Health) e con una visione olistica (Planetary Health).

Nel dettaglio:

- le cure intermedie potranno contare su nuovi posti letto per le residenze sanitarie assistenziali, gli hospice e le strutture riabilitative;
- le cure palliative più diffuse e capillari avranno un rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata, trasformando la casa del paziente in un vero e proprio luogo di cura grazie a un'omogeneizzazione progressiva delle modalità di gestione;
- la facilitazione dei processi di dimissioni dall'ospedale, nei quali saranno essenziali i team ospedalieri delle dimissioni e saranno nevralgiche le centrali operative aziendali e le centrali operative territoriali, tramite la presa in carico territoriale e l'accompagnamento all'esperienza di cura;
- l'armonizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali;
- l'interoperabilità dei sistemi e dei flussi informativi sia per la valorizzazione del lavoro dei professionisti sanitari sia per la rendicontazione efficace e puntuale delle attività territoriali;
- l'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) sarà operativo sia per gli interventi di educazione sanitaria (individuale e collettiva) che per intercettare i bisogni di salute dei pazienti in ambito territoriale;
- la strutturazione della nuova modalità operativa sarà incentrata sulla partecipazione e sulla co-costruzione dei processi di innovazione;

- il monitoraggio annuale sull'utilizzo dei posti letto (dal tasso occupazione al controllo delle liste di attesa).

In questo quadro saranno, inoltre, sviluppati tramite i fondi del Programma Nazionale Equità in Salute interventi mirati per garantire l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari delle fasce della popolazione in condizioni di vulnerabilità.

L'approccio *One Health* mira a far fronte efficacemente ai rischi storici ed emergenti sulla salute legati ai cambiamenti ambientali e climatici nell'ambito del nuovo assetto di prevenzione collettiva e sanità pubblica promosso dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020- 2025 sono state recepite in modo esaustivo le linee di intervento per un approccio combinato in cui tutti gli Obiettivi dell'Agenda 2030 possono trovare piena applicabilità per concorrere e interconnettere la salute in un'ottica strategica finalizzata a prevenire e mantenere il benessere della popolazione. Uno dei programmi predefiniti (PP9) del PNP è specificatamente dedicato al tema "Ambiente, clima e salute" e indica obiettivi, buone pratiche, attività di formazione e sistemi di monitoraggio. Proprio per questo, in attuazione del programma di riforme del PNRR è stato istituito il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS) che dovrà concorrere al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati in particolare alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici.

La ASL di Rieti sta dando attuazione al nuovo modello proposto sia grazie al Piano Territoriale e al Piano Aziendale di Prevenzione 2021-2025 che con l'attuazione del PNRR.

3.5 PNRR E DM 77/2022

Per realizzare il nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità che consentirà di portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini della ASL di Rieti, in attuazione del DM 77/2022 e grazie ai Fondi della Missione 6 del PNRR, è stata attuata una riforma del modello organizzativo della rete di assistenza territoriale basata sulla realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari sul territorio (vedi figura10) che migliorano l'accessibilità e ampliano la disponibilità di servizi di prossimità ai cittadini.

Nello specifico saranno realizzate le seguenti strutture:

- 4 Centrali Operative Territoriali (COT):
 - COT A Rieti;
 - COT D Via del Terminillo;
 - COT D Leonessa;
 - COT D Magliano Sabina.

- 5 Case di Comunità (CdC):
 - CdC HUB Magliano Sabina sede anche del Presidio Assistenziale Territoriale (PAT);
 - CdC HUB Rieti;
 - CdC HUB Antrodoco;
 - CdC HUB Contigliano;
 - CdC Spoke Castel di Tora
- 2 Ospedali di Comunità (OdC):
 - OdC Poggio Mirteto con 20 pl;
 - OdC Fara Sabina - Passo Corese- con 20 pl;
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare, anche grazie all'impiego della telemedicina;
- Introduzione della figura dell'Infermiere di famiglia e Comunità IFeC.

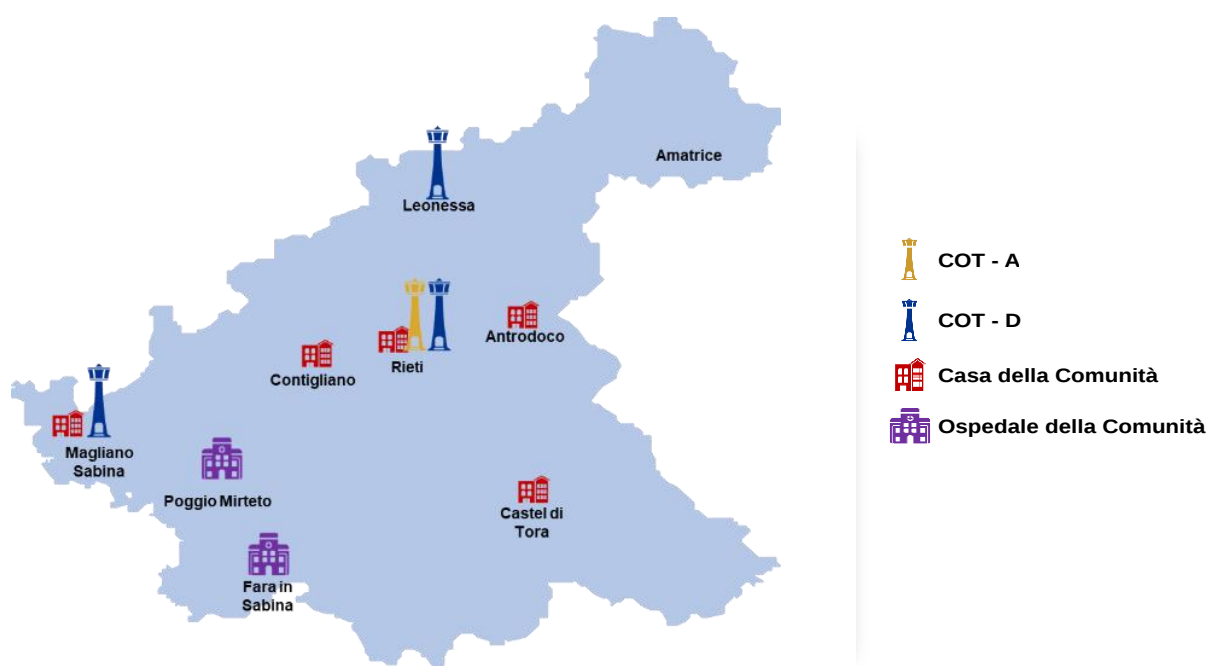


Figura 12: PNRR ASL di Rieti

3.6 L'ospedale

Il Polo Ospedaliero Unificato è organizzato in modo da assicurare la promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica delle cure, nonché la razionalizzazione e l'efficientamento dell'offerta assistenziale. Il complesso ha una superficie netta complessiva di 55.000 mq destinati ad attività di ricovero in regime ordinario e diurno.



La Regione Lazio con deliberazione n. 869 del 7 dicembre 2023 ha adottato il documento tecnico di programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015.

Il documento ha lo scopo di implementare il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera con lo scopo di riequilibrare la disponibilità di posti letto secondo linee operative complementari, *territoriale, disciplinare e di setting assistenziale*, al fine di rispondere in modo organico e progressivo ai diversi bisogni di salute.

Nel documento per la ASL di Rieti è previsto un rafforzamento della capacità di risposta all'utenza con l'istituzione della Radiologia Interventistica, l'implementazione dell'offerta su Magliano Sabina in sostituzione delle aree, attualmente in ristrutturazione, dell'ospedale San Camillo de' Lellis e l'apertura del Presidio Ospedaliero di Amatrice. La ASL procederà all'adeguamento al decreto secondo il cronoprogramma concordato con la Regione Lazio. Nelle more di tale attuazione la ASL vede la presenza di un Polo Ospedaliero Unificato, Rieti-Amatrice, sede DEA di I Livello, quale sistema di organizzazione integrata delle attività in regime di ricovero e specialistiche erogate attraverso i Dipartimenti.

I posti letto totali della nuova organizzazione saranno 465 così distribuiti:

STRUTTURA	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA									TOTALE		
	ACUTI			LUNGODEGENZA			RIABILITAZIONE					
	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT
Ospedale San Camillo De Lellis POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice (Stab. Rieti)	321	30	351	28	0	28	10	1	11	359	31	390
Ospedale San Camillo De Lellis POLO UNIFICATO Rieti-Amatrice (Stab. Amatrice)	20	15	35	0	0	0	40	0	40	60	15	75
RI Totale	341	45	386	28	0	28	50	1	51	419	46	465

Tabella 5: Posti Letto Ospedale di Rieti - Dati deliberazione n. 869 del 7 dicembre 2023

I posti letto saranno così suddivisi:

AFO	CODICE DISCIPLINA	DESCRIZIONE	PL PROGRAMMATI			UNITÀ OPERATIVE		
			ORD	DH	TOT	UOS	UOSD	UOC
1-M	02	DH MULTISPECIALISTICO		16	16	0	0	0
	06	CARDIOLOGIA	24	0	24	0	0	1
	12	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE		0	0	0	1	0
	21	GERIATRIA	40	0	40	0	0	1
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	16	0	16	0	0	1
	26	MEDICINA GENERALE	77	0	77	1	0	1
	29	NEFROLOGIA	4	0	4	0	1	0
	32	NEUROLOGIA	8		8	0	0	1
	40	PSICHIATRIA	12	1	13	0	0	1
	51	MEDICINA D'URGENZA	27		27	3	0	1
	58	GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	0	1	0
	64	ONCOLOGIA	8	0	8	1	0	1
	68	PNEUMOLOGIA	8	0	8	0	1	1
	69	RADIOLOGIA	0	0	0	1	0	1
	71	REUMATOLOGIA	0	0	0	0	1	0
	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0	0	0	0	0	1
	96	TERAPIA DEL DOLORE	0	0	0	0	1	0
TOTALE			224	17	241	6	7	10
2-C	09	CHIRURGIA GENERALE	22	0	22	2	1	1
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	3	0	3	0	0	1
	34	OCULISTICA	1	0	1	1	0	1
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	0	24	1	0	1
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	3	0	3	0	0	1
	43	UROLOGIA	12	0	12	1	0	1
	98	DAY SURGERY MULTI SPECIALISTICO	0	11	11	0	0	0
TOTALE			65	11	76	5	1	6
4-MIP	37	OSTETRICIE E GINECOLOGIA	8	0	8	1	0	1
	39	PEDIATRIA	4	2	6	0	0	1
	62	NEONATOLOGIA	2	0	2	0	0	0
TOTALE			14	2	16	1	0	2
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	10	0	10	2	0	1
	50	UNITÀ CORONARICA	8	0	8	0	0	0
TOTALE			18	0	18	2	0	1
7-L	60	LUNGODEGENTI	28	0	28	0	0	0
TOTALE			28	0	28	0	0	0
6-PA	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	10	1	11	0	0	1
TOTALE			10	1	11	0	0	1
8-SERVIZI		ANATOMIA PATOLOGICA			0	0	0	1
		DIREZIONE SANITARIA			0	3	0	1
		EMODINAMICA			0	0	1	0
		LABORATORIO ANALISI			0	0	0	1
		SERVIZIO TRASFUSIONALE			0	0	1	0
TOTALE					0	3	2	3
TOTALE			359	31	390	17	10	23

Tabella 6: Posti Letto Ospedale San Camillo de' Lellis Polo Unificato Rieti-Amatrice (Stab. Rieti) (fonte dati DGR n. 869 del 7.12.2023)

Ospedale San Camillo dè Lellis Polo Unificato Rieti-Amatrice (Stab. Amatrice)

AFO	CODICE DISCIPLINA	DESCRIZIONE	PL PROGRAMMATI			UNITÀ OPERATIVE		
			ORD	DH	TOT	UOS	UOSD	UOC
1-M	26	MEDICINA GENERALE	20	1	21	1	1	0
TOTALE			20	1	21	1	1	0
2-C	98	DAY SURGERY MULTI SPECIALISTICO		14	14	0	0	0
TOTALE				14	14	0	0	0
6-PA	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	40		40	0	1	0
TOTALE			40		40	0	1	0
TOTALE			60	15	75	1	2	0

Tabella 7:Posti Letto Ospedale San Camillo dè Lellis Polo Unificato Rieti-Amatrice (Stab. Amatrice) (fonte dati DGR n. 869 del 7.12.2023)

A questi vanno aggiunti i posti letto frutto della riqualificazione del Presidio di Magliano Sabina che sarà dotato di:

Magliano Sabina				NUOVA DGR 869 del 7 Dicembre 2023		
Polo	Tipol. Ass.	Disciplina	Cod. Disc	Ordinari	DH	tot
Magliano	Acuti	Chirurgia Magliano	9	9	1	10
Magliano	Lungodegenza	Lungodegenti	28	14		14
Magliano	Acuti	Geriatrics	21	45		45
TOTALE				68	1	69

Tabella 8:Posti Letto Ospedale Comunità Magliano Sabina (fonte dati DGR n. 869 del 7.12.2023)

Una rete così concepita è in grado di assicurare la continuità clinico assistenziale, l'accesso alle cure, la prossimità dei servizi e l'integrazione tra attività sanitaria e sociale.

Art. 4 – Il Personale Dipendente

Durante l'anno 2024, la Asl Rieti ha attuato procedure per il reclutamento delle figure professionali individuate nel fabbisogno assunzionale definito nel rispetto delle indicazioni regionali emanate, volte a garantire l'erogazione delle prestazioni assistenziali. Il progressivo turn over e la vicinanza dell'attrattiva area metropolitana, di fatto hanno compromesso parte degli sforzi procedurali compiuti per il reclutamento del personale.

Il personale dipendente, al 31/12/2024, è pari a 1.991 unità, in aumento rispetto alle 1979 unità del 2023, con un incremento di 12 unità pari al 0,61%.

In particolare, il personale della Dirigenza (prevalentemente di tipo sanitario) è cresciuto di 29 unità nel periodo 2023 vs 2024.

Per quanto attiene al personale del Comparto, nel medesimo periodo, è diminuito di 17 unità.

	2020	2021	2022	2023	2024
N. Totale Personale	1.963	2.006	2030	1979	1991
- di cui n. totale Personale Dirigenza	409	421	410	382	411
- di cui n. totale Personale Comparto	1.554	1.585	1.620	1.597	1580

Tabella 9: dettaglio personale ASL Rieti (fonte UOC Personale)

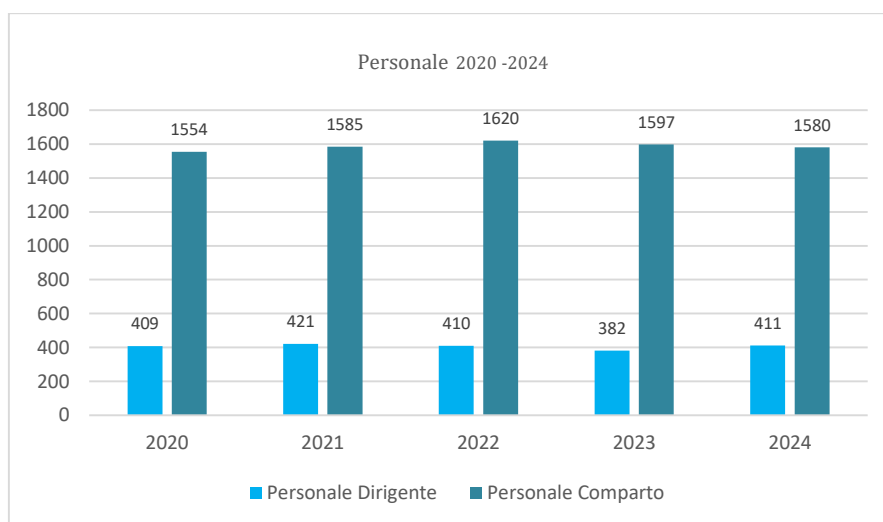


Figura 13: Personale 2020-2024 (fonte UOC Personale)

Con riferimento alle fasce d'età del personale dipendente nel 2024, due sono le prevalenti in Azienda: la fascia 51-60 pari al 29,63% e la fascia tra i 41 ed i 60 anni, pari al 28,34%, per una percentuale complessiva del 57,97% delle risorse umane, ed un incremento tendenziale della fascia 31-40 giunto al 24,96%.

Risulta tendenzialmente confermato l'andamento positivo circa la diminuzione dell'età media dei dipendenti della ASL Rieti rispetto all'alto indice storico dovuto allo scarso ricambio generazionale e al blocco del turn over.

CLASSI DI ETÀ	RUOLO					
	AMMINISTRATIVO	PROFESSIONALE	SANITARIO	TECNICO	TOTALE	%
20-30	8	0	89	6	103	5,17%
31-40	61	1	395	40	497	24,96%
41-50	69	2	438	55	564	28,34%
51-60	77	0	418	95	590	29,63%
61-70	30	1	163	43	237	11,90%
>70	0	0	0	0	0	0,00%
	245	4	1503	239	1991	100,00%

Tabella 10: Personale diviso per fasce d'età (Fonte: UOC Personale)

Per quanto concerne la distribuzione per genere delle risorse umane, la parte preponderante dei dipendenti dell'ASL Rieti è di sesso femminile, 71,97%, rispetto al 28,03% della componente maschile.

SESSO	DIPENDENTI	%
FEMMINA	1.433	71,97%
MASCHIO	558	28,03%
TOTALE	1991	100,00%

Tabella 11: Personale diviso per genere (Fonte: UOC Personale)

Art. 5–L’azienda e il cittadino

L’Azienda riconosce la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi.

La centralità delle persone e dei loro bisogni costituisce il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali e per sviluppare la multidisciplinarietà dell’assistenza, tutelando in pari misura la ricerca della qualità percepita, della qualità tecnica e della qualità organizzativa, minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi.

L’Azienda si impegna ad adottare strumenti che favoriscano la partecipazione dei cittadini secondo il principio dell’art.118 ultimo comma della Costituzione Italiana adottando gli strumenti previsti dalla normativa, quali la Carta dei Servizi pubblici sanitari e l’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, al fine di favorire la comunicazione anche dialettica.

In una prospettiva di tutela del cittadino, l’Azienda promuove l’adozione di tali forme di valutazione e rendicontazione partecipata anche in riferimento all’attività resa da altri erogatori pubblici e privati, accreditati e non, presenti sul proprio ambito territoriale di competenza.

L’Azienda istituisce e si avvale del Tavolo Misto Permanente sulla Partecipazione con le Organizzazioni Civiche di Tutela e di Volontariato, che assolve alla funzione di mediazione per eventuali controversie tra l’Azienda e il cittadino riguardo le modalità di erogazione delle prestazioni e la tutela dei diritti che non siano state già risolte in prima istanza dall’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

Il Tavolo prevede un incontro annuale con le Associazioni.

L’Azienda garantisce la tutela del cittadino impegnandosi ad adottare il Regolamento di Pubblica Tutela quale strumento per la corretta gestione dei reclami e delle segnalazioni, nonché per la definizione delle modalità e tempistiche per il riscontro al cittadini, diritto di tutela che può essere esercitato direttamente o da persona delegata, ovvero da Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela dei diritti accreditati presso la Regione, nel rispetto delle norme dettate dalla vigente normativa sulla privacy.

Art. 6 – Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali

La tutela della salute e il soddisfacimento dei bisogni del cittadino utente attraverso una politica volta a garantire servizi sanitari efficienti e di alta qualità professionale si realizza anche mediante il confronto con le Organizzazioni Sindacali. In osservanza dei principi, procedure e materie fissate dalla normativa e dalle disposizioni di natura pattizia che disciplinano il rapporto di lavoro del personale del Servizio Sanitario Nazionale, l’Azienda pone in essere un sistema di relazioni sindacali teso ad assicurare un innalzamento nei livelli di efficacia e di efficienza dei servizi attraverso la crescita professionale e il miglioramento delle condizioni di lavoro. Il sistema delle relazioni sindacali, che si basa sui principi di correttezza e trasparenza dei comportamenti, è improntato a un modello caratterizzato dalla conoscenza comune dei problemi, individuazione di obiettivi condivisi, relazioni tra le parti aperte e articolate.

Secondo il principio della comunicazione e partecipazione, i vari livelli di cui si compone il sistema di relazioni sindacali tendono ad applicare il concetto della responsabilità e a valorizzare le potenzialità propositive attraverso il metodo del confronto con la Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU) e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza e del Comparto.

Art. 7 – Le relazioni con gli altri erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie e sociosanitarie

L'Azienda favorisce rapporti di collaborazione con le altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e con le Aziende Universitarie e i Policlinici Universitari della Regione Lazio, l'ARES 118 e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico finalizzati al miglioramento della qualità dell'offerta dei servizi sanitari ed alla razionalizzazione della gestione dei servizi di supporto tecnico, amministrativo, logistico ed alberghiero, con particolare riguardo all'attuazione delle reti cliniche così come definite a livello regionale. Nello svolgimento dei suoi compiti e dei suoi obblighi istituzionali di tutela della salute, di garanzia dei livelli di assistenza e di raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione regionale e dai piani aziendali l'Azienda si deve avvalere, nell'ambito delle risorse economiche conferite dalla Regione Lazio e delle ulteriori risorse delle quali abbia la disponibilità, sia delle proprie strutture e dei propri professionisti, che degli altri erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Sul territorio della Provincia di Rieti sono presenti n. 21 strutture erogatrici accreditate con onere a carico del SSR:

- 8 che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale:
 - Igea Laboratorio di analisi cliniche;
 - Laboratorio Salus;
 - Laboratorio Analisi Cliniche S. Anastasia;
 - Laboratorio S. Anna di Analisi Cliniche;
 - Studio Radiologico Lutemadue di Ecomedica;
 - Centro Fisiatrico Struttura Ambulatoriale S.I.S.S.;
 - Analisi Cliniche Bios;
 - Laboratorio Sabino.
- 1 che eroga prestazioni di assistenza domiciliare in alta complessità
 - Ria Home.
- 1 che eroga prestazioni di assistenza termale
 - Terme di Cotilia.
- 4 che erogano prestazioni di assistenza sanitaria di tipo riabilitativo semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare:
 - Centro Ria h Riabilitazione;
 - Mondo Riabilitazione;
 - Nemo – Cooperativa sociale;
 - Mondo Riabilitazione;
- 5 che erogano prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti anche anziane (RSA)
 - "RSA Santa Rufina";
 - "RSA San Raffaele Borbona";
 - "RSA Città di Rieti";
 - "RSA Residenza Montebuono";
 - "RSA Residenza Cirene";
- 1 che eroga prestazioni di assistenza psichiatrica
 - "Struttura terapeutico riabilitativa per trattamenti estensivi Villa Belvedere".

Art. 8 – Le relazioni con altre Amministrazioni Pubbliche Centrali e Locali e con le Università

8.1 Rapporti con l'Università

L'Azienda ritiene fondamentale mantenere e sviluppare il rapporto con le Università al fine di collaborare concretamente negli ambiti delle attività tipiche del SSR: Cura, Ricerca e Formazione. Sulla base dell'apposito Protocollo di Intesa, Delibera C.S. n. 387/C.S./2024 del 26/04/2024, in particolare, nel rapporto con l'Università La Sapienza di Roma, l'Azienda intende:

- consolidare il proprio ruolo di sede formativa con l'attivazione da parte dell'Università La Sapienza del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- proporsi quale sede per ulteriori Corsi di laurea, Master post-laurea e post-specializzazione;
- incentivare lo svolgimento di tirocini per la specializzazione medica, presso le proprie sedi di cura e assistenza;
- sviluppare le attività didattiche già attualmente svolte dalle strutture organizzative e da professionisti dell'Azienda
- implementare le progettualità di ricerca e innovazione.

L'Azienda e l'Università la Sapienza di Roma promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema della formazione, il sistema della ricerca scientifica ed il sistema assistenziale, nel reciproco rispetto delle proprie competenze, al fine di perseguire gli obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del servizio sanitario pubblico. La dotazione organica dell'Azienda ed eventuali modifiche o integrazioni della stessa è adottata dal Direttore Generale, d'intesa con il Magnifico Rettore nel rispetto delle previsioni di cui al protocollo di intesa.

L'Università si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Azienda tutti i provvedimenti adottati sullo stato giuridico del personale, aventi conseguenze sulla gestione dell'attività assistenziale. L'Azienda partecipa alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università anche nel campo della Ricerca Scientifica e dell'Innovazione, in stretto rapporto con la Scuola di Medicina, con i Dipartimenti e con altri enti collegati all'Università.

8.2 Rapporti con altri Enti del SSN/SSR

8.2.1 Rapporti con A.GE.NAS

Nell'ambito della riorganizzazione dei modelli organizzativi territoriali l'Azienda ha attivato una convenzione con AGENAS finalizzata alla definizione di **nuovi modelli organizzativi**.

Per la realizzazione di questo intervento sarà necessaria da parte di AGENAS la messa a disposizione di personale esperto con funzioni di facilitatori di progetto, che supportino il personale della ASL di Rieti, nella riconfigurazione e riprogettazione dell'intera geografia dei servizi e delle strutture fisiche esistenti sul territorio aziendale.

L'aspetto innovativo di tale modello organizzativo è la gestione, a valenza provinciale, di tutti gli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1), che consentirà di creare un progetto pilota per la declinazione e l'adattabilità degli standard contenuti all'interno del DM 77/2022.

Il progetto offre la possibilità di configurare in modo adattivo i presidi rispetto a:

- bisogni espressi ed emergenti dei territori in cui vengono collocati;
- risorse disponibili, in termini di strutture e disponibilità di spazi, oltre che di personale;
- grado di partecipazione e coinvolgimento (attuale e potenziale) nei processi decisionali di attori esterni quali gli Enti Locali (per realizzare l'integrazione dei servizi sociali), il terzo settore e le comunità di riferimento, per la realizzazione di un presidio della «comunità» inteso anche come luogo di valorizzazione della co-produzione dei servizi.

Lo scopo finale è quello di creare una nuova *governance territoriale* che integri e coordini:

- rete intra-CdC tra professionisti che operano all'interno;
- rete inter-CdC tra presidi hub e spoke;
- rete territoriale che si estende ai servizi ADI, la specialistica ambulatoriale territoriale, gli OdC, le RSA, i consultori, i servizi della salute mentale e della prevenzione;
- rete territoriale integrata con i servizi e le attività ospedaliere attraverso l'implementazione di tutte le funzioni delle Centrali operative territoriali (COT);
- Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.

Inoltre, di estrema importanza sarà il contributo dell'Agenzia:

- definizione ed integrazione dei corretti flussi informativi;
- realizzare dei protocolli operativi di supporto nell'implementazione del modello, nell'individuazione degli indicatori e nello sviluppo di misure per il miglioramento.

8.2.2 Rapporti con Istituto Superiore di Sanità

Per gestire correttamente l'integrazione ospedale territorio e consentire la gestione a domicilio dei pazienti cronici residenti in aree particolarmente disagiate è stata creata una partnership con l'Istituto Superiore di Sanità finalizzata all'implementazione di tecnologie informatiche e della telemedicina nella gestione dei percorsi clinico-organizzativi del paziente cronico al fine di prevenire le riacutizzazioni.

Per la realizzazione di questo intervento sarà necessaria da parte dell'ISS la messa a disposizione di personale esperto con funzioni di facilitatori di progetto, che supportino il personale della ASL di Rieti, nella riconfigurazione e riprogettazione dei servizi offerti e rendere più efficiente il lavoro dei professionisti in modo da consentire, anche se a distanza, la gestione integrata e multidisciplinare del paziente, in modo da ridurre i ricoveri di pazienti cronici dovuti a riacutizzazione della patologia di base.

A tale scopo l'ISS garantirà il supporto metodologico per la creazione di percorsi che consentano l'introduzione di servizi digitali tipo telemonitoraggio, teleconsulto e televisita per assicurare la continuità, qualità ed accessibilità alle cure dei pazienti oltre a limitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Tale progetto consentirà alla ASL di Rieti di:

- agevolare la raccolta e la condivisione delle informazioni sul paziente cronico, dalla diagnosi al monitoraggio;
- facilitare la continuità assistenziale e la gestione della cronicità stessa, rispetto anche all'andamento delle condizioni fisiche, linguistiche e cognitive del paziente;
- intensificare i follow-up e l'aderenza terapeutica proteggendo tempestivamente l'assistito dal rischio complicazioni;

- favorire il coinvolgimento attivo dell'assistito e dei suoi familiari/caregiver, migliorando di fatto la compliance medico/paziente;
- mantenere il paziente a casa riducendo le degenze ospedaliere, assicurandogli anche un opportuno "distanziamento" da eventuali contagi;
- mettere in atto strategie di prevenzione e linee guida personalizzate sul paziente;
- creare un ecosistema digitale che connette le diverse strutture e figure professionali necessarie alla gestione della cronicità attraverso il consulto a distanza.

8.3 I rapporti con gli Enti Locali

8.3.1 La Conferenza Locale per la Sanità

Le istituzioni locali, al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini, concorrono alla definizione degli indirizzi e della programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie, inclusi gli interventi di promozione della salute e prevenzione, attraverso le Conferenze Locali per la Sanità.

Gli articoli 12 e 13 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii., ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3, comma 14, del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii., dettano la disciplina della Conferenza Locale per la Sanità, declinando funzioni e modalità di esercizio della stessa.

In particolare, la Conferenza Locale per la Sanità è istituita in ciascuna delle Aziende Sanitarie Locali ed è composta dai Sindaci dei Comuni compresi nel territorio delle singole Aziende. Per le Aziende il cui territorio è articolato in Municipi, alla Conferenza partecipano il Sindaco e i Presidenti dei Municipi.

La Conferenza Locale per la Sanità ha sede presso la sede della ASL ed è presieduta dal Sindaco del Comune o dal Presidente del Municipio con maggior numero di abitanti.

Nei comprensori sociosanitari nei quali siano compresi più Comuni, circoscrizioni, ovvero Comuni e circoscrizioni in numero superiore a cinque, la Conferenza Locale esercita le proprie funzioni attraverso un Comitato di rappresentanza composto da cinque membri eletti nel suo seno, che ha sede presso la sede della Conferenza Locale ed elegge il proprio presidente a maggioranza dei componenti. Per la validità delle sedute, è richiesta la maggioranza dei componenti, che si esprimono a loro volta a maggioranza.

La Conferenza Locale o il Comitato di rappresentanza svolgono le seguenti funzioni:

- a. definiscono, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica regionale e per l'impostazione programmatica delle attività della ASL;
- b. esaminano il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio dell'ASL e rimettono alla Giunta Regionale le relative osservazioni;
- c. verificano l'andamento generale dell'attività dell'ASL;
- d. contribuiscono alla definizione dei piani programmatici dell'ASL;
- e. trasmettono le proprie valutazioni e i propri suggerimenti al Direttore Generale e alla Giunta Regionale che sono tenuti a fornire entro trenta giorni risposta motivata.

Ai fini dell'esercizio delle suddette funzioni, la Conferenza Locale o il Comitato di rappresentanza, ove costituito, può prendere visione degli atti e dei documenti amministrativi e contabili dell'ASL e chiedere notizie sull'andamento della stessa al Direttore Generale, al Collegio Sindacale e alla Regione.

Il Comitato di rappresentanza della Conferenza Locale informa della propria attività la Conferenza stessa e acquisisce dai sindaci e dai Presidenti dei Municipi le indicazioni dei bisogni sanitari della popolazione.

Per detta finalità, il presidente della Conferenza Locale convoca annualmente un'assemblea di tutti i Sindaci e Presidenti dei Municipi compresi nel territorio dell'ASL. La Conferenza Locale adotta un regolamento per il proprio funzionamento.

Art. 9 – Relazioni con fornitori di beni e servizi

Per garantire il buon funzionamento e la qualità dei servizi sanitari e sociosanitari, l'efficienza dei processi produttivi, l'Azienda favorisce rapporti di scambio e negoziali con i fornitori di beni e servizi improntati ai principi di imparzialità, riservatezza, lealtà, uso riservato delle informazioni ricevute e reciproco rispetto degli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale. Ai fini della razionalizzazione organizzativa, l'Azienda può attivare contratti di esternalizzazione per l'affidamento a terzi della gestione di attività, a seguito di un processo di valutazione strategica ed economica in termini di impatto sulla qualità dei servizi, sull'organizzazione e sui costi aziendali. L'Azienda promuove lo sviluppo di competenze interne come elemento che ne qualifica l'esistenza e ne garantisce l'autonomia nel perseguimento delle finalità, anche al fine di realizzare una adeguata riduzione delle consulenze esterne.

Art. 10 – Responsabilità Sociale e Conferenza Dei Servizi

L'Azienda iscrive il perseguimento della propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di responsabilità nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, essa s'impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere nella produzione e nella distribuzione dei servizi sanitari e sociosanitari condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone. L'Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, attivando forme di partenariato attivo con imprese sociali, cooperative sociali ed associazioni, anche attraverso il ricorso a formule gestionali quali la creazione di associazioni e di fondazioni di partecipazione. L'Azienda collabora attivamente allo sviluppo del capitale sociale sul territorio e alla programmazione partecipata, coinvolgendo organizzazioni di rappresentanza e tutela, volontariato sociale, enti morali e a vocazione sociale, gruppi di interesse locali, organizzazioni sindacali, società professionali e scientifiche, organizzazioni di categoria. L'Azienda annualmente indice la Conferenza dei Servizi al fine di rendere conto dell'andamento dei servizi e del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. Alla Conferenza dei Servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda.

CAPO II -PRINCIPI E CRITERI ATTO AZIENDALE

Art. 11 - Il governo complessivo della ASL

L'ASL di Rieti è parte integrante del SSN e, specificatamente, del SSR della Regione Lazio. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Per svolgere le sue funzioni si avvale dei soggetti accreditati, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino, si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito e rispetto ai vincoli della programmazione regionale e locale. A tal fine individua nella definizione di specifici accordi contrattuali il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti pubblici e privati accreditati.

Art. 12 - Vision e Mission

12.1 Mission

"La nostra missione è di fornire un'assistenza sanitaria integrata e di alta qualità attraverso l'adozione di percorsi di cura ottimizzati. Ci impegniamo a mettere al centro dei nostri sforzi i pazienti, offrendo loro percorsi assistenziali chiari, coordinati e personalizzati che rispondano alle loro esigenze mediche e sociali. Ci concentriamo sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce e sul trattamento efficace delle malattie, promuovendo nel contempo l'empowerment del paziente e la sua partecipazione attiva nel processo decisionale. Attraverso una stretta collaborazione tra professionisti sanitari, l'uso innovativo della tecnologia e un'impostazione basata sulle evidenze scientifiche, ci impegniamo a garantire un'assistenza sicura, tempestiva e centrata sul paziente che migliora la qualità della vita e contribuisce al benessere generale della comunità che serviamo."

12.2 Vision

"Aggiungere valore alla salute della comunità, utilizzando al meglio le risorse pubbliche disponibili e sviluppando reti integrate di persone, competenze, strutture, processi e tecnologie che coinvolgono non soltanto le strutture aziendali, ma anche le altre Aziende sanitarie pubbliche, le strutture e i professionisti convenzionati, le componenti istituzionali e sociali della comunità e i singoli cittadini. Promuovendo la realizzazione di un nuovo assetto che riconosca la connessione fra persone, animali e ambiente, con l'obiettivo finale della prevenzione sul territorio in ambito sanitario, ambientale e climatico. Questo approccio integrato, in linea con One Health, ci consentirà di affrontare in modo olistico le minacce per la salute, garantendo una migliore gestione delle risorse, una maggiore resilienza della comunità e una promozione attiva della salute e del benessere per tutti i membri della società."

L'Azienda si propone quale punto di riferimento unitario, nella rete di offerta regionale, per fornire e gestire risposte integrate ai bisogni di salute e alla domanda di prestazioni e servizi per la popolazione di riferimento. Riconosce quali categorie aggregate di bisogni e domande, in quanto aree strategiche di attività, cui offrire risposte appropriate:

- Acuzie mediche e chirurgiche;
- Cronicità e fragilità;
- Diagnostica e riabilitazione;
- Dipendenze e salute mentale;
- Interventi chirurgici di elezione;
- Emergenze;
- Patologie tempo dipendenti;
- Percorso nascita;
- Prevenzione, screening e educazione alla salute;
- Sanità pubblica e veterinaria.

Ciascuna area strategica di attività trova opportuna declinazione nell'assetto organizzativo dell'Azienda al fine di definirne le politiche di innovazione e sviluppo. In relazione alle caratteristiche della domanda e delle potenzialità dell'offerta interna, l'Azienda:

- organizza le risposte direttamente tramite le proprie strutture o mediante la costruzione di un sistema di relazioni con gli altri attori del SSR;
- garantisce la presa in carico individuale del bisogno rendendosi così garante e responsabile dell'efficacia della risposta e della soddisfazione del bisogno stesso, sia nel breve che nel lungo periodo;
- sostiene l'attuazione di politiche "One Health" per affrontare i rischi sanitari.

12.3 I principi

L'Azienda aderisce pienamente e compiutamente ai principi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) L.833/78:

- dignità della persona umana;
- bisogno di salute;
- equità nell'accesso all'assistenza;
- qualità delle cure e della loro appropriatezza;

I principi guida e i valori fondanti ai quali l'Azienda ispira la propria azione nel perseguimento della *mission* e della *vision* aziendale sono:

- **Centralità del cittadino**, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- **Globalità della copertura assistenziale**, quale garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno;
- **Valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori**: la loro partecipazione alle attività di ricerca e formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro Organizzazioni di Rappresentanza;

- **Perseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA):** per la propria popolazione mediante servizi e prestazioni prodotti direttamente mediante le proprie strutture e/o da altri soggetti pubblici e privati, acquisiti direttamente (funzione di committenza) o indirettamente attraverso la regolazione regionale della mobilità;
- **Leale collaborazione con enti locali e amministrazioni comunali di competenza:** attraverso la promozione di opportune forme di coordinamento ai fini della promozione di attività di interesse della collettività;
- **Innovazione e sviluppo:** attraverso la promozione di una organizzazione dei servizi pensata in un'ottica di processo in grado di attivare percorsi di assistenza e di presa in carico strutturati, coordinati ed integrati con una costante verifica delle attività poste in essere e sviluppare l'innovazione sia nei processi clinico – assistenziali che in quelli organizzativo – gestionali.

12.4 La strategia Aziendale

Le risposte che l'ASL di Rieti garantisce ai propri assistiti, in proprio o in collaborazione con altri soggetti del sistema, sono orientate a erogare valore all'utente, sia nella componente clinico e assistenziale che organizzativa, prioritariamente attraverso un approccio gestionale “per processi”, in grado di integrare le diverse componenti del sistema di offerta.

In particolare, le dimensioni di valore ritenute strategicamente rilevanti per l'Azienda sono:

- **Servizi ripensati in ottica di processo:** implementare una strategia aziendale basata sui processi attraverso l'adozione di un approccio sistematico e coordinato per ottimizzare tutte le operazioni, cliniche e amministrative, al fine di migliorare l'efficienza, la qualità delle cure e la soddisfazione del paziente.
- **Riorganizzazione e consolidamento delle funzioni amministrative e di staff:** attraverso la riprogettazione di processi e procedure propri delle funzioni amministrative trasversali per il raggiungendo di elevati livelli di efficienza e di performance.
- **Tecnologia e Innovazione:** Implementare sistemi informativi che permettano la gestione integrata delle informazioni cliniche e amministrative.
- **Telemedicina e E-Health:** Sfruttare la telemedicina per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e la continuità delle cure.
- **Analisi dei Dati:** Utilizzare l'analisi dei dati per migliorare la gestione delle risorse, personalizzare le cure e prevedere tendenze future.
- **Benessere organizzativo e valorizzazione dei professionisti aziendali:** implementare una strategia per il benessere organizzativo richiede un impegno continuo e una visione olistica che considera tutte le dimensioni del benessere del personale. Un ambiente di lavoro sano e supportivo non solo migliora la soddisfazione e la produttività dei dipendenti, ma anche la qualità delle cure fornite.

12.5 Programmazione Integrata

12.5.1 Integrazione tra setting di offerta, principio di prossimità e personalizzazione

L'integrazione tra setting di offerta, principio di prossimità e personalizzazione delle cure è fondamentale per creare un sistema sanitario che risponda efficacemente alle esigenze dei pazienti, garantendo accessibilità, qualità e continuità delle cure. Nel sistema di offerta dell'ASL, orientato nel medio-lungo periodo ai percorsi di cura e alla medicina di iniziativa, si privilegia l'integrazione tra i vari setting di offerta (ospedale, territorio, ambulatori, ecc.) come fasi del medesimo processo. A tal fine l'Azienda promuove lo sviluppo continuo di percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali e altri strumenti equivalenti per le diverse famiglie di bisogno/domanda che hanno come tratti comuni:

- la presa in carico individuale esplicita, gestita e monitorata;
- la distribuzione delle attività secondo criteri di massimizzazione dell'efficacia e minimizzazione dei disagi per l'utente, valorizzando tutti i punti di offerta sul proprio territorio, secondo il rispettivo potenziale assistenziale.

La strada per l'implementazione di tutti i percorsi di gestione delle diverse famiglie di bisogno è definito progressivamente nell'ambito dei programmi di sviluppo aziendale (piani strategici, ecc.). Il sistema di offerta organizzato, nel rispetto dei percorsi attivati, dei contenuti di valore generati e del principio di integrazione dei vari setting, privilegia il principio di prossimità all'utente e valorizza, in funzione delle caratteristiche del bisogno, gli strumenti di gestione autonoma e in regime domiciliare a supporto delle valutazioni e decisioni dei gestori della presa in carico, in particolare per le fasce di popolazione logisticamente svantaggiate e per i bisogni legati alle cronicità e fragilità. L'assistenza e la presa in carico viene attuata con rispetto degli elementi di bisogno individuali, tutelando le specifiche esigenze individuali, orientando le risposte alla personalizzazione dei vari contenuti delle attività, in funzione delle conoscenze scientifiche disponibili.

12.5.2 Organizzazione per processi clinici e logistici

Dal punto di vista organizzativo l'Azienda si pone l'obiettivo di implementare operativamente i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali e comunque tutte le forme di presa in carico, in ottica di processo operativo, formalizzato, condiviso con il paziente e gestito individualmente per ciascun assistito, attraverso ambiti organizzativi specificamente definiti che costituiscono quindi gli ambiti gestionali direttamente responsabili dell'efficace funzionamento dei processi. Tale organizzazione può coinvolgere uno o più setting ed è incardinata nella struttura organizzativa, sia in ambito ospedaliero che distrettuale.

La presenza di percorsi organizzativi trasversali supportano l'azienda nel superamento della programmazione a silos degli interventi e delle prestazioni.

I percorsi, attualmente presenti, sono:

- Piano Aziendale della Prevenzione;
- Piano Pandemico Aziendale;
- Piano Antimicrobial Stewardship e costituzione del Gruppo Operativo Aziendale di Antimicrobial Stewardship (GOAS);
- Piano Igiene delle mani;

- Percorso nascita e promozione della salute nei primi 1000 giorni e in età infantile;
- Percorso promozione e tutela della salute di adolescenti e giovani adulti;
- Percorso prevenzione e trattamento delle Dipendenze;
- Percorso prevenzione e cura delle patologie croniche in età adulta;
- Percorso chirurgico;
- Percorsi oncologici;
- Percorso malattie rare;
- Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive;
- Rete Tempo-Dipendenti (Rete ictus; Rete trauma grave; Rete emergenza cardiovascolare, etc..)
- Percorso nutrizione preventiva e clinica, sicurezza alimentare e Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA);
- Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting;
- Governo delle Liste di attesa;
- Sovraffollamento del Pronto Soccorso;
- PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale) per la prevenzione e la gestione del tumore della mammella;
- PDTA Scompenso Cardiaco;
- PDTA Diabete;
- PDTA BPCO;
- PDTA Artrite Reumatoide;
- PDTA Allergia Respiratoria Pediatrica;
- PDTA Sclerosi Multipla.

12.5.3 Programmazione integrata e governo clinico

Il Governo clinico viene definito come “il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica” (“A First Class Service: Quality in the new NHS”, 1998)

Le logiche di governo clinico quindi, propongono un approccio integrato che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e che valorizza il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari ed è finalizzato a:

- creare maggiore coerenza e trasparenza, a migliorare la qualità dei servizi;
- garantire alle istituzioni coinvolte un supporto importante per definire priorità e operare scelte di allocazione delle risorse limitate.

Gli strumenti di lavoro di una organizzazione che pone al centro questa “essenza” sono:

- Valutazione critica della letteratura scientifica;
- Accesso a fonti primarie e secondarie di informazione;
- Adozione di metodi espliciti e riproducibili per la definizione di raccomandazioni e linee guida;
- Traduzione delle linee guida in percorsi di cura multidisciplinari;
- Pianificazione di programmi di verifica o di audit clinico;
- Promozione della conoscenza e dell'adozione di modelli di gestione del rischio clinico;

- Conoscenza della disponibilità di risorse e sul loro uso corretto.

Al fine di garantire i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegati metodologie e strumenti quali:

- i PDTA basati su prove di efficacia;
- l'appropriatezza;
- la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti;
- la valutazione sistematica delle performance;
- le attività di audit;
- l'integrazione disciplinare e multiprofessionale;
- la valorizzazione del personale,
- la formazione dei professionisti;
- la comunicazione con gli utenti;
- utilizzo efficace delle risorse.

Per garantire tali attività, l'Azienda si è dotata di un sistema informativo integrato che consente di elaborare delle dashboard con indicatori di processo, consumi e esito (LEA, Nuovo Sistema di Garanzia, PNE, Pre.Val.E.etc...), che permette la valutazione in real time delle performance dei singoli PDTA/CDR in relazione alle aree prioritarie individuate dalla programmazione sanitaria. Periodicamente vengono organizzati Audit con le UU.OO coinvolte per la discussione sulle performance raggiunte e l'individuazione delle azioni di miglioramento.

12.6 Ruolo tecnologia

Nell'ambito dell'evoluzione scientifica e dei modelli di gestione operativa, l'Azienda identifica come prioritario il ruolo delle tecnologie (attrezzature sanitarie, ICT, ecc.) quale amplificatore fondamentale delle potenzialità operative dell'organizzazione. Pertanto:

- si impegna per acquisire e mantenere le migliori tecnologie disponibili in coerenza con le compatibilità strutturali e i fabbisogni delle attività svolte;
- ne promuove la conoscenza interna in ottica di crescita e orientamento all'innovazione operativa e scientifica;
- promuove la diffusione tra gli assistiti delle tecnologie utili alla gestione dei processi di presa in carico.

12.7 Miglioramento continuo

L'ASL orienta il proprio funzionamento al miglioramento continuo, in coerenza con la dinamicità del contesto e dei bisogni. L'obiettivo principale è garantire che i servizi siano erogati in modo efficiente, efficace e centrato sul paziente. Si dota pertanto di metodi e strumenti orientati alla verifica costante del buon funzionamento delle proprie attività e orienta la gestione alla ricerca di nuovi modelli operativi che migliorino l'efficienza, la qualità delle cure e la soddisfazione del paziente attraverso una gestione ottimale delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche.

12.8 Governance e Sostenibilità

L'azione dell'Azienda, attraverso un modello di *governance* che integra la dimensione sanitaria con la dimensione economica, implementando una responsabilizzazione diffusa su tali dimensioni, persegue l'equilibrio economico e la sostenibilità nel medio/lungo periodo, in coerenza con le politiche del SSR e nazionali.

Art. 13 - Gli organi della Asl

13.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo al quale compete la responsabilità della gestione complessiva dell'Azienda, ne ha la rappresentanza legale e nomina i responsabili delle strutture operative secondo i criteri e le modalità stabiliti dagli artt.:3, 3-bis del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii, e dall'art. 11 della L.R. n. 24/2020.

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Si avvale, altresì, del Collegio di Direzione, per le attività di cui all'articolo 17 del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii, e delle strutture collocate in staff alla Direzione Generale. Il Direttore Generale esercita ed è responsabile delle funzioni di programmazione, indirizzo e controllo a valenza aziendale, adotta gli atti corrispondenti e ogni altro atto che possa considerarsi di "alta amministrazione" o di "governo" dell'Azienda.

In particolare provvede:

- alla definizione delle strategie e dei programmi da attuare in relazione agli obiettivi fissati dalla Regione Lazio ed alla missione aziendale, anche negoziando intese di programma con Enti terzi;
- all'adozione di atti a contenuto regolamentare e a valenza generale;
- ad assumere le decisioni di alta organizzazione, compresa l'adozione dell'Atto Aziendale ed i suoi aggiornamenti;
- all'istituzione, modifica o disattivazione delle Strutture Dipartimentali e delle Strutture Complesse, in coerenza con quanto previsto dal PSR o dalle altre disposizioni regionali in materia;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi al piano pluriennale di attività e di quelli relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, alla definizione di programmi e direttive generali per la gestione amministrativa e per l'acquisizione di beni e servizi;
- alla nomina e alla revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario aziendale;
- alla nomina del Collegio Sindacale;
- alla costituzione del Collegio di Direzione;
- alla nomina e alla revoca dei Direttori di Dipartimento;
- all'affidamento e alla revoca degli incarichi dirigenziali;
- all'assegnazione alle strutture delle risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie finalizzate, all'attuazione dei programmi aziendali, nonché all'assegnazione degli obiettivi ai Responsabili delle stesse;
- alla verifica dei risultati di gestione, del raggiungimento degli obiettivi assegnati anche ai fini della retribuzione di risultato, con il supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- alla verifica dell'attività professionale e dell'idoneità all'attribuzione di incarichi, avvalendosi del Collegio Tecnico;
- all'adozione del bilancio economico di previsione, del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio di esercizio;

- agli indirizzi, valutazioni strategiche e decisioni inerenti questioni rilevanti in materia di gestione del patrimonio, ed in particolare di acquisizione, trasformazione ed alienazione di beni immobili, nonché di accettazione di eredità, legati e donazioni;
- alla definizione delle politiche e dei criteri inerenti alla gestione del personale e all'assunzione di atti di indirizzo inerenti alla formazione professionale e manageriale;
- alla definizione di politiche in tema di relazioni sindacali, nei diversi tavoli di trattativa e alla stipula dei contratti integrativi aziendali;
- all'affidamento di specifici incarichi di consulenza, limitatamente alle situazioni in cui le competenze disponibili in Azienda non siano ritenute idonee agli scopi perseguiti;
- all'adozione degli atti formali di tutela in sede giudiziale e di ogni decisione in merito alla promozione e resistenza alle liti, nonché conseguenti al potere di conciliare e transigere in sede giudiziale e stragiudiziale ogni tipo di controversia.

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

Inoltre, il Direttore Generale, con riferimento ad ambiti settoriali di attività ovvero all'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico, può delegare, con proprio provvedimento, l'emanazione di atti di gestione di propria competenza oltre che al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario, anche ai direttori di struttura.

Il sistema delle deleghe e delle attribuzioni dirigenziali rappresenta lo strumento attraverso il quale la Direzione Aziendale, ferma restando la responsabilità della gestione complessiva dell'Azienda spettante al Direttore Generale, affida compiti e responsabilità ai su menzionati direttori per l'attuazione degli obiettivi definiti nei piani programmatici e nel budget aziendale, in attuazione dei principi contenuti nel D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e ss.mm. e ii., concernente la disciplina del pubblico impiego.

Le finalità di tale sistema sono in particolare:

- attuare il principio della distinzione tra le funzioni del Direttore Generale e quelle dei dirigenti;
- responsabilizzare i dirigenti nella gestione aziendale;
- rendere certa e trasparente la gestione;
- rendere l'azione amministrativa più snella, trasparente e tempestiva.

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilire i limiti e la durata della delega stessa.

Il Direttore Generale può in qualsiasi momento revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per il conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato. Il delegante conserva i poteri di avocazione e sostituzione in caso di inerzia, di annullamento e di revoca nelle forme di autotutela previste dall'ordinamento. Il Direttore Generale, e secondo competenza o delega il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, nell'ambito dell'attività di controllo e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, possono annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato, nonché assumere le iniziative consentite dal Codice Civile rispetto agli atti gestionali di diritto privato non validi o non convenienti assunti dai delegati.

13.2 Il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione, di cui all'art. 17 del D.Lgs, n. 502/1992, quale organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero-professionale intramuraria. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale. Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Il Collegio di Direzione è composto da:

- Direttori Sanitario e Amministrativo aziendali;
- Direttore dello Staff di Direzione Aziendale;
- Direttori dei Distretti;
- Direttore della Direzione Medica Ospedaliera;
- Direttori dei Dipartimenti;

In rapporto a specifici argomenti trattati, potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica.

13.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale che lo presiede. Esso si riunisce, di norma, almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza). La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza).

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti. Per le decisioni del Collegio si osservano il criterio della maggioranza dei voti dei presenti. Delle riunioni viene redatto verbale, che verrà inviato via mail e approvato nella suddetta successiva. La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto; pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso. L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute e ai dati trattati.

13.3 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale, ai sensi di quanto disposto dall'art. 22, comma 5, della Legge Regionale 28 giugno 2013 n. 4, è composto da n. 3 (tre) membri da nominare secondo quanto previsto dall'art.13 del "Patto per la Salute per anni 2014-2016".

Detto organo:

- a. verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b. vigila sull'osservanza delle leggi;

- c. accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d. fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede a ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'Atto Aziendale;
- e. riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- f. trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della ASL alla Conferenza dei Sindaci.

Art. 14 - La Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, avvalendosi dello Staff di Direzione e del Collegio di Direzione, esercita il governo strategico dell'azienda.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda; assumono, infatti, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione generale (come previsto dall'art.3, comma 1 quinquies, D.Lgs n. 502/92).

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di loro competenza, su indicazione del Direttore Generale, possono, in via straordinaria e temporanea, assumere o avocare la direzione delle strutture aziendali e, in qualsiasi fase del procedimento, la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza, adottando correlativamente tutti gli atti necessari. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, le loro funzioni possono essere svolte, in via temporanea, rispettivamente da un dirigente sanitario e da un dirigente amministrativo, nominati dal Direttore Generale.

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

La Direzione Aziendale rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione aziendale", intendendo per tali i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi. In particolare, spetta alla Direzione Aziendale:

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

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

14.1 Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3, comma 1 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., è nominato dal Direttore Generale. Esso partecipa al processo di pianificazione strategica concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale.

Il Direttore Sanitario concorre al governo clinico dell'azienda, inteso come qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza tecnica e operativa della produzione di prestazioni, equità dell'accesso ai servizi orientati alla persona o alla collettività.

Coadiuvata la Direzione Strategica per il governo dei servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e dell'appropriatezza, della performance assistenziale e dei

percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione dei risultati, della sperimentazione, della ricerca e della formazione all'aggiornamento delle tecnologie.

Presiede il Consiglio dei Sanitari ed è componente di diritto del Collegio di Direzione.

In particolare, il Direttore Sanitario:

- concorre al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale;
- concorre, con il Direttore Amministrativo, all'elaborazione della pianificazione attuativa locale in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale;
- formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, anche ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei piani di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture organizzative di valenza sanitaria;
- indirizza le strutture sanitarie dell'Azienda, in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa ed igienicosanitaria e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali;
- su indicazione della Direzione generale assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale, avvalendosi delle indicazioni dei Direttori/Responsabili di Distretto e delle proposte elaborate dal Collegio di Direzione;
- promuove l'accesso tempestivo ed appropriato ai servizi e favorisce la continuità dell'assistenza, integrando i percorsi clinico - assistenziali tra l'area territoriale e quella ospedaliera;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente Atto, dai regolamenti aziendali attuativi, ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Dirigente nominato dal Direttore Generale che abbia i requisiti di legge per fare il Direttore Sanitario.

Il Direttore Sanitario deve agire per risolvere eventuali problematiche segnalate dei Direttori di struttura Complessa o Semplice Dipartimentale, per garantire il normale svolgimento delle attività legate alla sicurezza negli ambienti di lavoro previsti del decreto 81/2008.

14.2 Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale, lo coadiuva indirizzando le strutture tecnico-amministrative dell'Azienda, in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali. Inoltre:

- concorre al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale;
- coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico;
- assicura il funzionamento dei servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale;

- definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale;
- stimola lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale;
- promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Dirigente nominato dal Direttore Generale che abbia i requisiti di legge.

Il Direttore Amministrativo deve agire per risolvere eventuali problematiche segnalate dei Direttori di struttura Complessa o Semplice Dipartimentale, per garantire il normale svolgimento delle attività legate alla sicurezza negli ambienti di lavoro previsti del decreto 81/2008.

14.3 Il Direttore dello Staff di Direzione

Il ruolo del Direttore di Staff della Direzione della ASL è cruciale per garantire che le attività aziendali si svolgano in modo efficiente e che gli obiettivi strategici siano raggiunti. Questo ruolo comporta una serie di responsabilità che spaziano dalla gestione operativa alla pianificazione strategica, coordinamento delle risorse e supervisione della qualità delle cure.

Il Direttore dello Staff è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale. In particolare, il Direttore dello Staff di Direzione verifica che siano correttamente gestiti e monitorati i seguenti aspetti:

- **Pianificazione Strategica:** collabora con la Direzione Generale e altri dirigenti per definire gli obiettivi strategici dell'ASL.
- **Esecuzione delle Strategie:** supervisiona l'implementazione delle politiche e delle strategie definite dalla Direzione Aziendale.
- **Monitoraggio dei Progressi:** monitora i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi strategici e proporre aggiustamenti se necessario.
- **Risoluzione dei Problemi:** intervenire e risolvere eventuali problemi operativi che possono sorgere;
- **Gestione delle Relazioni Esterne:** attraverso le relazioni con i principali Stakeholder:
 - **Comunicazione con gli Stakeholder:** mantiene relazioni positive con gli stakeholder, inclusi fornitori, autorità sanitarie, comunità locali e pazienti.
 - **Partnership e Collaborazioni:** sviluppa e gestisce partnership con altre organizzazioni sanitarie, Enti Locali e partner privati.
- **Comunicazione e Trasparenza:** garantisce una comunicazione trasparente e regolare con il personale e gli stakeholder esterni.
- **Innovazione e Sviluppo Tecnologico:** promuove l'adozione di tecnologie di telemedicina e soluzioni di e-health per migliorare l'accesso e la qualità delle cure. Supervisione dell'implementazione e della manutenzione dei sistemi informativi aziendali.
- **Innovazione nei Servizi:** supporta lo sviluppo e l'implementazione di progetti pilota innovativi per migliorare i servizi sanitari.

- **Analisi dei Dati:** utilizza l'analisi dei dati per prendere decisioni informate e migliorare le prestazioni aziendali.
- **Progetti di Miglioramento:** promuove progetti di miglioramento continuo basati su feedback e analisi dei dati.
- **Formazione e Aggiornamento:** Coordina la gestione delle risorse umane, inclusa la formazione, lo sviluppo professionale e il benessere del personale.

La durata dell'incarico di Direttore dello Staff è triennale e rinnovabile, previa verifica positiva. L'incarico può essere revocato dal Direttore Generale con provvedimento motivato ai sensi dell'art. 15-ter, comma 3 del D.lgs 502/92. L'incarico può cessare prima dell'indicata scadenza in caso di cambiamenti per sopravvenute modifiche dell'organizzazione aziendale (scadenza incarico direzione, dimissioni direzione, variazioni organizzative, etc...).

L'indennità economica dell'incarico di Direttore dello Staff di Direzione, considerato il ruolo estremamente strategico è equiparata a quella prevista per il Direttore di Dipartimento.

Le specifiche relative agli incarichi sono contenute nell'apposito Regolamento dei Dipartimenti della ASL di Rieti.

Art. 15 - Gli organismi dell'Azienda

15.1 I Comitati di Dipartimento

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

Componenti del Comitato di Dipartimento sono:

- a. il Direttore del Dipartimento che lo presiede;
- b. i Direttori delle Unità Operative Complesse;
- c. i responsabili delle Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- d. i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza e ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel Dipartimento;
- e. i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del Dipartimento.

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

Il Comitato di Dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico e organizzativo del Dipartimento.

Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi e interventi idonei a ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogni qualvolta debba esprimersi su:

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

Il Dipartimento e le Aree Funzionali rappresentano strumenti per l'innovazione organizzativa e gestionale, attraverso il coordinamento e la gestione integrata di funzioni complesse. In tali articolazioni organizzative si realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali allo scopo di ottimizzare risorse e attività perseguendo obiettivi e finalità comuni in una logica d'integrazione e sviluppo della rete ospedaliera e territoriale.

15.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione è costituito ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e ss.mm.ii., svolge funzioni di controllo ed è composto da tre membri esterni ed ha i seguenti compiti:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti e al Dipartimento della Funzione Pubblica;

- validare la relazione sulla performance e assicurarne la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione;
- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché l'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dal succitato decreto legislativo, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- proporre, sulla base del sistema di misurazione e valutazione della performance, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei suddetti premi;
- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al titolo II del D.Lgs. n. 150/2009 citato;
- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

15.3 Il Comitato Etico

Con la formazione dei Comitati etici interaziendali, stabilita con DGR Lazio 12.6.2013, n. 146 sulla base del D.L. 13.9.2012, n. 158 e del successivo D.M. della Salute 8.2.2013, la ASL di Rieti fa parte del Comitato Etico "Lazio 1" con sede presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

15.4 Il Comitato Unico di Garanzia per la pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri finanziari, il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" di seguito denominato Comitato Unico di Garanzia (CUG). Il Comitato Unico di Garanzia ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda. Il Presidente del Comitato Unico di Garanzia è designato dall'Azienda. Il Comitato Unico di Garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la Consigliera o il Consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Il Comitato Unico di Garanzia disciplina le proprie modalità di funzionamento in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del c. 4, art. 57, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. ed alle apposite indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro, l'Azienda:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.Lgs.165/2001 e ss.mm.ii.;

- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- può proporre il finanziamento di programmi di azioni positive per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle disponibilità di bilancio.

15.5 Altri Organismi

L'Azienda, oltre ai sopracitati organismi, si avvale anche dei seguenti comitati/commissioni:

- Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS);
- Comitato di Budget;
- Comitato di Rappresentanza della Conferenza Locale per la Sanità;
- Comitato per il buon uso del sangue (COBUS);
- Comitato per il Controllo per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza (CCICA);
- Comitato per l'Ospedale-Territorio senza Dolore;
- Comitato Ospedaliero per il Procurement;
- Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate;
- Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica;
- Commissione di Vigilanza sulle Farmacie Convenzionate;
- Commissione Health Technology Assessment (HTA);
- Commissione per il Prontuario Terapeutico Aziendale;
- Commissione Tecnica Farmaceutica Aziendale per la verifica delle ricette trasmesse dalle Farmacie Convenzionate.

Tali organismi:

- promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo;
- promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche e assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

La composizione e il funzionamento di detti organismi sono definiti, nel rispetto dalla normativa nazionale e regionale in materia, da appositi Regolamenti aziendali. L'Azienda può, ove non in contrasto con la normativa e senza che ciò comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale, istituire nuovi organismi qualora essi siano funzionali al perseguimento delle proprie finalità e coerenti con il proprio sviluppo organizzativo.

CAPO III- L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Art. 16 - Principi e criteri

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti ispira la propria organizzazione a criteri di:

- valorizzazione del lavoro per processi;
- orientamento alla flessibilità, all'innovazione e al miglioramento continuo.

L'Azienda, nel rispetto dei principi introdotti dal D.Lgs 229/99 e della normativa nazionale e regionale in materia, si dota di una Struttura Organizzativa basata sul *principio* della chiara ed univoca attribuzione alle unità organizzative delle funzioni, delle risorse strutturali, economiche, tecnologiche e umane disponibili.

Art. 17 – Modello organizzativo Aziendale

Il modello organizzativo aziendale è orientato alla Governance dei processi clinici e logistici. Ciò significa che l'organizzazione gestisce i problemi organizzativi e le linee di attività in maniera multidisciplinare unendo territorio e ospedale con l'ausilio delle comunità di pratica. L'organizzazione aziendale è improntata alla chiara determinazione delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità delle diverse articolazioni aziendali, secondo criteri di differenziazione e di integrazione delle stesse, ai fini del più efficace perseguimento delle finalità istituzionali, della *mission* e degli obiettivi strategici aziendali. Sulla base di questo presupposto e tenendo conto delle indicazioni programmatiche regionali, l'articolazione organizzativa dell'Azienda prevede la individuazione di:

- Macrostrutture gestionali con specifiche responsabilità (Dipartimenti-Distretti-Aree Gestionali);
- Strutture di Coordinamento per aree affini, omogenee o complementari (Aree Funzionali);
- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici di Dipartimento (UOSD);
- Unità Operative Semplici all'interno delle UOC (UOS);
- Incarichi Dirigenziali di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento;
- Incarichi Dirigenziali professionali;
- Incarichi di posizione
- Incarichi di funzione organizzativa/professionale.

I criteri di riferimento nella definizione delle Macrostrutture gestionali individuano entità organizzative le cui strutture sono connotate da:

- una collocazione omogenea nel rapporto con i livelli decisionali strategici;
- una funzione di servizio condivisa nei confronti delle altre macrostrutture;
- una omogeneità nei destinatari delle attività svolte e degli interventi effettuati;
- una tipologia analoga di competenze nella evidente complessità e varietà dei diversi settori disciplinari rappresentati.

Tutte le Macrostrutture, a prescindere dalle specifiche funzioni loro affidate, mantengono con la Direzione Aziendale le relazioni indispensabili alla formazione e alla condivisione degli indirizzi, anche attraverso la presenza nel Collegio di Direzione.

Si confrontano periodicamente con la Direzione, nelle forme definite dai relativi Regolamenti, in merito agli obiettivi generali della Macrostruttura nel suo complesso e definiscono gli obiettivi per ciascuna delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incluse nella Macrostruttura, coerentemente con gli obiettivi strategici aziendali.

17.1 Il Dipartimento

L'Azienda assume l'organizzazione dipartimentale come uno dei modelli di gestione operativa. Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono finalità comuni, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale. Il modello dipartimentale presuppone quindi che le diverse articolazioni organizzative che vi partecipano mettano in comune più fattori che intervengono nella produzione di servizi (spazi fisici, professionisti, tecnologie, beni e servizi ecc.).

Il modello di dipartimento a struttura non esaurisce la necessità di prevedere forti integrazioni funzionali e operative tra dipartimenti e tra UOC afferenti a dipartimenti diversi che possono determinare sul piano organizzativo percorsi assistenziali integrati, al fine di valorizzare al meglio le professionalità e garantire le necessarie interdipendenze (es. percorsi di riabilitazione, per le cure intensive, per l'emergenza cardiologia, per patologia mammaria ecc.) e sinergie tra i servizi (es. percorso per la sala operatoria, per la diagnostica, per la pre-ospedalizzazione ecc.). Per specifiche funzioni di valenza regionale o sovra aziendale e che aggregano strutture appartenenti ad aziende sanitarie diverse che perseguono finalità ed obiettivi comuni di gestione integrata di attività, è altresì possibile assumere, con le necessarie intese e concerti, il modello del Dipartimento Interaziendale.

17.1.1 Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore del Dipartimento è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale fra i dirigenti di Unità Operativa Complessa.

Le principali attività svolte sono:

- proporre alla Direzione Aziendale gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianificare le attività, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordinare le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti e al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verificare la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli della Azienda;
- partecipare alla negoziazione del budget operativo ed economico, ove assegnati, secondo le modalità organizzative aziendali;
- informare il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione, ove prevista;
- gestire il budget di risorse del Dipartimento secondo quanto previsto nel Regolamento;
- garantire l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico, assicurando lo sviluppo delle competenze e l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e verifica della qualità e della sicurezza degli interventi;
- rispondere dei risultati complessivi del Dipartimento.

La durata dell'incarico di Direttore del Dipartimento è triennale e rinnovabile, previa verifica positiva.

L'incarico può essere revocato dal Direttore Generale con provvedimento motivato ai sensi dell'art. 15-ter, comma 3 del D.Lgs 502/92. L'incarico può cessare prima dell'indicata scadenza in caso di cambiamenti per sopravvenute modifiche dell'organizzazione aziendale (scadenza incarico direzione, dimissioni direzione, variazioni organizzative, etc...). Le specifiche relative agli incarichi sono contenute nell'apposito Regolamento dei Dipartimenti della ASL di Rieti.

17.2 L'Area di Coordinamento

Qualora occorra rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi comuni e processi assistenziali o gestionali specifici, è possibile l'istituzione di Aree di Coordinamento che possono avere due diverse connotazioni in relazione alla complessità degli obiettivi/processi affidati:

- **Area Gestionale**, in cui il Responsabile di Area partecipa alla negoziazione degli obiettivi della Macrostruttura nel suo complesso, e gestisce il budget assegnato coordinando attività e risorse affinché l'Area assolva alle proprie funzioni e responsabilità nell'ambito delle strategie e degli indirizzi aziendali.
- **Area Funzionale**, in cui il Responsabile di Area promuove la condivisione degli obiettivi delle Strutture afferenti l'Area e delle risorse attraverso piani e programmi di attività nell'ambito delle strategie e degli indirizzi aziendali.

L'incarico di Coordinatore di Area non prevede una maggiorazione nella retribuzione rispetto a quella percepita come Direttore/Responsabile di UU.OO.

17.3 L'Unità Operativa Complessa (UOC)

Sono Unità Operative Complesse quelle strutture che: assicurano funzioni di produzione di prestazioni o servizi; fanno riferimento a un sistema tecnico riconducibile a discipline normativamente riconosciute; mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo. Sono altresì Unità Operative Complesse le strutture con funzioni di amministrazione/gestione aziendale o supporto tecnico logistico, per settori di attività o ambiti organizzativi riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale, ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare.

Il Direttore di UOC è nominato dal Direttore Generale, secondo le procedure di selezione disciplinate dalla normativa in vigore, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dal Regolamento di Conferimento incarichi.

17.4 L'Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale e Unità Operative Semplici.

L'Unità Operativa Semplice di Dipartimento (UOSD) è dotata di autonomia gestionale e organizzativa, caratterizzata dalla attribuzione di obiettivi e risorse specificamente assegnate nell'ambito degli obiettivi e delle risorse complessivi della Macrostruttura di afferenza.

L'Unità Operativa Semplice (UOS) è caratterizzata dalla afferenza ad una Unità Operativa Complessa. Alle UOS sono assegnati dal Direttore della UOC di afferenza risorse ed obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo della UOC.

Il responsabile della UOS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla UOS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della UOC e alla valutazione individuale, al raggiungimento dei risultati della Macrostruttura di afferenza e degli obiettivi strategici aziendali.

17.4.1 Incarichi di Responsabilità di Unità Operativa Semplice Dipartimentale/Unità Operativa Semplice

Gli incarichi di Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) o Unità Operativa Semplice quale articolazione interna di struttura complessa (UOS) sono conferiti dal Direttore Generale ai dirigenti con le modalità previste dal CCNL Area Sanità, che abbiano superato positivamente la valutazione al termine dei primi cinque anni di servizio svolti nel SSN da parte del relativo Collegio Tecnico nella disciplina inerente l'incarico da ricoprire. Gli incarichi di Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) sono conferiti dal Direttore Generale, a seguito di proposta del Direttore di Dipartimento o di Distretto se esistenti. Gli incarichi di Responsabile di UOS sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore di Struttura Complessa di afferenza (o, in mancanza, del direttore della struttura sovraordinata). Le UOS sono attribuite secondo il Regolamento della graduazione delle funzioni a cui si rimanda.

17.5 Gli Incarichi di Responsabilità di Progetto, Processo, Programma, Incarichi Professionali

Gli incarichi di Alta professionalità sono legati all'attribuzione di responsabilità nella definizione e conduzione di processi, progetti e nelle attività di formazione ed eventuale supervisione di attività operativo – professionali; comportano, altresì, il possesso di rilevanti competenze specialistiche riferibili a particolari attività e/o tecnologie. Tale tipologia di incarico si caratterizza per una alta complessità delle competenze professionali e altissimo rilievo strategico dell'incarico. Gli incarichi di alta professionalità vengono disciplinati da apposito Regolamento Aziendale.

17.6 Responsabilità sulla sicurezza Decreto 81/2008

Tutti i Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale, all'interno della loro autonomia gestionale, hanno la responsabilità di garantire l'invio a visita del personale afferente la propria unità organizzativa, secondo le tempistiche definite dal medico competente ed in generale previste dal Decreto 81/2008. Devono altresì vigilare sul rispetto delle eventuali prescrizioni attribuite al personale dal medico competente. Devono infine segnalare tempestivamente le problematiche inerenti l'esercizio di tali responsabilità al Direttore Amministrativo ed al Direttore Sanitario per competenza.

La delega di funzioni nel contesto della sanità, secondo il D.Lgs. 81/2008, art.16, rappresenta uno strumento fondamentale per la gestione efficace della sicurezza sul lavoro. Il datore di lavoro si impegna a dopo un'attenta pianificazione, al conferimento di deleghe ai dirigenti in posizioni strategiche attraverso una chiara definizione delle responsabilità e un sistema di monitoraggio continuo. Per garantire il rispetto delle normative e la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e consentire al delegato un corretta attuazione delle attività e responsabilità trasferite sarà prevista la formazione dei delegati e la trasparenza nella comunicazione.

Art. 18 - La configurazione organizzativa

La ASL di Rieti, in armonia con la Deliberazione del 2 maggio 2024, n. 310 “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio”, intende ridefinire il suo sistema strutturale ed organizzativo nelle seguenti macro aree, a loro volta articolate per strutture e funzioni. In termini generali, le funzioni di direzione strategica (programmazione, allocazione, committenza e controllo) sono svolte dalla Direzione Aziendale. Nell'esercizio delle proprie funzioni, la Direzione Aziendale è supportata da uno staff composto da strutture operative e da referenti aziendali di specifici sistemi, processi e programmi. Lo schema organizzativo generale dell'Azienda è descritto nella figura 11.

L'organizzazione aziendale è improntata alla chiara determinazione delle funzioni, delle competenze e delle responsabilità delle diverse articolazioni aziendali, secondo criteri di differenziazione e di integrazione delle stesse, ai fini del più efficace perseguimento delle finalità istituzionali, della *mission* e degli obiettivi strategici aziendali.

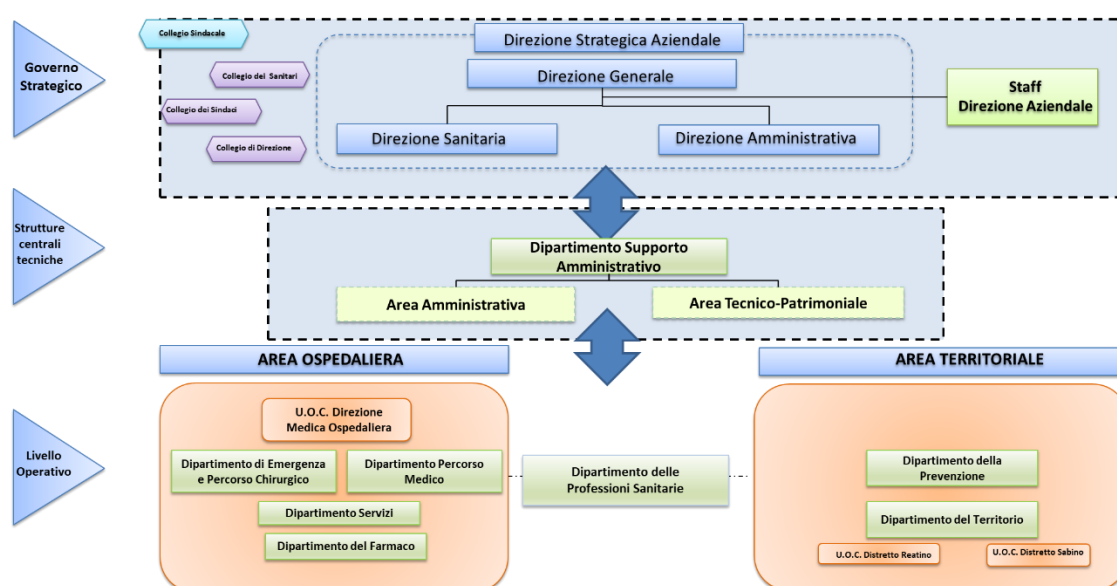


Figura 14: Configurazione Organizzativa ASL di Rieti

I criteri di riferimento nella definizione delle Macrostrutture gestionali individuano entità organizzative le cui strutture sono connotate da:

- una collocazione omogenea nel rapporto con i livelli decisionali strategici;
- una funzione di servizio condivisa nei confronti delle altre macrostrutture;
- una omogeneità nei destinatari delle attività svolte e degli interventi effettuati;
- una tipologia analoga di competenze nella evidente complessità e varietà dei diversi settori disciplinari rappresentati.

Tutte le Macrostrutture, a prescindere dalle specifiche funzioni loro affidate, mantengono con la Direzione Aziendale le relazioni indispensabili alla formazione e alla condivisione degli indirizzi, anche attraverso la presenza nel Collegio di Direzione; si confrontano periodicamente con la Direzione, nelle forme definite dai relativi regolamenti, in merito agli obiettivi generali della Macrostruttura nel suo complesso e definiscono gli obiettivi per ciascuna delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incluse nella Macrostruttura, coerentemente con gli obiettivi strategici aziendali.

Art. 19 - L'Area di Direzione

19.1 Direzione Aziendale e Staff di Direzione

Lo Staff della Direzione Aziendale è articolato in:

- U.O.C Innovazione e Sviluppo;
- U.O.C Operation e Controllo Strategico;
- U.O.S.D. Governo Clinico Statistica Sanitaria e Audit
- U.O.S.D Risk Management e Qualità
- U.O.S Formazione afferente alla UOC Innovazione e Sviluppo.

Inoltre, sono presenti le seguenti funzioni:

- Servizio di Prevenzione e Protezione dei Rischi;
- Medico Competente;
- Fisica Sanitaria;
- Accoglienza, Umanizzazione e URP;
- Rapporti con gli stakeholders (Sindaci, Volontariato, Sindacati);
- Ufficio Stampa e Comunicazione;
- Servizio civile;
- Controllo di Gestione;
- Progetti Aziendali.
- Internal Auditing.

In staff alla direzione sanitaria sono previste:

- U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera;
- U.O.S.D. Gestione della Domanda, Accessibilità dell'Offerta e Alpi;
- La Funzione Coordinamento Psicologia Clinica e di Comunità.

I servizi che fanno parte dello Staff, svolgono attività che si sviluppano sia sul territorio che in ospedale. Rispondono direttamente alla Direzione generale e sviluppano attività trasversali che riguardano tutta l'Azienda.

Art. 20 - La tecnostruttura tecnico amministrativa

20.1 Dipartimento Supporto Amministrativo

Il criterio di aggregazione del Dipartimento Tecnico-Amministrativo è l'orientamento dei prodotti finali ai clienti interni, ovvero l'uniformità del tipo di output, le prestazioni intermedie amministrative e tecniche.

Il Dipartimento è articolato in 2 Aree Gestionali:

- **Area Tecnico Patrimoniale:**
 - U.O.C. Sistema Informatico e Supporto alla Telemedicina
 - U.O.C Tecnico Patrimoniale;
 - U.O.S Ingegneria Clinica afferente alla UOC Tecnico Patrimoniale.
 - U.O.S Gestione Amministrativa afferente alla UOC Tecnico Patrimoniale (ad esaurimento).

- **Area Amministrativa**

- U.O.C Contabilità e Bilancio;
- U.O.C Acquisizione Beni e Servizi;
- U.O.C Affari Generali;
- U.O.S.D Gestione del Personale con la funzione Medicina Convenzionata;
- U.O.S.D Stato Giuridico e Politiche del Personale;
- U.O.S.D Affari Legali;
- U.O.S.D Supporto amministrativo alla Produzione con le funzioni Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione;
- U.O.S. Bilancio e Contabilità Analitica afferente alla UOC Contabilità e Bilancio.

Art. 21 – Dipartimento della Funzione Territoriale

Il governo dell'assistenza territoriale in funzione dell'equità dell'accesso ai servizi e alla presa in carico e alla organizzazione armonica dei processi di assistenza territoriale sarà garantito da un Direttore di Dipartimento della Funzione Territoriale, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- sovrintende alla funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione Aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Il Direttore della Funzione Territoriale, quale Direttore di Dipartimento, è nominato dal Direttore Generale anche, tra i Direttori di Distretto. Il Dipartimento della Funzione Territoriale opera in una logica di rete aziendale assicurando il necessario coordinamento tra tutti i Distretti sociosanitari dell'Azienda e la Direzione Aziendale, al fine di garantire, riguardo all'attività distrettuale, l'uniformità dei processi gestionali e organizzativi, nonché delle corrette prassi amministrative, l'unitarietà dei percorsi clinico-organizzativi e la gestione dei progetti a valenza aziendale. Il Direttore del Dipartimento della Funzione Territoriale, in accordo con le Direzioni delle ASL, lo Staff e l'Area Tecnico Amministrativa della Direzione Aziendale, svolge le funzioni di indirizzo e coordinamento delle Direzioni dei Distretti sociosanitari, fornendo direttive e assicurando il perseguimento degli obiettivi aziendali nelle seguenti aree:

- Coordinamento e Gestione Strutture Territoriali previste dal DM 77/2022 (COT, CDC, ODC)
- Coordinamento dei processi di transizione tra i setting assistenziali;
- Cure primarie e reti per cronicità e fragilità;
- Specialistica ambulatoriale e telemedicina;
- Disabilità e non autosufficienza;
- Promozione della salute e prevenzione;
- Assistenza Domiciliare Integrata – ADI;
- Assistenza integrativa e protesica;
- Integrazione socio – sanitaria;
- Cure Palliative;
- Assistenza agli stranieri l'assistenza alla popolazione detenuta nei Distretti sul cui territorio insiste l'Istituto Penitenziario.

Svolge, inoltre, funzioni propositive a livello aziendale e tecnico-consultive, mediante la definizione dei percorsi assistenziali e la valutazione della loro applicazione e opera, in particolare, per il miglioramento delle attività distrettuali nell'ambito dell'integrazione interprofessionale, dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie, della continuità assistenziale e dell'appropriatezza del ricorso ai servizi sociosanitari.

All'interno del Dipartimento sono previste le seguenti Unità Operative:

- U.O.C. Distretto Reatino;
- U.O.C. Distretto Sabino;
- U.O.C. Consultori Familiari;
- U.O.S.D. Assistenza Sanitaria alla Popolazione Detenuta.
- U.O.S.D Funzione Coordinamento Aziendale Rete delle Cure Palliative;
- Funzione di Assistenza Domiciliare Integrata ADI afferente ai due Distretti.

21.1 Il Direttore del Distretto

Il Direttore di Distretto, dirigente in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e ss.mm.ii. il cui incarico è attribuito ai sensi della normativa vigente, garantisce la funzione direzionale delle attività distrettuali integrando la propria attività con i responsabili delle altre UU.OO.CC. territoriali. Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle Unità Operative Semplici e Complesse e con i dirigenti delle eventuali articolazioni funzionali.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati e assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget con la Direzione Aziendale;
- organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni e organizzazione delle risorse affinché il MMG/PLS svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali, alle articolazioni funzionali e alle AFT/ACP, organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorandone l'implementazione.

Il Direttore di Distretto assume, pertanto, il ruolo di "garante del governo della rete territoriale" in grado di armonizzare molteplici servizi e risorse del territorio, nonché di alimentare e creare, laddove mancanti, le connessioni tra i soggetti (nodi) di una rete, agendo come facilitatore dei processi di integrazione e del raggiungimento degli obiettivi di salute (anche con riferimento alle strutture ospedaliere e del Dipartimento di Prevenzione). Presiede ai processi decisionali rilevanti per i servizi territoriali, con un approccio inclusivo e di condivisione delle responsabilità (Direttore facilitatore) e rappresenta a tutti gli effetti il garante della salute della comunità.

È dunque in grado di:

- analizzare i bisogni (lettura e interpretazione);
- conoscere l'offerta (geografia dei servizi sociosanitari, potenzialità di risposta, conoscenza dei ruoli professionali in un'ottica di community care management team);
- pianificare e programmare i servizi (integrazione dei diversi attori del territorio, istituzionali e non, analisi dei rischi);

- negoziare (obiettivi, budget, contratti di esercizio con la medicina convenzionata);
- gestire le risorse;
- valutare i risultati.

Il Direttore di Distretto può avvalersi (per lo svolgimento delle sue funzioni) di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2, D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio:

- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale,
- un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta
- un rappresentante degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto.

Il Direttore del Distretto supporta altresì la Direzione Aziendale nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della Legge n. 328/2000 ss.mm.ii.

Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, Il comma del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii e per i programmi e azioni definiti a livello regionale dal Piano di Prevenzione.

21.2 Cure primarie, Specialistica ambulatoriale e telemedicina

Le cure primarie sovrintendono alla corretta applicazione della contrattualità relativa alla Medicina Generale, alla Pediatria di libera scelta, alla Continuità assistenziale e ai Medici Specialisti Ambulatoriali Interni. Fungono da raccordo con le attività messe in essere da ARES 118. Attraverso l'Anagrafe Sanitaria, definisce il fabbisogno di MMG e PLS ai fini della predisposizione dei servizi nelle zone carenti e presso le Case della Comunità, e definisce le modalità per la regolare scelta dei MMG e PLS da parte dei pazienti. Partecipa alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica con le articolazioni Aziendali.

Gestisce e monitora le procedure relative all'assistenza Integrativa; alle autorizzazioni per le richieste di rimborsi per ricoveri fuori regione. Verifica inoltre la congruità delle prescrizioni di prestazioni "Cure termali".

21.3 ADI

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta una formula assistenziale che, grazie all'intervento di diverse figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale personalizzato. L'ADI si rivolge a pazienti non autonomi, che necessitano di assistenza multiprofessionale, in condizione di fine vita e/o in dimissione protetta: domiciliarità e residenzialità intervengono a definire piani di intervento individuale in una visione multidimensionale, grazie alla partecipazione di professionisti consapevoli. L'ADI, che mira a migliorare la qualità di vita dell'assistito, costituisce una valida alternativa al ricovero ospedaliero consentendo di:

- rispondere a tutti i livelli di assistenza sanitaria domiciliare con particolare riguardo ai pazienti ad elevata complessità assistenziale;
- implementare forme di presa in carico in grado di favorire la permanenza del paziente nel proprio contesto familiare;
- razionalizzare i ricoveri;
- promuovere l'integrazione socio-sanitaria degli operatori coinvolti.

Il modello organizzativo dell'ADI dell'ASL Di Rieti prevede un'organizzazione che in ogni Distretto sia presente: un'articolazione di Cure Sanitarie Domiciliari che raccoglie le domande che arrivano direttamente dall'utente, dal MMG, dall'ospedale o dal comune. Accanto alle necessità di assistenza infermieristica e riabilitativa, le richieste riguardano: fornitura di ausili e protesi (per l'incontinenza, la prevenzione dei decubiti, la mobilità etc.), di farmaci a domicilio, ossigenoterapia domiciliare, nutrizione enterale, etc.

L'ADI della Asl di Rieti garantisce una presa in carico dei pazienti entro le 24 ore dalla richiesta del Medico di Medicina Generale e consente di effettuare a domicilio numerose prestazioni sanitarie.

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è collegato alla Centrale Operativa Territoriale (COT) attiva dalle ore 8 alle ore 20. La COT permette ai pazienti presi in carico dall'ADI di poter contare sul servizio di ascolto tele-nursing e sul servizio di tele-monitoraggio dei pazienti più fragili, grazie ad appositi kit wireless multi-parametrici avanzati, per il tramite degli Infermieri di Comunità, in supporto ai Medici di Medicina Generale.

21.4II PNRR nella ASL di Rieti: COT, Case della Comunità, infermiere di comunità, UVDm e Ospedali di Comunità

Tra le principali novità dal punto di vista organizzativo territoriale, vi sono le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le COT. Esse vanno inserite nell'ambito dei Percorsi di integrazione Ospedale- Territorio previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (MISSIONE 6) e del nuovo assetto istituzionale e organizzativo territoriale. Questa organizzazione è improntata al rafforzamento dei servizi territoriali tramite il potenziamento delle strutture ausiliari territoriali quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e la promozione dell'assistenza delle cure domiciliari attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali.

21.4.1 Le Centrali Operative Territoriali (COT)

Le 4 COT di Rieti sono distinte in 1 COT-A e 3 COT-D che si occupano rispettivamente della *transitional care* relativa alle strutture di offerta e servizi su scala operativa aziendale (COT-A) e alle strutture di offerta e servizi su scala operativa distrettuale o inter-distrettuale (COT-D). In particolare:

- la COT-A è situata a Rieti e si occupa principalmente della gestione delle transizioni tra strutture di offerta sanitaria diverse, prioritizzando le attività relative alle dimissioni ospedaliere e in presidi della rete ospedaliera regionale;
- le 3 COT-D, situate a Magliano Sabina, Leonessa e Rieti si occuperanno della gestione della rete di prossimità, con particolare attenzione alle dimissioni complesse, organizzando gli accessi in regime ambulatoriale, alle cure intermedie e domiciliari.

Secondo il DM 77/2022 la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in back-office al coordinamento della presa in carico di cronici e pazienti fragili e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

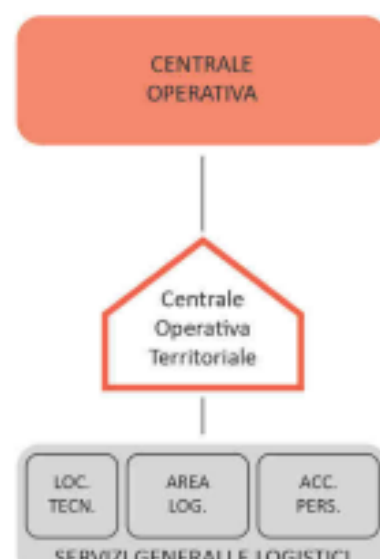


Figura 15: Schematizzazione COT

La COT svolge 3 funzioni principali:

- gestisce le segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti sui casi che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting eventualmente valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno;
- supporta nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile prenotando o attivando direttamente il servizio;
- garantisce il rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi.

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare sia sul lato della domanda che dell'offerta.

Il modello organizzativo della ASL di Rieti presenta degli snodi operativi in cui confluiscono le attività:

- Governance Ospedaliera con istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH);
- Governance territoriale attraverso la presenza di:
 - Centrale Operativa Territoriale a valenza aziendale (COT-A);
 - Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D).

Ogni snodo opera secondo una logica di presa in carico precoce del bisogno assistenziale in tutte le sue espressioni e variazioni.

La COT-A rappresenta l'interfaccia di collegamento nella gestione dei transiti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio, tra AO e ASL) e di quelli in dimissione dai presidi della rete ospedaliera regionale, pubblici e privati, che afferiscono al territorio delle ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel distretto sociosanitario di residenza del paziente.

La COT-A:

- gestisce direttamente l'accesso presso strutture di offerta la cui scala operativa è aziendale: RSA, O.d.C., Hospice, Riabilitazioni, richieste da Presidi Ospedalieri aziendali o da servizi/strutture territoriali.
- Agisce in forte interconnessione con la UVM, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie ed ospedaliere.
- Dialoga con la rete dell'emergenza urgenza ed in generale si occupa di informatizzare ed integrare dal punto di vista informativo le attività distrettuali in ottica di potenziamento della medicina di prossimità.

Le funzioni della COT-D:

- coordina i transiti dei pazienti tra servizi sanitari aziendali territoriali non di ricovero per facilitare il percorso tra setting diversi per gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità e in dimissione dalle strutture di ricovero verso domicilio con cure domiciliari;
- rappresenta l'interfaccia con le omologhe COT-D;
- rappresenta l'interfaccia con la COT-A per le richieste di cambio setting per pazienti in carico alla rete di assistenza territoriale del Distretto di appartenenza;

- rappresenta l'interfaccia con la COT-A per le richieste di rientro in Ospedale per prestazioni programmate per utenti fragili/complessi del Distretto di appartenenza;
- richiede periodicamente l'aggiornamento dell'anagrafe dei Servizi/Strutture presenti sul territorio aziendale, anche per facilitazione dei processi comunicativi;
- riceve richieste di attivazione di servizi distrettuali da PUA, MMG, PLS, CAD, RSA, Hospice, Riabilitazioni, COT-A, TOH, DSM, DPP, Medici Specialisti, Consultori, Ambufest.

Il funzionamento delle COT aziendali e la gestione del passaggio di setting dei pazienti è definito all'interno del documento "Revisione ed adozione modello operativo delle Centrali Operative Territoriali della ASL di Rieti" adottato con delibera n. 322/C.S./2024 che recepisce la DGR 643/22.

21.4.2 UVMD

Per quanto relativo alla UVMD, in ottemperanza a quanto disciplinato dal Decreto del Commissario ad Acta 24 dicembre 2012, n. U00431, "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni.

Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio", è un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare di tipo funzionale a composizione variabile in relazione al bisogno della persona, che ha come obiettivo l'approfondimento valutativo delle situazioni complesse, la definizione del setting assistenziale adeguato e l'elaborazione di un appropriato PAI, compatibile con le risorse disponibili da parte della rete dei servizi esistenti.

La richiesta di attivazione può pervenire da:

- l'interessato/familiare/caregiver/amministratore di sostegno/tutore;
- COT-A/D;
- servizi territoriali ASL (ADI, CSM, Ser.D, TSMREE, Consultorio, Servizio Disabili Adulti);
- Servizio Sociale dei Distretti Sociali, dagli Assistenti Sociali dei Comuni
- Enti interessati e Associazioni coinvolte, dai referenti interessati;
- Ospedale, dal Servizio Sociale Ospedaliero in raccordo con l'Unità di degenza;
- MMG/PLS.

Lo strumento utilizzato per attivare l'UVMD nei casi complessi è la "scheda di attivazione" (sintetica descrizione dei motivi che richiedono la convocazione UVMD) da inviare alla e-mail del PUA distrettuale socio-sanitario di competenza, corredata dal consenso informato e dall'autorizzazione in materia di tutela della privacy dell'interessato. L'attivazione e l'organizzazione delle UVMD è garantita dall'assistente sociale afferente al Distretto sanitario con funzione di care manager in collaborazione con il Coordinatore UVMD, quale responsabile della stessa su delega del Direttore del Distretto. L'assistente sociale care manager svolge attività di raccordo tra gli operatori afferenti alla rete dei servizi coinvolti, connettendo servizi, strutture e reti professionali e per la programmazione, calendarizzazione e convocazione formale tramite e-mail di tutti i componenti individuati attraverso la scheda di attivazione, nonché delle fasi organizzative successive.

L'UVMD ha una struttura a geometria variabile con alcune componenti fisse:

- il Coordinatore UVMD Adulti/Cronicità nella figura di un dirigente medico delegato dal Direttore del Distretto quale responsabile della stessa;

- il Coordinatore UVMD Minori e Famiglie nella figura di un dirigente nell'Area Materno Infantile;
- l'Infermiere del Distretto;
- il MMG o PLS della persona con bisogni complessi;
- l'assistente sociale Distretto / Comune di residenza.

In relazione al bisogno del paziente l'UVMD è integrata da altre figure professionali necessarie per la presa in carico del caso ed afferenti sia ai servizi della ASL (medico, terapista riabilitazione, psicologo, altri specialisti, ecc...) che ai Servizi Sociali del Comune e/o anche di altri Enti/Istituzioni e/o Organizzazioni no-profit del territorio.

Nell'ambito dei percorsi di integrazione ospedale territorio altro punto chiave è l'istituzione della figura di infermiere di famiglia e di comunità.

21.4.3 Case della Comunità

L'Azienda prevede l'utilizzo delle Case della Comunità (CdC) quale struttura territoriale del Servizio Sanitario Regionale, che raccoglie l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale. La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui operano i team multidisciplinari e professionali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute. Costituisce il punto di riferimento continuativo per la comunità, anche attraverso l'utilizzo di un'infrastruttura informatica, e prevede, al suo interno, un servizio dedicato alla raccolta del bisogno da parte del cittadino (PUA) per le valutazioni multidimensionali (UVMD).

Le CdC si rivolgono agli assistiti cronici, fragili, anziani con patologie e condizioni socioassistenziali tali da consentirne la gestione territoriale nonché a tutta la popolazione che necessita di assistenza per l'accesso ai servizi o di prestazioni clinico diagnostico di base.

Nello specifico le CdC saranno caratterizzate da 5 macro-aree, come rappresentato schematicamente in figura 13:

- **Macro-Area della Specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base**, prevalentemente rivolta ai servizi utili alla presa in carico dei cronici e fragili assistiti dai MMG/PLS che afferiscono alla CdC.
- **Macro-Area dell'Assistenza Primaria**, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata e Infermieri di Famiglia e Comunità;
- **Macro-Area della Fragilità e dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità**, che si esplicita attraverso il PUA, l'integrazione di servizi sanitari e socio-sanitari con quelli socio-assistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, e prevede la valorizzazione delle reti sociali.
- **Macro-Area dei Servizi Amministrativi**, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie relative all'accoglienza utenti;

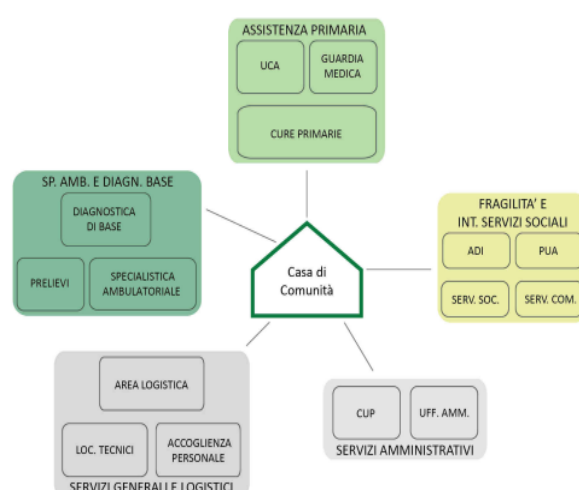


Figura 16: Schematizzazione CdC

- **Macro-Area dei Servizi Generali e Logistici**, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza del personale, aree logistiche e locali tecnici.

21.4.4 Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) sarà la struttura di ricovero che svolgerà una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolgerà prioritariamente al bisogno degli assistiti, con una conduzione infermieristica H24.

Potranno accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, provenienti dal domicilio, dal Pronto Soccorso o da presidi ospedalieri per acuti (dimissione), quando per il paziente non sia possibile tornare immediatamente al domicilio. Come corpus di personale la componente medica sarà assicurata dalla partecipazione della medicina generale, in questo modo gli stessi MMG potranno garantire una continuità di assistenza. Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi sarà il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. L'obiettivo del ricovero presso l'OdC sarà definito già in sede di UVMD e dovrà essere chiaro e formalizzato nel piano di assistenza individuale e condiviso.

Schematicamente gli OdC che per la ASL di Rieti saranno 2 (Passo Corese e Poggio Mirteto) caratterizzati da 2 macro-aree, come rappresentato schematicamente in figura 14:

- Macro-Area Degenza che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione;
- Macro-Area dei Servizi Generali e Logistici, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza, aree logistiche e locali tecnici.



Figura 17: Schematizzazione OdC

21.4.5 Infermiere di Famiglia e di Comunità (Ifec)

La Rete delle Cure Infermieristiche della ASL di Rieti prevede anche la presenza dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Le prestazioni effettuate dagli infermieri presenti riguardano:

- Attività educazionali a domicilio soprattutto a supporto del caregiver;
- Prestazioni infermieristiche a domicilio;

- Counseling;
- Giornate di screening (negli ambulatori infermieristici del territorio e itineranti);
- Tele nursing con il progetto aziendale accorciamo le distanze;
- Progetto igiene delle mani con le giornate di formazione al personale e ai caregiver delle RSA private accreditate presenti sul territorio per sensibilizzare sul tema delle infezioni correlate all'assistenza;
- Formazione per la somministrazione dei farmaci al personale operante in ambiente scolastico sul tema delle patologie croniche consentendo agli studenti affetti da tali patologie una vita scolastica sicura e normale.

21.5 Assistenza integrativa e protesica

L'azienda garantisce l'assistenza protesica e integrativa, inclusa nei Livelli Essenziali di Assistenza e regolamentata dal Decreto Ministeriale n. 332 del 1999 e ss.mm.ii., attraverso l'erogazione agli aventi diritto di presidi sanitari quali protesi e ausili dettagliatamente elencati in apposito Nomenclatore Tariffario. La porta d'accesso al sistema è rappresentata dal PUA (Punto Unico di Accesso), che accoglie ed ascolta le esigenze dell'assistito, offre risposte assistenziali personalizzate e proporzionali all'intensità di cura.

21.6 Assistenza sanitaria alla popolazione detenuta

Alla gestione della salute in carcere è affidato il compito della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in carcere, considerando la situazione limitativa imposta la paziente al fine di assicurare i necessari indici di salute in maniera compatibile con la sicurezza della struttura e il rispetto del paziente detenuto.

Nel territorio dell'ASL di Rieti insiste la Casa Circondariale di Rieti, di competenza del Distretto Reatino all'interno del quale si assicurano le seguenti prestazioni:

- visite mediche ambulatoriali con cadenza quotidiana o secondo programmazione;
- visite mediche erogate attraverso lo strumento della Telemedicina;
- prescrizione dei farmaci;
- approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio;
- consulenza psicologica;
- valutazione delle proposte di ricovero in ospedale o in altre strutture sanitarie oltre al consulto con gli specialisti;
- erogazione delle certificazioni obbligatorie per legge.

Le visite sono programmate sia a richiesta del detenuto che dal personale sanitario e vengono effettuate quotidianamente secondo orari stabiliti e attraverso strumenti di telemedicina. All'interno dell'istituto è garantita la continuità assistenziale, con un medico referente, l'assistenza infermieristica e il servizio di urgenza clinica H 24, oltreché l'assistenza con più specialisti.

22 “Integrazione Ospedale – Territorio”

In questi ultimi anni i sistemi sanitari regionali sono stati interessati da un lento e progressivo processo di rimodulazione dei propri modelli organizzativi, caratterizzati da un lato da azioni finalizzate al potenziamento del ruolo e delle funzioni delle strutture territoriali e dall'altro alla rimodulazione della rete ospedaliera, intesa quale presenza sul territorio di poche e qualificate strutture, ad alto contenuto professionale, tecnologico e strutturale in grado di erogare prestazioni di elevata efficacia in condizioni di massima sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori.

In questa fase di forte cambiamento, l'ospedale e il territorio di riferimento hanno iniziato a implementare e sviluppare specifici percorsi diagnostico - terapeutici integrati e multidisciplinari, che hanno determinato di fatto un miglioramento della risposta sanitaria alla domanda di salute della popolazione.

In altri termini sono state definite modalità comuni e condivise di presa in carico del paziente, nelle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, definendo in ogni ambito il ruolo ed i compiti dei diversi attori coinvolti (medico di medicina generale, operatori del territorio, specialisti distrettuali e ospedalieri).

In tale contesto l'ASL di Rieti ha condiviso e avviato percorsi di integrazione ospedale territorio su specifiche aree di rilevanza nella gestione del percorso paziente.

In particolare, sono presenti i seguenti progetti:

- gestione integrata del percorso materno infantile;
- gestione integrata delle cure palliative e Hospice;
- gestione integrata dei trattamenti riabilitativi;
- PDTA della cronicità.

Ciascun percorso assistenziale si sviluppa sia lungo la dimensione orizzontale (con la visione tipica di processo) che sulla dimensione verticale (tipicamente gestionale) per garantire un'appropriata offerta territoriale agli utenti.

22.1 Gestione integrata ospedale territorio del percorso materno infantile

Il percorso di integrazione H-T del materno infantile è finalizzato alla tutela della salute della donna e del soggetto in età evolutiva dal periodo prenatale all'adolescenza nelle diverse fasi di vita, inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva. L'integrazione indirizza le proprie azioni verso il miglioramento della qualità degli interventi, garantendone l'appropriatezza, l'interdisciplinarietà e la continuità, nella logica anche dell'integrazione socio-sanitaria.

Gli ambiti di azione del percorso di integrazione H-T del Materno Infantile sono:

- assistenza alla coppia nella pianificazione familiare;
- assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio;
- assistenza al neonato sano e patologico;
- promozione e tutela della salute del bambino;
- promozione e tutela della salute dell'adolescente;
- assistenza al bambino con bisogni particolari e malattie croniche;
- riabilitazione dei minori;
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'infanzia ed alla donna.

Al percorso fanno capo:

- **UOC Consultori Familiari** presso cui operano équipe formate da ginecologi (ospedalieri e territoriali), psicologi, ostetrici, assistenti sociali e infermieri, essi erogano prestazioni per la salute della donna e della famiglia.
- **UOC Pediatria e Neonatologia:** svolge le ordinarie funzioni di diagnosi e cura proprie della disciplina di riferimento. Al suo interno opera una struttura semplice di neonatologia.
- **UOC Ostetricia e Ginecologia:** svolge le ordinarie funzioni di diagnosi e cura proprie della disciplina di riferimento. La struttura semplice dipartimentale di Ostetricia gestisce il Punto Nascita aziendale

attualmente attivo, l'ambulatorio per le donne in gravidanza a basso rischio ostetrico e svolge le ordinarie funzioni di diagnosi e cura proprie della disciplina di riferimento.

- **UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:** questa struttura in collaborazione e integrazione con gli altri servizi sanitari dell'ASL, i servizi sociali, il volontariato e le famiglie agli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche e/o neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza – da 0 a 18 anni – e dei disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione – psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale. Per le situazioni di disabilità complesse la presa in carico viene effettuata previa valutazione del caso da parte dell'U.M.V.D. La struttura gestisce con la collaborazione del Dipartimento della Salute Mentale le attività dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA).

Di seguito si elencano le azioni di integrazione e raccordo tra le attività dell'area materno infantile:

- collegamento fra screening per la prevenzione del cervico-carcinoma di 1° livello consultoriale e screening di 2° livello ospedaliero definendo il percorso di cura integrato delle pazienti prese in carico;
- strutturazione del corso di accompagnamento alla nascita (CAN) unico per tutta la ASL (Ospedale e Territorio), anche grazie al fattivo coinvolgimento dei pediatri di libera scelta di Rieti e provincia;
- procedura Ospedale-Territorio rivolta ai servizi consultoriali per la prevenzione e cura della depressione puerperale - anche in integrazione con il DSM - e la sua gestione anche a domicilio attraverso sistemi di telemedicina;
- procedura Ospedale-Territorio per le IVG che disciplina il percorso della paziente che richiede la interruzione di gravidanza dal suo primo ingresso presso il Consultorio familiare fino all'ospedale e alla gestione post-dimissione;
- istituzione dell'attività di Home-Visiting, che prevede una assistenza domiciliare da parte delle ostetriche del Consultorio – eventualmente anche in telemedicina – che si è rivelata particolarmente utile nelle puerpere e in quelle pazienti dimesse in regime di dimissione protetta;
- attivazione del "Percorso Salute Donna" per la presa in carico delle donne in menopausa dal punto di vista clinico-diagnostico e della prevenzione delle fratture ossee;
- attivazione dell'Ambulatorio a Basso Rischio Ostetrico presso il Consultorio di Rieti, svolto da Ostetriche ospedaliere;
- spazio "Mi nutro di Vita" dedicato ai neogenitori ed al neonato dopo la dimissione dall'Ospedale, frutto dell'integrazione Ospedale-Territorio;
- screening cardiologico per il QT lungo offerto a tutti i nuovi nati, grazie alla collaborazione con la UOC Medicina;
- implementazione di numerose tipologie di ambulatori specialistici (auxologico, cardiologico, oftalmologico, fisiatrico) nonché di un ambulatorio infermieristico in ambito pediatrico territoriale in integrazione e continuità assistenziale con l'attività dei Pediatri di libera scelta di Rieti e Provincia, la sostituzione dei PLS da parte dei Pediatri del Consultorio di Rieti nelle sedi cosiddette carenti.

22.2 U.O.S.D. Funzione Coordinamento Aziendale Rete delle Cure Palliative

La U.O.S.D. gestisce ed integra tutte le attività di cure palliative erogate in un ambito aziendale, attraverso tre setting assistenziali:

- Cure Palliative in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori;
- Cure Palliative Domiciliari di base e specialistiche, che garantiscono anche l'assistenza nelle Residenze per anziani;
- le Cure Palliative in Hospice.

Le principali attività sono:

- garantire l'accoglienza, la valutazione dei bisogni e l'eventuale avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del setting assistenziale appropriato;
- garantire la continuità delle cure palliative attraverso l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in hospice e l'assistenza domiciliare di base e specialistica;
- attivare il monitoraggio della qualità delle cure attraverso l'analisi dei flussi informativi e degli indicatori ministeriali, verifica il rispetto, da parte dei soggetti erogatori di cure palliative operanti nella rete, dei criteri e degli indicatori previsti dalla normativa vigente;
- effettuare il monitoraggio quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate, verificandone anche gli esiti ed i relativi costi;
- promuovere ed attuare programmi di formazione continua rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete, attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali. Tale formazione si svolge preferenzialmente attraverso progetti di audit clinico e di formazione sul campo.

Inoltre, l'Organizzazione aziendale della Rete prevede l'istituzione di un coordinamento con le seguenti funzioni:

- tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- attivazione di un sistema integrato (rete) di erogazione di cure palliative domiciliari, in Hospice, nelle strutture residenziali e ospedaliere, aziendale e interaziendale;
- definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative;
- promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate;
- monitoraggio delle prestazioni, residenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete di cure palliative, inclusi gli standard di cui al Decreto Ministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007;
- attivazione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con il disposto dell'art. 8 della Legge 38/2010 e d' interventi di informazione ai cittadini.

Il Coordinamento adotta specifici protocolli operativi tra MMG, ADI, UCP di base e specialistica e Hospice, al fine di garantire la continuità tra l'assistenza domiciliare di base e quella specialistica, nonché con quella residenziale e ospedaliera. Inoltre garantisce la corretta gestione delle liste di attesa, anche attraverso accordi interaziendali nel rispetto della libera scelta del cittadino, per favorire l'accessibilità in tempi rapidi alle cure.

Compito specifico del Coordinamento locale, inoltre, è la trasmissione ai competenti uffici regionali dei provvedimenti formali di attivazione e di funzionamento della rete locale. Il Coordinamento aziendale, in base a DCA U00360 del 2016, è stato costituito con Delibera n 401/2022 del 22/04/2022 ha la seguente composizione:

- Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato;
- Referente della U.O.S.D Funzione Coordinamento Aziendale Rete delle Cure Palliative;
- Referente per le attività della U.O.S.D. Hospice e Cure Simultanee a valenza Ospedale/Territorio;
- Direttore U.O.C. Oncologia Medica;
- Direttore U.O.C. Distretto 1 Reatino;
- Direttore U.O.C. Distretto 2 Sabino;
- Referente Aziendale Hospice;
- Referente per Area Ospedaliera;
- Referente per Area Farmaco;
- Responsabile Assistenza Domiciliare –ADI;
- Incarico di Organizzazione Area Assistenza Infermieristica di Comunità;
- Referenti per la Medicina Generale per il Distretto 1 e per il Distretto 2;
- Responsabile U.O.S.D. Risk Management e Qualità;

I nodi della Rete:

- Ospedale San Camillo De Lellis (Rieti);
- Distretto 1;
- Distretto 2;
- Assistenza Residenziale presso l'Hospice San Francesco;
- Assistenza Domiciliare;
- UCP Specialistiche domiciliari dell'Hospice San Francesco;
- Ambulatorio Cure Palliative presso l'Hospice San Francesco;
- Assistenza Farmaceutica;
- RSA attraverso i Medici di Medicina Generale;
- Assistenza Primaria (MMG)

Inoltre, dal 2023 la rete locale delle cure palliative della ASL è stata ufficialmente accreditata dalla Regione Lazio.

22.2.1 Presidio Ospedaliero “San Camillo De Lellis”.

Le cure palliative in ospedale sono caratterizzate da:

- consulenza palliativa con specifica competenza ed esperienza come indicato nella Intesa del 10 luglio 2014;
- ospedalizzazione in regime diurno per specifiche prestazioni con finalità palliative;
- attività ambulatoriale di Cure Palliative;
- presenza del palliativista nei percorsi di patologia d'organo.

La Consulenza palliativa, richiesta dallo specialista di riferimento, viene espletata dal medico specialista in Medicina e Cure Palliative e fornisce un supporto specialistico ai malati e alle loro famiglie. Inoltre, nel corso della consulenza, insieme allo specialista richiedente, la famiglia ed il paziente, valuta l'appropriatezza della richiesta ed il setting più adatto.

L'Ospedale garantisce specifici percorsi di cura al fine di assicurare l'erogazione, anche attraverso l'ospedalizzazione, di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili né a domicilio né in Hospice (Radioterapia Palliativa, Posizionamento accessi venosi, Terapia del dolore, Visita Specialistica, etc.). Le richieste vengono effettuate dal Medico Palliativista in accordo con lo specialista di riferimento.

Per garantire la continuità assistenziale, l'Unità Operativa ospedaliera utilizzerà gli strumenti previsti per la presa in carico da parte della RLCP, informando il MMG per la programmazione della dimissione e/o attivando direttamente i Servizi di cure palliative mediante la compilazione del "Modulo di richiesta di attivazione della rete locale cure palliative".

Inoltre, per potenziare l'integrazione con l'Ospedale, la ASL di Rieti ha implementato il modello di assistenza che integra le attività di cure palliative offerte dall'Hospice San Francesco, con le innovative risorse tecnologiche a disposizione dell'Unità Operativa di Radioterapia del Presidio ospedaliero di Rieti. Infatti, per i pazienti fortemente sintomatici, ricoverati sia in Hospice che in cura presso il proprio domicilio, il medico palliativista o il Medico di Medicina Generale può proporre un consulto rapido e senza attesa presso la struttura di Radioterapia del Presidio Ospedaliero di Rieti.

22.2.2 RSA

Nelle RSA private accreditate sono garantite le cure palliative di base e specialistiche.

Il MMG può richiedere consulenza di Medicina Palliativa sia tramite televisita che tramite teleconsulto o, in alternativa, con visita in presenza. Il Medico Palliativista effettua consulenza insieme all'infermiere e lascia traccia di tale visita aprendo una cartella clinica Ambulatoriale. Qualora si ravvisino le condizioni per cui il paziente necessita di cure palliative specialistiche il MMG insieme all'UCP domiciliare valuterà il luogo più idoneo dove seguire il paziente (RSA oppure ricovero in Hospice).

22.2.3 Assistenza Primaria/MMG

Il Percorso assistenziale all'interno della RLCP non può prescindere dalla identificazione precoce dei malati con patologie croniche in fase avanzata e con bisogni di CP. I MMG svolgono un ruolo strategico in questo contesto ad essi infatti è assegnato il compito di identificare e raccogliere i bisogni di Cure Palliative nel momento in cui si manifestano.

22.2.4 I Servizi di cure palliative

I Servizi di cure palliative sono forniti dall'Hospice con sede presso l'Hospice San Francesco e sono:

- Ricovero presso l'Hospice San Francesco;
- Assistenza domiciliare;
- Ambulatorio Cure Palliative.

L'Hospice San Francesco è una struttura con 10 posti letto in regime di ricovero residenziale. In Hospice non ci sono limitazioni al numero ed all'età dei visitatori nel rispetto dei pazienti e tenendo conto dell'attività degli operatori. L'assistenza Sanitaria medico-infermieristica è assicurata 24 ore su 24.

Le Cure Palliative Specialistiche nella RLCP sono fornite dall'UCP domiciliare dell'Hospice San Francesco che ha attivi 40 posti letto a domicilio distribuiti su tutto il territorio della Provincia di Rieti.

L'assistenza domiciliare è erogata presso il domicilio del paziente e consente alla famiglia, opportunamente guidata e sostenuta dall'equipe multidisciplinare, di prendersi cura del malato e rendere l'abitazione del paziente luogo ideale e privilegiato per le cure palliative.

Nell'ambito della continuità assistenziale, in accordo con il paziente, è possibile effettuare un ricovero in Hospice residenziale, per offrire sollievo alla famiglia.

Il ricovero in Hospice Residenziale può avvenire anche nel caso in cui non vi siano più le condizioni di sostegno da parte del nucleo familiare.

L'Ambulatorio di Cure Palliative, perfettamente inserito nella rete locale di cure palliative, è in grado di offrire:

- Consulenze, anche telefoniche, ai medici ospedalieri e MMG che ne fanno richiesta, relativamente alle procedure di gestione del paziente in fase avanzata di malattia e con ridotta aspettativa di vita;
- Prime visite ambulatoriali per valutazione clinica ed impostazione del trattamento di supporto e/o palliativo;
- Visite di follow-up allo scopo di garantire la continuità assistenziale e le eventuali modifiche dell'iter terapeutico alla luce delle possibili evoluzioni del quadro clinico del paziente;
- Controlli programmati di continuità assistenziale e di modifica dell'iter terapeutico in base alle possibili evoluzioni del quadro clinico del paziente;
- Attivazione, controllo e sospensione di Piani di Assistenza individuale (PAI), per i malati da arruolare o già arruolati nel programma di assistenza in Hospice domiciliare;
- Terapie infusionali di supporto per pazienti in corso di trattamento attivo.

22.2.5 Modalità di accesso al servizio

La segnalazione del paziente che necessita di cure palliative può avvenire dai Medici di medicina generale, medici ospedalieri, medici di altre strutture operanti nel territorio, ma anche familiari, servizi sociali ecc.

In tale contesto, la Centrale Operativa Territoriale a valenza Aziendale (COT-A) funge da collegamento tra le strutture pubbliche o private accreditate e le strutture Aziendali ospedaliere e territoriali, con l'obiettivo di garantire un indirizzo e un accompagnamento facilitato e appropriato nel percorso di cure e assistenza la segnalazione è sempre accompagnata dal Modulo Unico di Presa in Carico debitamente compilato in ogni sua parte e recante firma e timbro del Medico richiedente. La richiesta viene esaminata dalla UVCP (unità valutativa presente in hospice) che ha il compito di esaminare le richieste di presa in carico ed esprimere o meno parere di idoneità: il paziente ritenuto idoneo verrà quindi inserito in lista di attesa (residenziale o domiciliare).

22.3 Medicina riabilitativa

La Medicina riabilitativa costituisce un importante strumento di risposta di bisogno di sanità, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini/utenti. Attraverso l'attività di riabilitazione si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua situazione.

La Medicina riabilitativa è costituita da più aree funzionali dislocate in diverse sedi:

- un'area funzionale dedicata ai setting e ai trattamenti nei reparti ospedalieri;
- una seconda area funzionale Territoriale destinata a:
 - trattamenti e alle visite ambulatoriali su tutti i Distretti sanitari con una offerta capillare sul territorio di servizi riabilitativi ex art. 48 Legge 833/1978;
 - visite e valutazioni domiciliari (ADI);
 - Protesica (visite e valutazioni domiciliari e ambulatoriali).
- il Centro di Riabilitazione ex art. 26 Legge 833/1978 di Poggio Mirteto (Distretto Sabino) con 50 p.l. accreditati.

Al momento le attività territoriali sono assicurate da Specialisti Ambulatoriali e SUMAI, per ovviare alla precarietà di tale situazione la nuova organizzazione ha previsto l'erogazione la presenza all'interno del Dipartimento del Percorso medico della UOC Medicina Fisica e Riabilitativa a cui afferisce la U.O.S. Riabilitazione Territoriale in modo da poter gestire in forma integrata e in continuum l'attività ospedaliera, ambulatoriale e territoriale per promuovere la presa in carico dalla fase acuta a quella cronica. In questo modo si assicura la gestione condivisa delle attività presenti attraverso la presa in carico del paziente (centralità dell'utente) facilitandone l'accesso ai servizi sanitari/assistenziali, garantendo i livelli essenziali di assistenza e l'applicazione delle linee guida comuni tra i diversi setting, valorizzando la partecipazione attiva della persona e della famiglia in una logica continuità delle cure e finalizzando le azioni al reinserimento al domicilio o il territorio nella condizione più avanzata di qualità di vita.

22.4 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali: percorsi integrati di cura

IL PDTA è il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche e costituisce il fulcro logistico e temporale per l'esito positivo del processo di cura.

Nella ASL di Rieti sono attualmente attivi i seguenti PDTA:

- PDTA per la gestione del paziente con diagnosi duale PDTA 110/8/2023 Rv.0 del 18.12.2023;
- PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Apnee Ostruttive nel Sonno in Età Evolutiva 110/7/2023 Rv.0 del 15.12.2023;
- PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Apnee Ostruttive nel Sonno in Età Adulta 110/5/2023 Rv.0 del 11.12.2023;
- PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Paziente affetto da "TRAUMA GRAVE e NEUROTRAUMA" 110/3/2023 Rv.0 del 10.10.2023;
- PDTA percorso diagnostico terapeutico assistenziale aziendale per le persone con DEMENZA 110/4/2023 Rv.0 del 29.11.2023;
- PDTA Disturbi Mentali Gravi 110/6/2023 Rv.0 del 14.12.2023;
- PDTA per la prevenzione e gestione del tumore alla mammella 110/2/2023 Rv.0 del 02.05.2023;
- PDTA del paziente affetto da ictus ischemico 110/3/2023 Rv.0 del 15.12.2023;
- PDTA del diabete 110/2/2022 Rev.1 del 15.09.2022,
- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo della disfagia orofaringea (PDTAR) 110/1/2024 Rv.0 del 01.02.2024;
- PDTA Artrite Reumatoide;

- PDTA Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rev.1 2019;
- PDTA Scompenso cardiaco rev.1 2019.



Figura 18: Descrizione grafica PDTA

Dal punto di vista clinico, l'implementazione del modello organizzativo di presa in carico e governance di pazienti affetti da patologie croniche ha come primo obiettivo di outcome, quello della determinazione di una corretta diagnosi ma anche, parallelamente, di avviare precocemente la più appropriata terapia in piena sicurezza. I pazienti hanno la garanzia di una presa in carico tempestiva, integrata ed efficiente potendo contare su professionisti qualificati, sia per competenze scientifiche, sia per capacità di instaurare un proficuo rapporto umano con i pazienti. Il focus sulla centralità del utente: sono state ulteriormente stimulate le componenti professionali a lavorare in modo integrato e perseguire obiettivi comuni di miglioramento dell'esperienza dell'assistito all'interno del percorso di cura. Tale integrazione è sia interna all'Azienda, ma è presente una fortissima integrazione con tutte le componenti del territorio dal MMG/PLS/SAI alle associazioni di volontariato ai servizi sociali dei Comuni del territorio.

L'evoluzione dei PDTA in accordo le indicazioni nazionali e regionali seguirà le seguenti 3 dimensioni:

- **dimensione clinica:** l'erogazione delle prestazioni sarà sempre più centrata sui reali bisogni di salute della popolazione (dati Dipartimento Epidemiologico della Regione Lazio) come da DM 77/2022, in linea con i principi del *Population Health Management*, dovrà occuparsi di prevenzione delle patologie maggiormente rappresentate sul territorio di riferimento e attraverso programmi di promozione della salute e soprattutto di fornire risposte olistiche ai pazienti affetti da due o più patologie croniche senza frammentare il percorso di cura;
- **dimensione organizzativa,** correlata all'apertura delle Case della Comunità e quindi legata alla nuova presa in carico del paziente, in ottica di sempre maggior integrazione con tutti gli attori presenti sul territorio dall'associazionismo ai servizi sociali dei comuni;
- **dimensione tecnologica,** correlata a tutte le potenzialità che la sempre maggior digitalizzazione può fornire. Di conseguenza verrà incrementato l'utilizzo dei servizi già presenti (applicativi condivisi con MMG, etc...) che faciliti ulteriormente la collaborazione tra gli attori e – se del caso – l'esecuzione di attività a distanza (es. telemedicina) di visite mediche.

Il tutto per consentire una visione moderna, sistemica ed olistica, per mettere esplicitamente in relazione (nell'ambito di ogni PDTA e attraverso i diversi PDTA) i bisogni di cambiamento dal punto di vista clinico e organizzativo con le soluzioni tecnologiche disponibili e con i criteri di misurazione basati sul valore.

Art. 22 Dipartimento delle professioni sanitarie

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie è di tipo tecnico professionale e ha il compito di fornire indirizzo, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione e di supporto sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare. Consente lo svolgimento del lavoro di tutte le strutture sanitarie definendo la dotazione organica ed assegnando il personale necessario. Sostiene ed integra il rapporto tra i professionisti delle professioni sanitarie ad efficientare i processi per rendere sinergico ed ottimale l'andamento dei processi, agendo in maniera integrata al fine di garantire un elevato standard di assistenza sanitaria.

In concorso con la Direzione Sanitaria assicura il governo e lo sviluppo dei processi assistenziali nell'ambito proprio delle professioni sanitarie, con particolare riferimento all'attribuzione e al dimensionamento delle risorse umane presso le diverse UU.OO, allo sviluppo di nuovi modelli, alla continuità assistenziale, alla valutazione dei risultati, allo sviluppo di carriera delle risorse professionali, alla formazione e alla ricerca.

Al suo interno son previste:

- UOC Infermieristica Ospedaliera;
- UOC Tecnici Sanitari e della Prevenzione e Professioni Riabilitative e Sociali;
- UOSD Infermieristica Territoriale.

Art. 23 Il Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche

Nell'ambito dell'area dell'assistenza territoriale trovano collocazione le articolazioni organizzative del Dipartimento della salute mentale. Il DSM è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione e tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, dei disturbi e della disabilità psichiatrica.

Garantisce l'assistenza sia direttamente con Strutture Territoriali ed Ospedaliere e sia attraverso strutture accreditate, intra ed extra regione.

Il Dipartimento è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile, ed è articolato in n. 5 strutture:

- U.O.C Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) e Psichiatria Territoriale;
- U.O.C. Patologia da Dipendenze;
- U.O.C Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza;
- U.O.S.D. Strutture riabilitative Salute Mentale e REMS
- U.O.S. Attività terapeutiche riabilitative per i disturbi da uso di sostanze e nuove dipendenze afferente alla U.O.C. Patologia da Dipendenze.

Tutte le attività di competenza del dipartimento sono gestite sia dal punto di vista operativo (organizzazione e gestione del personale e delle attività) che manageriale dal Direttore di Dipartimento e a cascata dai direttori/responsabili di struttura.

Art. 24 – Dipartimento di Prevenzione

L'area prevenzione collettiva e sanità pubblica include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi ambientali, legati alle condizioni di lavoro e correlati agli stili di vita. Promuove (anche mediante iniziative coordinate con le altre aree) le azioni volte ad individuare e rimuovere

le cause di nocività e di malattia di origine animale, ambientale e umana.

Il Dipartimento della Prevenzione aziendale ha come *mission* quella di garantire la tutela della salute collettiva, attraverso azioni di: analisi epidemiologica e gestione del rischio di popolazione; promozione della salute; prevenzione delle malattie e delle disabilità; miglioramento della qualità della vita; vigilanza e controllo sulla salute pubblica e la sicurezza, sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda, con valenza anche autorizzativa. Il Dipartimento supporta altresì i vari soggetti istituzionali, affinché le scelte di sviluppo economico e territoriale siano compatibili con i piani e gli obiettivi di sicurezza sociale e di promozione della salute.

Il Dipartimento è articolato in 2 aree gestionali:

1. Area Dipartimentale Sicurezza Alimentare

- U.O.C Sanità Animale;
- U.O.C Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;
- U.O.C Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione alimenti di origine animale;
- U.O.S.D Igiene degli alimenti e nutrizione;
- U.O.S.D Gestione delle Anagrafi Zootecniche del Settore Alimentare e dei Mangimi.

2. Area Dipartimentale Prevenzione e Igiene

- U.O.C Igiene e Sanità Pubblica;
- U.O.C Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro;
- U.O.S.D. Medicina dello Sport;
- U.O.S. Coordinamento Screening di Popolazione afferente alla UOC Igiene e Sanità Pubblica.

Inoltre, sono presenti le Funzioni:

- Medicina Legale;
- Governo Erogatori Privati e Accreditati (afferente alla UOC ISP).

Art. 25 - L'Area di Assistenza ospedaliera

L'approccio seguito per la riorganizzazione dell'area ospedaliera è stato quello di riorganizzare i dipartimenti secondo logiche di processo. Questo approccio si concentra sull'analisi e la gestione dei processi chiave all'interno dell'ospedale, dalla registrazione del paziente all'assistenza clinica, dalla gestione delle risorse alla comunicazione tra i dipartimenti. L'obiettivo principale è quello di garantire un'assistenza di alta qualità, riducendo al minimo gli sprechi e le inefficienze, così da massimizzare la soddisfazione del paziente e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Per far sì che la nuova organizzazione fosse funzionale alla *mission* dell'Azienda è stato utilizzato un approccio strategico e multidisciplinare che ha valutato tutte le possibili ipotesi di aggregazione per ottimizzare il flusso di lavoro e migliorare l'efficienza complessiva delle operation.

L'area ospedaliera è stata progettata prevedendo i seguenti dipartimenti:

- Dipartimento del Percorso Medico;
- Dipartimento di Emergenza e del Percorso Chirurgico;
- Dipartimento dei Servizi.
- Dipartimento del Farmaco.

Seguendo l'ottica dello snellimento organizzativo e della riduzione degli sprechi si prevede di avviare attività interdipartimentali con altre aziende sanitarie e con l'Università la Sapienza laddove le funzioni presenti non rispettino i vincoli per la costituzione dei dipartimenti previsti nella Deliberazione 2 maggio 2024, n. 310 "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio".

L'area ospedaliera supporta l'azione della Direzione Strategica nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e di integrazione ospedale-territorio. I Dipartimenti Ospedalieri sono dotati di autonomia tecnico professionale nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite e rispondono direttamente alla Direzione Strategica. Inoltre, al fine di promuovere l'integrazione ospedale-territorio ed una corretta gestione della cronicità, saranno previsti percorsi di cura integrati formati da team di cura multidisciplinari. Per facilitare tale integrazione è previsto l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia per la gestione dei pazienti, che per consentire la consulenza a distanza tra specialisti ospedalieri e medici di famiglia, riducendo la necessità di trasferimenti in ospedale per consulenze non urgenti.

Al momento sono attivi i seguenti percorsi per la gestione dei flussi assistenziali e del cambio di setting:

- Sovraffollamento del Pronto Soccorso (documento aziendale "Piano del flusso di ricovero e della gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" PN/110/04/2022 REV.0 DEL 09/12/2022);
- Percorso chirurgico Piano attuazione del percorso chirurgico aziendale PN/110/00/2022 Rev. 0 del 25/02/2022 in cui sono indicati la gestione dei tempi di attesa;
- Regolamento generale per il funzionamento delle Camere operatorie aziendali R/110/01/2022 Rev.1 del 01.03.2022;
- Protocollo per l'appropriata trasfusione: indicazioni alla trasfusione di emocomponenti e Patient Blood Management PO110/4/2023 Rev.0 del 21.04.2023.
- Procedura di prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico Rev. 1 del 15.02.2019;
- Governo delle Liste di attesa. Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa PN/110/05/2023 Rev.01 del .3/04/2023.
- PDTA per la prevenzione e gestione del tumore alla mammella 110/2/2023 Rv.0 del 02.05.2023
- PDTA del paziente affetto da ictus ischemico 110/3/2023 Rv.0 del 15.12.2023
- PDTA del diabete 110/2/2022 Rv.1 del 15.09.2022
- "Revisione ed adozione modello operativo delle Centrali Operative Territoriali della ASL di Rieti adottato con delibera n. 322/C.S./2024 che recepisce la DGR 643/22.

25.1 La Direzione Medica Ospedaliera

La Direzione di Presidio, persegue gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica e concorre alla realizzazione degli obiettivi aziendali. Presiede e organizza le funzioni igienico sanitarie nel rispetto dei suddetti obiettivi.

Partecipa ai processi di riorganizzazione delle attività sanitarie, in condivisione con i Direttori Dipartimento, attraverso la creazione di linee di indirizzo e di procedure condivise. Propone e sviluppa progetti di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse e di miglioramento dei processi aziendali. In collaborazione con il Direttore Sanitario, esegue il monitoraggio sull'accesso alle prestazioni sanitarie garantendone l'erogazione secondo criteri di equità e promuovere, di concerto con i Direttori di Dipartimento Ospedaliero, azioni volte ad

assicurare una corretta produzione quali-quantitativo dei ricoveri e dell'attività di specialistica ambulatoriale. Organizza e monitora le attività di Libera Professione intramoenia. Su disposizione della Direzione Strategica dispone provvedimenti di emergenza.

Adotta i provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori e la gestione del rischio clinico e presiede alle funzioni scientifiche, di aggiornamento e di promozione della qualità dei servizi sanitari in collaborazione con gli organismi preposti. Tra le altre attività presiede la funzione di raccolta, archiviazione e custodia della documentazione sanitaria, assicura la gestione e la trasmissione dei flussi informativi ospedalieri di competenza, adempie ai provvedimenti di polizia mortuaria, tutela l'igiene ambientale rispetto ai rischi igienico-sanitari, compreso quello infettivo, e collabora nell'ambito del Presidio Ospedaliero all'accreditamento istituzionale dello stesso. Inoltre presiede le funzioni medico legali compresi gli aspetti deontologici dell'attività ospedaliera.

25.2 Dipartimento di Emergenza e del Percorso Chirurgico

Il criterio di aggregazione del Dipartimento di Emergenza e Percorso Chirurgico è l'omogeneità del "momento d'intervento" in emergenza-urgenza. Il Dipartimento è articolato in:

- U.O.C Medicina d'Emergenza - Urgenza;
- U.O.C Anestesia e Rianimazione;
- U.O.C Cardiologia;
- U.O.C Neurologia a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C Chirurgia Generale a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C Ortopedia e Traumatologia a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C Urologia;
- UOC Chirurgia Vascolare;
- U.O.C Otorinolaringoiatria a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C Oftalmologia;
- U.O.C Ostetricia e Ginecologia;
- U.O.C Pediatria e Neonatologia a Gestione mista SSN/Università;
- U.O.S.D Chirurgia Oncologica;
- U.O.S.D Pronto Soccorso e OBI Rieti;
- U.O.S.D Emodinamica;
- U.O.S.D Terapia del Dolore
- U.O.S Chirurgia Senologica e Ricostruttiva (afferente alla U.O.C Chirurgia Generale);
- U.O.S Chirurgia Ambulatoriale e IVG (afferente alla U.O.C Ostetricia e Ginecologia);
- U.O.S. Diagnosi e cura per patologie e disfunzioni pelviperineali (afferente alla U.O.C Urologia);
- U.O.S. Chirurgia Ambulatoriale Oftalmologica (afferente alla U.O.C Oftalmologia);
- U.O.S. Medicina d'Urgenza (afferente alla U.O.C Medicina d'Emergenza - Urgenza);
- U.O.S. Pronto Soccorso Amatrice (afferente alla U.O.C Medicina d'Emergenza - Urgenza);
- U.O.S. Anestesia (afferente alla U.O.C Anestesia e Rianimazione);
- U.O.S. Rianimazione (afferente alla U.O.C Anestesia e Rianimazione).
- Funzione Day Surgery Multispecialistico.

25.3 Dipartimento del Percorso Medico

Il Dipartimento del Percorso Medico è stato riorganizzato in ottica trasversale per garantire un'assistenza integrata e continuativa ai pazienti dall'ospedale al territorio. Questo approccio mira a superare la tradizionale separazione tra cure ospedaliere e territoriali, creando un sistema coordinato che possa rispondere in modo più efficiente e completo ai bisogni di salute della popolazione.

Pertanto al suo interno sono presenti le seguenti strutture:

- U.O.C Medicina Interna a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C Geriatria a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C Medicina Fisica e Riabilitativa;
- U.O.C Pneumologia;
- U.O.C Malattie Infettive;
- U.O.C Oncologia Medica e Hospice;
- U.O.S.D Pneumologia Interventistica;
- U.O.S.D Gastroenterologia;
- U.O.S.D Nefrologia e Dialisi;
- U.O.S.D Malattie Endocrine del Ricambio Metabolico e Nutrizione;
- U.O.S.D Reumatologia;
- U.O.S Area Medica Amatrice (affidente alla U.O.C Medicina Interna);
- U.O.S. Riabilitazione Territoriale (affidente alla U.O.C Medicina Fisica e Riabilitativa).
- U.O.S Oncoematologia (affidente alla U.O.C Oncologia Medica e Hospice)
- Funzione Day Hospital Multispecialistico

In sintesi, la creazione del Dipartimento del Percorso Medico, considerando l'integrazione tra ospedale e territorio, rappresenta un passo cruciale verso un sistema sanitario più efficiente, equo e centrato sul paziente.

25.4 Dipartimento dei Servizi

Il criterio di aggregazione del Dipartimento dei Servizi è l'uniformità del tipo di output, ossia le prestazioni intermedie sanitarie. Il Dipartimento è articolato come segue:

- U.O.C. Diagnostica per Immagini;
- U.O.C. Diagnostica per Immagini Integrata a gestione mista SSN/Università;
- U.O.C. Anatomia Patologica;
- U.O.C. Laboratorio Analisi;
- U.O.C. Radioterapia a gestione mista SSN/Università;
- U.O.S.D. Emotrasfusionale a Gestione mista SSN/Università;
- U.O.S.D. Radiologia Interventistica.

25.5 Dipartimento del Farmaco

Il Dipartimento del Farmaco della ASL di Rieti ha la funzione di tutelare e promuovere la salute delle persone attraverso l'uso razionale ed appropriato dei medicinali e dei dispositivi medici, garantendo l'assistenza farmaceutica alla popolazione del territorio nel rispetto della normativa vigente.

Il Dipartimento consentirà di garantire la corretta declinazione degli obiettivi strategici di tutte le attività relative ai servizi farmaceutici, sia di tipo ospedaliero, che di tipo territoriale realizzando il miglior governo della spesa farmaceutica, dei dispositivi medici e dei beni a valenza terapeutica.

Le principali attività riguardano:

- la realizzazione di iniziative volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica con modalità integrata tra le varie aziende ed in particolare tra ospedale e territorio;
- l'individuazione di strategie per la produzione di farmaci galenici al fine di integrare i vari laboratori aziendali verso un fabbisogno integrato;
- l'individuazione di percorsi assistenziali integrati tra le varie aziende con particolare riferimento all'erogazione dei farmaci nei reparti di diagnosi e cura e direttamente ai cittadini da parte delle farmacie ospedaliere e delle farmacie convenzionate;
- la definizione di obiettivi di budget per la spesa farmaceutica capaci di integrare gli obiettivi delle diverse aziende;
- la realizzazione di momenti di formazione, con particolare riferimento al coinvolgimento della Assistenza territoriale;
- la definizione di procedure organizzative per l'efficientamento dell'erogazione di farmaci in dimissione (ricovero e ambulatoriale);
- l'ottimizzazione del processo logistico: stoccaggio, manipolazione, distribuzione al reparto ed al paziente medicinali e dispositivi medici con attivazioni di collaborazioni interaziendali che consentano coordinare le azioni mirate al governo dei consumi dei farmaci e dei dispositivi medici (sia per l'ospedale che per il territorio) allo scopo di promuovere il contenimento e l'ottimizzazione della spesa.

Tale modello organizzativo deve incentivare la collaborazione tra le diverse aree della farmaceutica aziendale in modo da sviluppare percorsi capaci di integrarsi operativamente e di svilupparsi/differenziarsi per specificità di attività o di sviluppo delle macroaree orizzontali previste che sono:

- area dell'assistenza territoriale e della farmaceutica convenzionata;
- area dell'assistenza ospedaliera e della produzione delle terapie personalizzate;
- area dell'assistenza diretta e della presa in carico assistenziale.

Tale modello permetterà di garantire:

- uso appropriato delle risorse;
- qualità dell'assistenza;
- sicurezza del paziente.

Il Dipartimento è articolato come segue:

- U.O.C. Politiche del Farmaco e Farmacia Territoriale;
- U.O.S.D. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e dispositivi medici.

Per gli assetti organizzativi completi dei Dipartimenti sopra menzionati, si fa rinvio Funzionigramma.

CAPO IV - REGOLE FINALI E ATTUATIVE

Art. 26 - Entrata in vigore

Il presente Atto Aziendale entra in vigore dalla data di approvazione da parte della Giunta Regionale e da tale data sostituisce tutti gli atti e/o disposizioni previgenti dell'ordinamento aziendale con esso incompatibili.

Per quanto non contemplato nell'Atto Aziendale, si rinvia alla normativa Regionale ed alle norme fondamentali di riforma del Servizio Sanitario Nazionale di cui al D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, alla organizzazione amministrativa e del pubblico impiego di cui al D.Lgs. n.165 del 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, alle leggi di riordino del Servizio Sanitario Regionale e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro che disciplinano il rapporto di lavoro dei dirigenti e del personale del comparto della sanità.

Nel rispetto dei principi contenuti nell'Atto Aziendale, e senza alterarne criteri, regole e impianto complessivo, il Direttore Generale può apportare al presente Atto le modifiche ed integrazioni per l'eliminazione di errori materiali, per eventuali formalità richieste nelle fasi del procedimento di approvazione, e per quanto contemplato dalle norme.

Nell'Atto Aziendale la definizione del numero di strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici è coerente con le risorse annualmente assegnate. Inoltre, nel rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa, così come previsto dalla delibera del 7 dicembre 2023 n. 869 "Programmazione della rete ospedaliera 2023-2026 in conformità agli standard previsti nel dm 70/2015", le strutture individuate nel presente Atto Aziendale rispettano il rapporto tra strutture complesse, strutture semplici dipartimentali e strutture semplici, così come indicato nella Deliberazione 2 maggio 2024, n. 310 "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio".

Si da atto, fin d'ora, che le strutture verranno attivate compatibilmente con la capienza dei fondi all'uopo costituiti per la remunerazione accessoria del personale e compatibilmente con i vincoli di bilancio.

Art. 27 - Regolamenti attuativi

1. Il presente Atto Aziendale ha natura organizzativa generale. L'attuazione avviene attraverso:
 - a. i Regolamenti attuativi cui si fa esplicito riferimento nel testo del documento;
 - b. ogni altro atto o regolamento richiesto dalle leggi, o dalle necessità organizzative e gestionali dell'azienda.
2. Sino all'adozione dei suddetti regolamenti, valgono le disposizioni regolamentari aziendali vigenti adottate con provvedimenti del Direttore Generale, in quanto compatibili con il presente nell'Atto Aziendale.