

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 692

Del 7 OTT. 2016

Struttura proponente DIREZIONE SANITARIA		Proposta n.606 del 03/10/2016	
OGGETTO		Adozione del Piano Diabete ASL Roma 6	
Centro di Costo		0103000000	
Il Direttore e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.		Il Direttore e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto attestano che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico annuale	
Responsabile procedimento <u>Dot. MARIO RONCHETTI</u>		Responsabile procedimento	
Firma <u>[Firma]</u>		Firma	
Dirigente		Dirigente	
Firma		Firma	
Direttore Struttura proponente <u>IL DIRETTORE SANITARIO</u>		Direttore Struttura	
Firma <u>Dot. Narciso Mostarda</u>		Firma	
sottoconto	importo	Anno di riferimento	Si attesta a) la correttezza dell'imputazione contabile indicata dalla struttura proponente b) di aver effettuato il trasferimento di budget sul sistema contabile c) Direttore UOC GEF _____
Parere del Direttore Amministrativo			Dr. Francesca Merli
FAVOREVOLE <input checked="" type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> Con motivazioni allegate al presente atto <input type="checkbox"/>			Firma <u>[Firma]</u> Data <u>6.10.2016</u>
Parere del Direttore Sanitario			Dr. Narciso Mostarda
FAVOREVOLE <input checked="" type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> Con motivazioni allegate al presente atto <input type="checkbox"/>			Firma <u>[Firma]</u> Data <u>06.10.2016</u>
Il Direttore Generale			Dr. Fabrizio D'Alba
Data <u>6/10/16</u>			Firma <u>[Firma]</u>

IL DIRETTORE SANITARIO

- VISTA** la determinazione n.11/463 del 04.02.2014 della UOC Affari Generali, con la quale si è preso atto della nomina del dott. Fabrizio d'Alba quale Direttore Generale della ASL Roma H per la durata di anni tre, giusto decreto del Presidente della Giunta Regionale del Lazio n. T00027 del 30 gennaio 2014;
- VISTA** la Legge n. 115 del 16 marzo 1987 in tema di " Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito che considera il diabete come malattia di alto interesse sociale, sia per l'impatto sulla vita di relazione della persona che per le notevoli influenze sulla società e raccomanda di favorire l'inserimento delle persone con diabete nelle attività scolastiche, sportive e lavorative ed in particolare:
1. dispone (art. 2) che vengano stabiliti, con atto di indirizzo e coordinamento gli interventi operativi più idonei per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e per programmare gli interventi sanitari su tali fasce;
 2. prevede (art. 5) che vengano stabiliti, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, criteri di uniformità validi per tutto il territorio nazionale, relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia, anche in armonia con i suggerimenti dell'organizzazione Mondiale della Sanità;
- VISTO** il protocollo d'intesa tra il Ministero della sanità ed il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30.07.1991 che, in attuazione della sopra richiamata normativa, definisce le azioni più idonee per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico, programma interventi ed individua criteri uniformi su tutto il territorio nazionale relativamente a strutture, parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia della malattia diabetica;
- VISTO** il DCA n.U00121 del 9.4.2013 con il quale è stato recepito l' Accordo Stato –Regioni contenente il Piano Nazionale per la malattia Diabetica;
- VISTI** il DCA n. 309 del 06.07.2014 con il quale è stato approvato il Piano della Prevenzione 2014-2018 e il DCA n. 474 del 7.10.2015 contenente le linee di

indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e il relativo percorso attuativo;

ATTESO

che la Regione Lazio, in ossequio a quanto indicato nel sopra citato “Piano Nazionale per la malattia diabetica”, ha emanato il DCA n. 581 del 14.12.2015 avente ad oggetto “ Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018” nel quale sono state definite: le linee guida per la programmazione e organizzazione dei servizi a favore delle persone con diabete; l’ottimizzazione e l’integrazione dei percorsi per la prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza; i sistemi di valutazione tramite indicatori e l’uso di specifiche tecnologie;

TENUTO CONTO

che, in ragione della necessità di non poter più rinviare la definizione di un percorso univoco per la gestione della malattia diabetica in linea con le nuove direttive nazionali e regionali, l’Azienda USL Roma 6 ha istituito, con deliberazione del Direttore Generale n.114 del 02.02.2016 e successiva n.286 del 11.05.2016 di modifica/ integrazione della precedente, il “Coordinamento Aziendale per l’assistenza alle persone con diabete” con il compito, da un lato, di redigere il Piano di azione aziendale e attuare tutti gli interventi utili per l’attuazione dello stesso e dall’altro di monitorare, in una seconda fase, l’andamento del Piano predisponendo eventualmente anche degli interventi formativi dedicati agli operatori coinvolti;

ACCERTATO

che con la DGR 313/2012 “Riqualificazione dell’Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento: Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto” viene, tra l’altro, riconosciuto al Distretto il ruolo di “*cabina di regia* “ dei percorsi assistenziali integrati che coinvolgono i MMG e i PLS, gli specialisti ospedalieri e territoriali, i team pluridisciplinari e multiprofessionali, adottando l’approccio previsto dal *Chronic Care Model* ;

PRESO ATTO

che dai lavori del Coordinamento Aziendale per l’assistenza alle persone con Diabete, sono emersi gli elementi essenziali e costitutivi per delineare un Piano diabete aziendale in grado di assicurare, in una logica di integrazione tra territorio ed ospedale, la continuità della presa in carico della persona e dei suoi bisogni complessi;

PRESO ATTO

altresì che lo stesso Coordinamento di cui al capoverso precedente, attraverso una puntuale analisi epidemiologica della popolazione di afferenza dell'Azienda, ha identificato come ottimale un assetto organizzativo articolato su tre strutture erogatrici collocate rispettivamente negli stabilimenti di Marino, Ariccia e Anzio, prevedendo, in ottemperanza alle indicazioni contenute nel DCA n. 581 del 14.12.2015, per ciascuna delle stesse:

1. la riorganizzazione e redistribuzione del personale dedicato e degli orari di apertura dei servizi, così come riportato nel prospetto allegato alla presente (allegato1);
2. l'area di pertinenza di ciascuna struttura erogatrice;

DATO ATTO

che al fine di assicurare al progetto tangibili connotazioni di strumento di promozione e sviluppo dell'integrazione e della continuità ospedale-territorio e tenuto conto della necessità di realizzare concretamente l'efficienza allocativa delle limitate risorse professionali disponibili, si è proceduto:

- a) alla individuazione di un referente del Dipartimento di Area Medica e, nelle more della prossima attivazione del Dipartimento del Territorio, di un referente dei distretti sanitari;
- b) alla identificazione del pool di professionisti da assegnare alle tre strutture diabetologiche attingendo sia dall'ambito territoriale sia dal Dipartimento di Area Medica, ottenendo in questo modo uno staffing a gestione dinamica e versatile in grado di soddisfare le esigenze clinico-assistenziali della popolazione di riferimento;

DATO ATTO

che le tre strutture diabetologiche di cui ai capoversi precedenti si configurano come Poli diabetologici di secondo livello e che la struttura diabetologica dello stabilimento di Marino svolgerà anche funzioni specialistiche di terzo livello, limitatamente alle quali verrà a configurarsi in termini di Hub a cui afferiranno in qualità di spoke le altre due strutture diabetologiche;

TENUTO CONTO

che in considerazione dell'esteso territorio di pertinenza di ciascun Polo diabetologico, il Direttore distrettuale di riferimento potrà, ove ritenuto necessario e compatibilmente con le risorse disponibili, prevedere la ulteriore dislocazione territoriale delle attività, onde promuovere l'erogazione delle prestazioni nei luoghi più prossimi ai contesti di vita delle persone, garantendo, anche attraverso il ricorso

alle risorse professionali collocate nelle sedi di afferenza del Polo, gli orari di apertura fissati dal succitato DCA n. 581 del 14.12.2015 per il Polo di riferimento che rappresenta sempre e comunque la struttura erogatrice primaria e il riferimento costante a cui necessariamente richiamarsi nell'organizzazione delle attività;

RITENUTO

che in considerazione della natura prevalentemente "territoriale" dell'attività diabetologica di che trattasi, la responsabilità di assicurare il pieno e corretto funzionamento di ciascun Polo diabetologico vada posta in capo al Direttore di Distretto cui lo stesso afferisce, il quale potrà esercitarla con la collaborazione di un Referente di Polo;

RITENUTO

pertanto, in continuità logica con quanto esplicitato nel capoverso precedente, procedere alla individuazione dei Referenti di Polo così come di seguito indicati:

- a) Polo diabetologico Marino: in considerazione della significativa esperienza maturata dalla dott.ssa Di Mauro Patrizia nell'ambito della disciplina diabetologica, non solo sotto il profilo clinico, ma anche sotto il profilo organizzativo-gestionale attraverso il pieno ed efficace svolgimento delle funzioni ex art. 18 c. 2 e c.4 relativamente alla cessata UOC "Endocrinologia e diabetologia aziendale", si ritiene che la stessa possa svolgere al meglio le funzioni proprie del Referente di Polo;
- b) Polo diabetologico di Ariccia: si ritiene opportuno individuare quale Referente la dott.ssa Donatella Bloise, specialista ambulatoriale, anche in ragione della natura dell'incarico in essere di "Responsabile di branca", che prevede la possibilità di dedicare ad attività non cliniche parte della quota oraria attribuita così come desumibile dalla lettura del comma 7 art. 27 ACN 17.12.2015;
- c) Polo Diabetologico di Anzio: in considerazione delle funzioni di responsabilità ex art. 18 c. 4 svolte nell'ambito della UOC di Medicina Generale del Polo H4 dalla dott.ssa Stefania Casaldi si ritiene di individuare la stessa quale Referente di Polo;

CONSIDERATO

utile, ai fini dell'efficiente ed efficace gestione di ciascun Polo, identificare un modello organizzativo-gestionale "lean", in base al quale la funzione gestionale relativa al personale assegnato a ciascun Polo è attribuita al Referente, il quale, a

sua volta, farà riferimento al Direttore di Distretto che, come già esplicitato nei capoversi precedenti, si configura come il responsabile ultimo della corretta gestione del Polo diabetologico di pertinenza;

DATO ATTO

che, al fine di assicurare i migliori risultati in termini di efficace ed efficiente presa in carico dei bisogni della persona affetta dalla patologia diabetica e dei suoi familiari, l'attuale assetto organizzativo e dotazionale del Progetto di cui al succitato allegato n.1 sarà oggetto di valutazioni in itinere dal cui esito potranno scaturire eventuali ed ulteriori integrazioni e/o modifiche;

ritenuto

comunque sin da ora, anche in ragione di quanto esplicitamente richiamato all'art. 28 ACN 17.12.2015 *"al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche e professionali alla domanda dell'utenza, in attuazione e coerentemente agli indirizzi regionali per la programmazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche, le aziende possono adottare provvedimenti tendenti a realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario e/o della sede di servizio in ambito aziendale"*, prevedere presso il Polo di Ariccia la riconduzione di n. 22 ore prestate dalla dott.ssa Bloise in diverse sedi territoriali che sommate alle n.8 ore già prestate dalla stessa ad Ariccia consentono di assicurare un presenza settimanale della professionista de qua pari a n. 30 ore;

ATTESO

che per quanto attiene al personale aziendale, avuto riguardo al personale di comparto, l'assegnazione ai rispettivi Poli diabetologici debba intendersi come funzionale, restando invariata, salvo diverse ed esplicite disposizioni, l'attuale assegnazione strutturale;

DATO ATTO

che, questa Azienda intende collocarsi in un prospettiva di graduale transizione dal tradizionale modello organizzativo-gestionale di tipo verticale, "a canne d'organo", ad un modello matriciale di organizzazione per progetti e per processi che preveda una gestione più flessibile della risorsa professionale, tale per cui un singolo professionista aziendale pur essendo assegnato in forma strutturale ad una specifica unità operativa, potrà essere chiamato a fornire il proprio contributo -del quale deve darsene evidenza nelle anagrafiche del personale gestite dalla UOC Gestione Risorse Umane- alla realizzazione di processi e progetti esterni alla

struttura di appartenenza, dedicando alle stesse quote più o meno significative del proprio orario di lavoro;

CONSIDERATO

che il gruppo di Coordinamento Aziendale per l'assistenza alle persone con Diabete, in conformità con quanto indicato nella legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ha convocato il Tavolo Misto di partecipazione al fine di coinvolgere e valorizzare il ruolo delle Associazioni di Volontariato, delle Associazioni di famigliari di persone con diabete, nel rappresentare i bisogni sanitari e sociali, considerandoli interlocutori stabili nelle attività di programmazione e verifica, nonché partner per lo sviluppo di programmi ed attività di informazione/educazione dei pazienti e dei *care givers*;

RIBADITO

che la nuova organizzazione, così come esitata dal lavoro del coordinamento della rete, i cui nodi sono rappresentati dai diversi Livelli Assistenziali, deve avvalersi anche di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) - definibili nei termini di migliore sequenza temporale e spaziale possibile nel contesto delle attività ritenute necessarie per la soluzione di un problema di salute, tenuto conto delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse disponibili - in grado di:

- a) garantire continuità nella presa in carico del paziente
- b) favorire l'integrazione fra gli operatori
- c) contribuire a ridurre la variabilità clinica diffondendo la medicina basata sulle evidenze (EBM)
- d) assicurare l'equità di accesso e contrastare le disuguaglianze sociali
- e) consentire la sintesi tra efficacia degli interventi e ottimizzazione delle risorse disponibili

RITENUTO

pertanto di individuare, tra i primi *deliverable* che il Coordinamento Aziendale per l'assistenza alle persone con Diabete dovrà necessariamente produrre, un PDTA all'interno del quale prevedere, tra l'altro, che saranno i medici geriatri, secondo le procedure condivise, a farsi carico della diabetologia a domicilio, non essendo prevista l'attribuzione di ore di diabetologia al livello di assistenza domiciliare;

RITENUTO

pertanto di procedere, senza ulteriori indugi, all'adozione del "Piano Diabete ASL Roma 6", così come descritto e identificato nei capoversi precedenti;

RITENUTO

di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile

ATTESTATA la totale legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

PROPONE

Per i motivi espressi in narrativa, che si intendono integralmente riportati:

1. di approvare il "Piano Diabete ASL Roma 6" così come descritto e identificato nel presente provvedimento;
2. di approvare nei suoi contenuti il quadro sinottico di cui all'allegato n. 1 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di stabilire che, al fine di assicurare i migliori risultati in termini di efficace ed efficiente presa in carico dei bisogni della persona affetta dalla patologia diabetica e dei suoi familiari, l'attuale assetto organizzativo e dotazionale di cui al succitato allegato n.1 sarà oggetto di valutazioni in itinere dal cui esito potranno scaturire eventuali ed ulteriori integrazioni e/o modifiche;
4. di stabilire che, per quanto attiene al personale aziendale, avuto riguardo al personale di comparto, l'assegnazione ai rispettivi Poli diabetologici debba intendersi come funzionale, restando invariata, salvo diverse ed esplicite disposizioni, l'attuale assegnazione strutturale;
5. di confermare che i tre Poli diabetologici individuati nel presente provvedimento si configurano come le principali strutture erogative della rete diabetologica territoriale alle quali dovranno fornire, ove necessario, ogni possibile supporto, anche in termini di risorse professionali, le sedi affiliate descritte nell'allegato 1;
6. di dare mandato al Coordinamento Aziendale per l'assistenza alle persone con diabete di rivedere nel dettaglio, e definire entro il mese di novembre del corrente anno, il PDTA aziendale nel quale andrà specificato, tra l'altro, che saranno i medici geriatri, secondo le procedure condivise, a farsi carico della diabetologia a domicilio, non essendo prevista l'attribuzione di ore di diabetologia al livello di assistenza domiciliare;
7. di dare mandato alla UOC Controllo di Gestione e Contabilità Analitica di adottare tutti i provvedimenti necessari e conseguenti all'adozione del presente atto deliberativo, con particolare riguardo all'adeguamento delle schede di budget e alla corretto allineamento del personale con i rispettivi centri di costo e di responsabilità;
8. di dare mandato alla UOC Gestione Risorse Umane di adottare tutti i provvedimenti necessari e conseguenti all'adozione della presente deliberazione, con particolare riguardo alla corretta riconduzione funzionale del personale di cui al succitato allegato n.1 (personale dipendente) per la quota parte del debito orario dedicata alle attività del Polo diabetologico di afferenza;
9. di dare mandato alla UOC Alpi Recup Specialistica Ambulatoriale Convenzionata e Governo liste d'attesa di adottare tutti i provvedimenti necessari e conseguenti all'adozione della presente

deliberazione, con particolare riguardo alla corretta riconduzione del personale di cui al succitato allegato n.1 (specialisti ambulatoriali);

10. di dare mandato alla UOC Sistemi Informativi Sanitari di fornire al Coordinamento aziendale per l'assistenza alle persone con diabete i dati necessari finalizzati alla definizione degli indicatori di processo e esito;
11. di dare mandato alla UOC Affari Istituzionali e Generali di trasmettere, con valore di notifica, il presente provvedimento:
 - a. alla UOC Controllo di Gestione e Contabilità Analitica
 - b. alla UOC Sistemi Informativi Sanitari
 - c. alla UOC Gestione Risorse Umane
 - d. alla UOC Alpi Recup Specialistica Ambulatoriale Convenzionata e Governo liste d'attesa
 - e. ai Direttori di Polo e di Distretto
 - f. ai membri del Coordinamento Aziendale per l'assistenza alle persone con il diabete, individuato con deliberazione n. 286 dell'11 maggio 2016
 - g. al Tavolo Misto Permanente di partecipazione

IL DIRETTORE GENERALE

LETTA E VALUTATA la sopra esposta proposta di delibera presentata dal Direttore Sanitario, e sentito il Direttore Amministrativo

DELIBERA

di approvare la proposta di deliberazione avente ad oggetto: *"Adozione del Piano Diabete ASL Roma 6"*;

di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi di legge.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Fabrizio d'Alba)



UOC AFFARI GENERALI ED ISTITUZIONALI

Si attesta che la Deliberazione n. 692 del 7. OTT. 2016
è composta di n. 10 pagine, frontespizio e retro compresi e di n. 1 allegati.
La presente deliberazione è stata pubblicata sull'Albo Aziendale da 11.10.16 al 25.10.2016
Inviata al Collegio Sindacale in data 11.10.2016

IL FUNZIONARIO DELEGATO

CARLO MISSORI

Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa amministrazione

Data _____

IL FUNZIONARIO DELEGATO
