


26 NOVEMBRE | Sala GIOTTO

 14:00 - 18:00
SESSIONE ACCREDITATA
 RES 4.0 crediti ECM

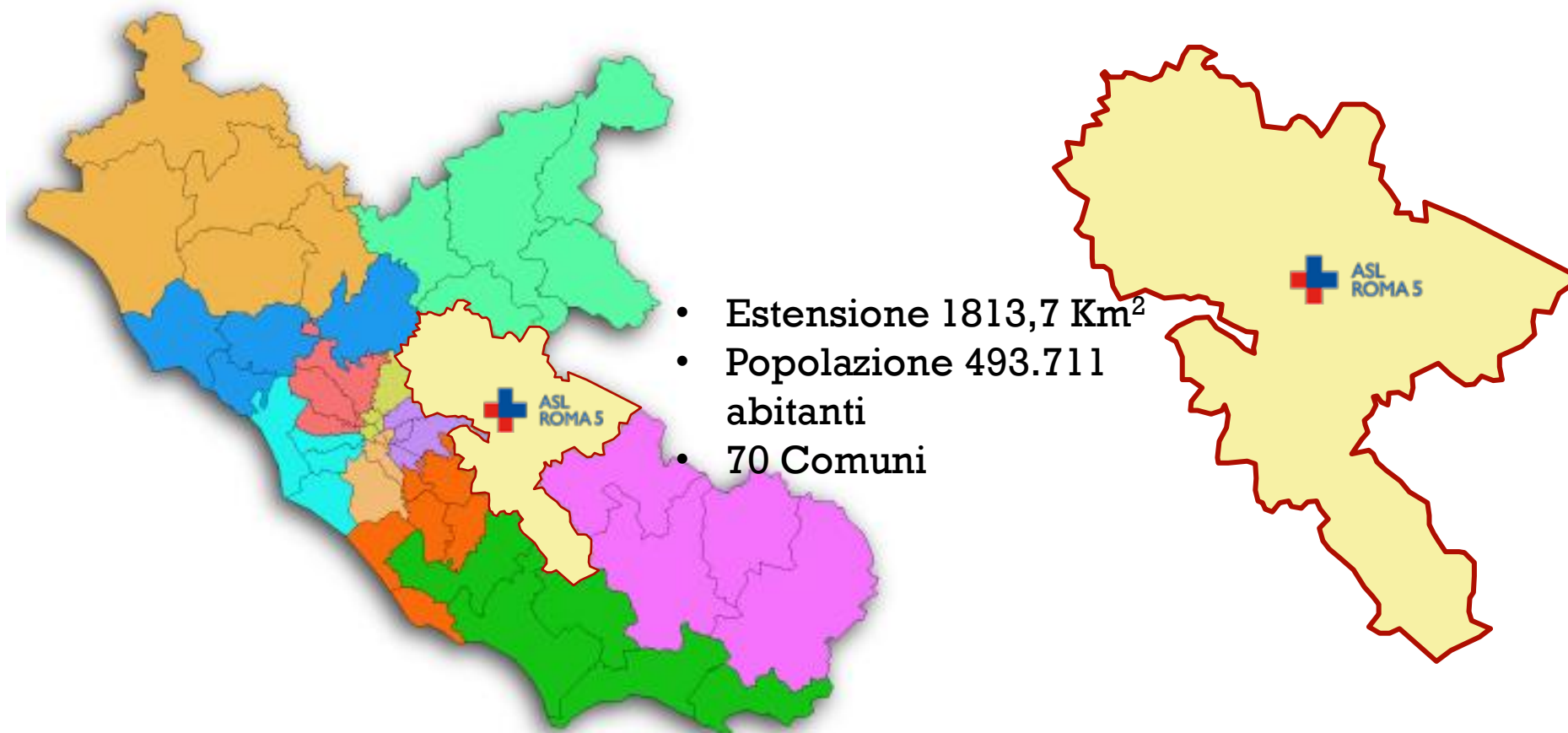
**MALATTIE INFETTIVE EMERGENTI E RIEMERGENTI:
IL RUOLO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NELLA
PREVENZIONE E NEL CONTROLLO**

In partnership con 

IL RUOLO DELLE ASL NELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

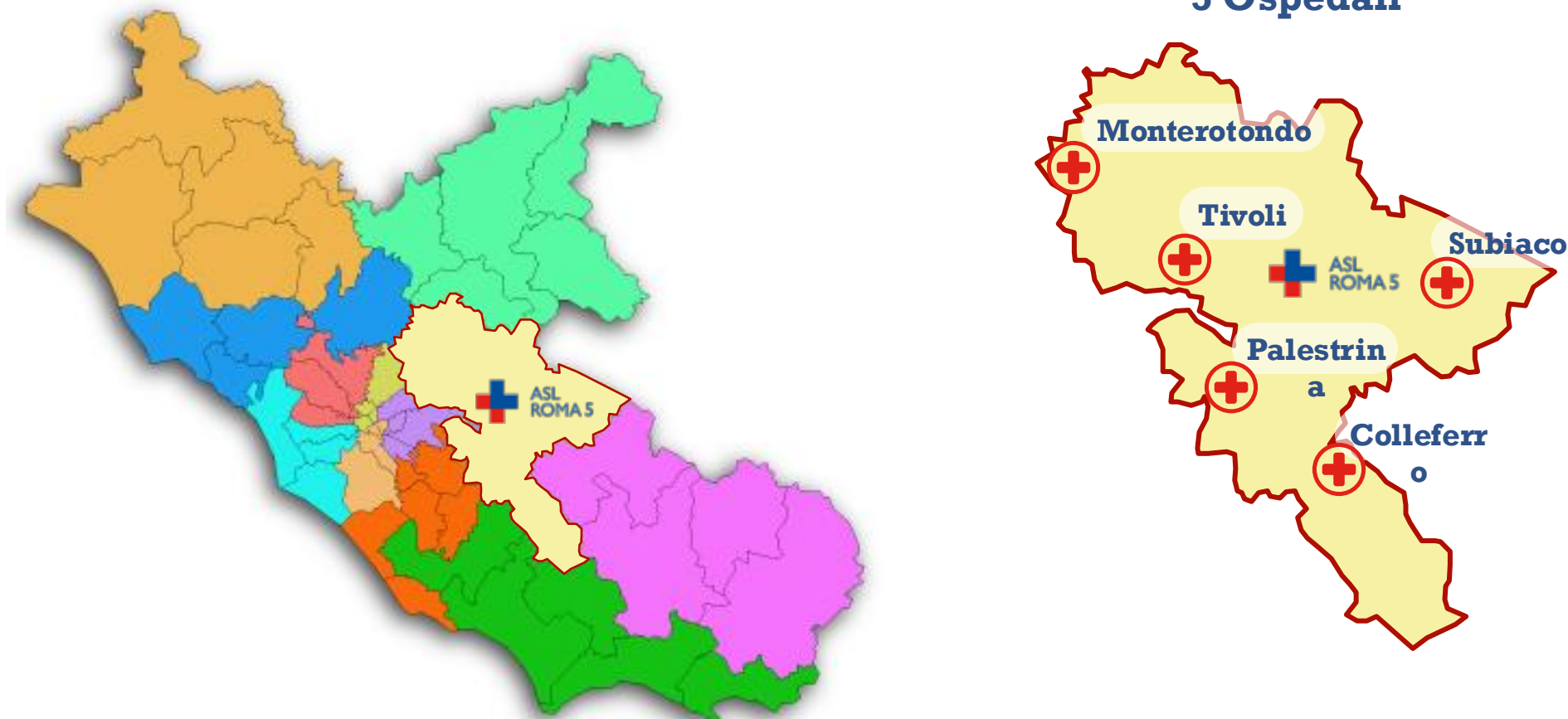
Dott. Franco Cortellessa – Direttore Sanitario Aziendale ASL Roma 5

Dott. Gennaro Cerone – Direttore UOC Distretto Sanitario Palestrina



LA ASL ROMA 5
Popolazione e Territorio

5 Ospedali



LA ASL ROMA 5

Popolazione e Territorio

6 Distretti Sanitari



Attivazioni DM77: 4 OdC e 24 CdC

LA ASL ROMA 5
Popolazione e Territorio

Struttura aziendale	Numero
DIPARTIMENTI	12
UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (UOC)	72
UNITA' OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (UOSD)	35
UNITA' OPERATIVE SEMPLICI (UOS)	67

Personale a convenzione	numero
Medici Medicina Generale (MMG)	311
Pediatri di libera scelta (PLS)	59
Specialisti ambulatoriali	161
Medici Continuità Assistenziale	29
Medicina dei Servizi	28
Totale	588

Distribuzione del personale dipendente in servizio al 31.12 per ruolo e natura rapporto (2023)						
TIPOLOGIA DIPENDENTE	RUOLO	TEMPO DETERMINATO	%	TEMPO INDETERMINATO	%	TOTALE
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	3	1,06%	258	11,22%	261
	RUOLO PROFESSIONALE	-	-	7	0,30%	7
	RUOLO SANITARIO	151	53,17%	1708	74,29%	1859
	RUOLO TECNICO	130	45,77%	326	14,18%	456
Totale		284	100,00%	2299	100,00%	2583
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	55	90,16%	574	82,83%	629
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO AMMINISTRATIVO	-	-	12	1,73%	12
	RUOLO PROFESSIONALE	1	2,38%	2	0,29%	3
	RUOLO SANITARIO	5	28,57%	95	13,71%	100
	RUOLO TECNICO	-	-	1	0,14%	1
DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	RUOLO SANITARIO	-	-	9	1,30%	9
Totale		61	100,00%	693	100,00%	754
Totale complessivo		345		2992		3337



Rete Ospedaliera ASL Roma

5

- Ospedale PS Colleferro
- Ospedale PS Monterotondo
- Ospedale PS Palestrina
- Ospedale PS Subiaco
- Ospedale DEA I Tivoli

n. 653 posti letto pubblici

n. 362 posti letto accreditati



n. 12994 dimissioni da ospedali pubblici

n. 2397 dimissioni da strutture accreditate

Rete Territoriale ASL Roma 5

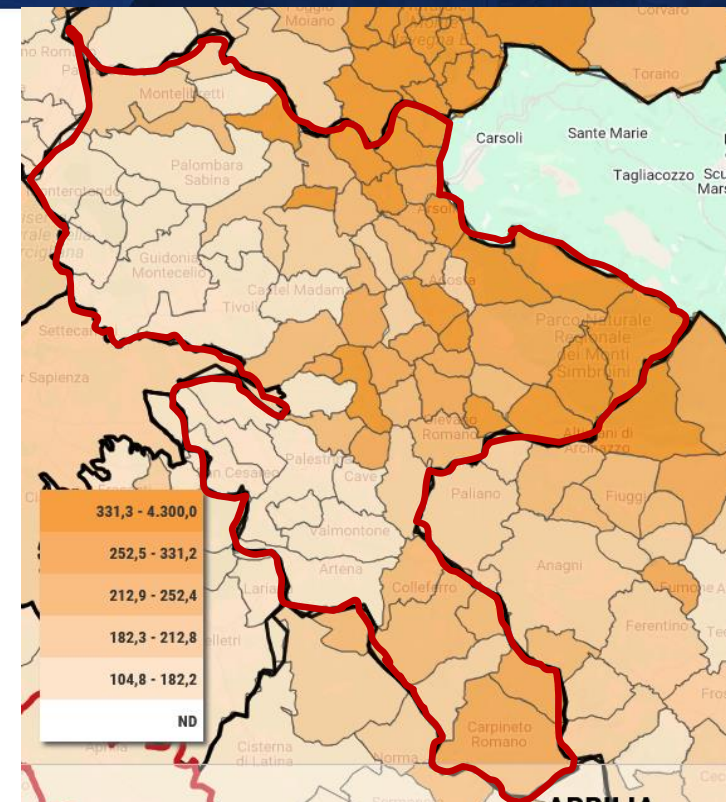
- n. 40 punti di erogazione a gestione diretta
- n. 22 punti di erogazione accreditati



n. 3.239.975 prestazioni ambulatoriali erogate da strutture a gestione diretta

n. 2.566.770 prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate

Distretto	Popolazione totale	Indice vecchiaia
Monterotondo	96.629	137,7
Guidonia	126.987	147,2
Tivoli	80.263	188.1
Subiaco	31.376	276,2
Palestrina	84.598	148,7
Colleferro	73.858	180,8
ASL Roma 5	493.711	155,3



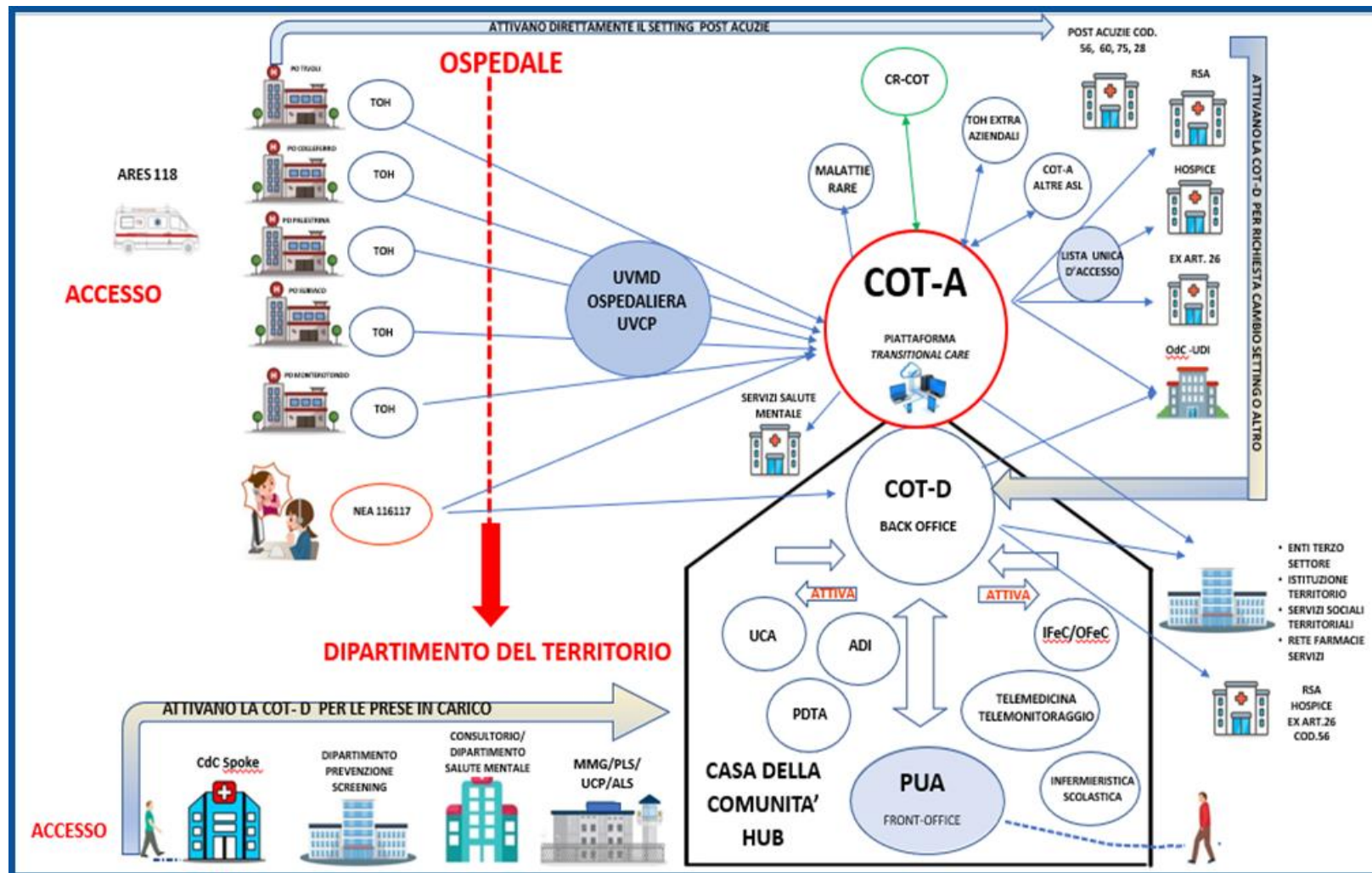
Dati Cartografici: Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio

Dati di popolazione e indicatore: Città Metropolitana di Roma Capitale, Ufficio Metropolitano di statistiche

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**Patologie croniche prioritarie, ASL Roma 5, anno 2021,
entrambi i sessi, numeri assoluti, popolazione totale 494.356**

patologie prioritarie	Incidenza annuale	Prevalenza attuale	Decessi	DALYs*	YLDs**
Tutte le cause	1.767.601	425.578	5.139	144.263	66.211
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	1.794	23.344	210	3.539	936
Tumore della cervice	32	183	11	267	15
Tumore al seno	379	4.428	108	2.421	295
Cadute over64	30.644	95.885	91	5.295	4.128
Cardiopatia ischemica	1.664	15.509	625	8.783	412
Tumore del colon e del retto	417	2.418	172	3.145	221
Ictus	678	5.345	455	6.403	785
Tumore della prostata	287	2.462	78	1.272	192
Diabete mellito T2	1.486	37.826	141	4.953	2.951
Morbo di Alzheimer e altre demenze	1.824	10.499	476	7.413	2.202
Disturbi depressivi	26.796	23.596		4.102	4.102
*Disability-adjusted life year					
**Years lived with disability					
*Institute for Health Metrics and Evaluation , gennaio 2025					



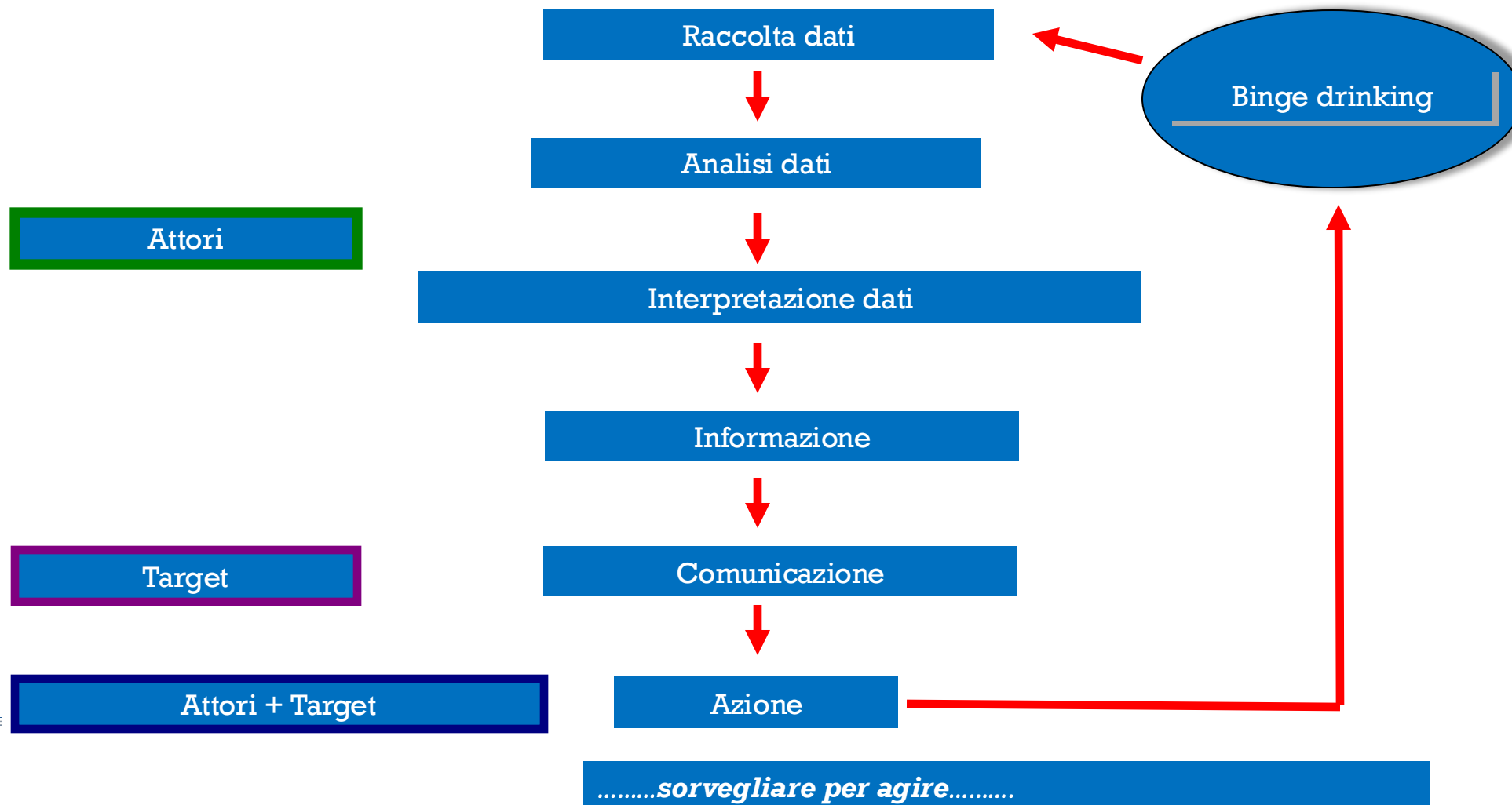


Raccolta continua e sistematica, analisi e interpretazione di dati con diffusione delle informazioni a chi ne necessita al fine di intraprendere delle azioni adeguate

Sorveglianza

=

Informazione per l'azione



Le sorveglianze di popolazione e l'implementazione nel Lazio e in ASL Roma 5



Fattori di rischio
differenziati



PASSI
d'Argento

Salute e invecchiamento
nella Regione Lazio



HBSC

Stili di vita e salute
tra 11 e 17 anni

zero
due



REGIONE
LAZIO

SISTEMA DI SORVEGLIANZA
BAMBINI 0-2 ANNI

Risultati dell'Indagine 2018-2019

REGIONE LAZIO

PASSI (18-69 anni)

- **Campionamento casuale** da liste anagrafiche.
- **Intervista telefonica** da parte di personale formato della ASL.
- **Invio periodico dei dati** al livello regionale e nazionale secondo i protocolli ISS.
- Attività continuativa (“sorveglianza in continuo”).

PASSI d'Argento (≥65 anni)

- Simile a PASSI, ma con:
 - maggiore attenzione a fragilità, autonomia, supporto sociale.
 - possibilità di utilizzare **interviste faccia a faccia** in caso di bisogno.
- Richiede particolare cura nella comunicazione con persone anziane.
- **OKkio alla Salute (bambine e bambini primaria)**
- **Indagini periodiche** (non continuative).
- Rilevazione nelle scuole, attraverso:
 - misurazioni antropometriche standardizzate.
 - questionari a docenti e famiglie.
- Coinvolge dirigenti scolastici, insegnanti, referenti scolastici ASL.

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



HBSC (11, 13, 15 anni)

- Survey anonima nella scuole mediante **questionari autocompilati**.
- La ASL supporta l'organizzazione, il contatto con gli istituti e la supervisione.

Sorveglianza 0-2

- Implementata nei **consultori** e nei servizi territoriale per la prima infanzia.
- Raccolta dati standardizzata su:
 - alimentazione, crescita, sviluppo;
 - pratiche di cura.
- Spesso integrata con i flussi regionali e programmi della prima infanzia

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Ruolo, utilità e condizioni di funzionamento delle sorveglianza in ASL Roma 5

Le Aziende Sanitarie Locali (ASL) hanno un ruolo fondamentale nella sorveglianza sanitaria di popolazione perché:

- Rappresentano il livello operativo

- Effettuano la **raccolta dati** tramite intervista (PASSI, PdA) o tramite attività scolastiche e consultoriali (OKkio, HBSC, 0-2).
- Garantiscono l'**aderenza ai protocolli nazionali** e regionali (campionamenti, tassi di risposta, procedure etiche).

- Assicurano la qualità dei dati

- Formano e supervisionano chi conduce la raccolta dati.
- Verificano la completezza dei dataset e segnalano eventuali criticità.

- Contestualizzano i risultati

- Analizzano i dati a livello locale, integrandoli con conoscenze territoriali.
- Diventano il ponte tra dati quantitativi e realtà socio-territoriali.

- Trasformano i dati in azione

- Utilizzano i risultati per pianificare e monitorare attività di prevenzione.
- Forniscono informazioni a decisori/e, scuole, amministrazioni locali, distretti.

Orientamento delle politiche locali

- Permette di identificare priorità su cui intervenire (es. fumo, sedentarietà, sovrappeso infantile, allattamento).
- Supporta la programmazione nel Piano Aziendale della Prevenzione.

Monitoraggio dei risultati delle attività

- Misura l'impatto delle azioni svolte (educazione alla salute, promozione stili di vita, screening ecc.).
- Documenta i trend nel tempo, offrendo una base per valutare l'efficacia delle strategie aziendali.

Individuazione delle disuguaglianze

- Le sorveglianze permettono di rilevare gradienti sociali, economici e territoriali nella salute.
- Le ASL possono orientare interventi mirati verso gruppi più vulnerabili.

Collaborazione intersettoriale

- I dati diventano uno strumento di dialogo con:
 - scuole,
 - amministrazioni comunali,
 - terzo settore,
 - servizi sociali.
- Favoriscono la costruzione di politiche locali basate su evidenze.

Supporto comunicativo

- Forniscono informazioni affidabili da comunicare alla popolazione e ai media locali.
- Aiutano a rafforzare la fiducia nei servizi di **prevenzione e nei consultori.**

Valore istituzionale e accountability

- Rappresentano una funzione essenziale del Servizio Sanitario Nazionale.
- Consentono alle ASL di rispondere ai livelli regionali in modo documentato e continuo.

1. Mandato chiaro e formalizzato

- La sorveglianza deve essere riconosciuta come **funzione istituzionale stabile** e non come attività residuale o “a progetto” (memento: è anche LEA)
- Deve essere esplicitamente inserita nei **Piani Attuativi Locali**, negli obiettivi di struttura e negli incarichi dei/ delle professioniste coinvolte.

2. Una struttura responsabile identificata

- Un'unità organizzativa (es. Epidemiologia, Promozione della Salute, Sisp, Sian, Screening, Consultori) deve essere **formalmente titolare del processo**.
- La responsabilità diffusa senza un “centro” porta inevitabilmente alla discontinuità.

3. Continuità delle risorse

- Team con **tempi protetti** e stabili.
- Riduzione della dipendenza da personale precario o “a rotazione”.
- Budget minimo per formazione, telefonia, strumenti di rilevazione, gestione database.

Competenze aggiornate

- Formazione continua su:
 - metodologia della sorveglianza,
 - tecniche di intervista,
 - gestione del dato,
 - lettura epidemiologica,
 - comunicazione dei risultati.
- Le competenze devono essere diffuse, non concentrate in una sola persona

Supporto tecnico-scientifico dal livello regionale/nazionale

- Linee guida aggiornate e stabili.
- Helpdesk tecnico.
- Standard di qualità e benchmark.



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



Flussi di lavoro strutturati

- Procedure operative standardizzate e condivise.
- Calendari annuali di campionamento e raccolta dati.
- Checklist e report mensili di avanzamento.

Strumenti informatici affidabili

- Database sicuri e facili da usare.
- Accessi protetti ma non burocraticamente bloccanti.
- Interoperabilità con anagrafi assistiti.

Spazio protetto nel carico di lavoro

- Le attività di sorveglianza non devono essere schiacciate dalle attività “urgenti” o dall’emergenza.
- Occorre proteggere la sorveglianza dalla logica “si fa se avanza tempo”.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



#ForumRisk20

Il ruolo delle ASL nella sorveglianza epidemiologica – Cortellessa F, Cerone G.



www.forumriskmanagement.it

Sfide per il consolidamento delle sorveglianze di popolazione

- **Mantenere continuità e regolarità** della raccolta dati nonostante emergenze, riorganizzazioni e carichi di lavoro variabili.
- **Garantire personale dedicato e tempi protetti**, evitando che la sorveglianza venga schiacciata da attività urgenti.
- **Ridurre la dipendenza da singole persone**, costruendo un team stabile e competenze diffuse.
- **Formalizzare ruoli, procedure e budget**, superando la logica “se avanza tempo”.
- **Assicurare competenze tecniche aggiornate** (interviste, misurazioni, analisi dati, comunicazione).

- **Dotarsi di strumenti informatici affidabili e interoperabili**, limitando lavoro manuale e rischio di errori.
- **Coinvolgere in modo stabile gli stakeholder** (scuole, Comuni, Terzo Settore), evitando percezioni di oneri aggiuntivi.
- **Superare la frammentazione interna** tra servizi, costruendo un coordinamento efficace e multidisciplinare.
- **Rendere i dati facilmente comunicabili e azionabili**, traducendoli in priorità, messaggi chiari e indicazioni operative.
- **Consolidare una cultura del dato** nella ASL e nel territorio, affinché la sorveglianza sia percepita come leva strategica per orientare le decisioni, non come mero adempimento.