FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	**RONCHI FRANCESCO BENEDETTO**
Indirizzo	
Telefono	**334.85.55.125**
Fax	**070.93.78.354**
E-mail	**francesco.ronchi@live.it**
Nazionalità	Italiana
Data di nascita	23 APRILE 1959

ESPERIENZA LAVORATIVA

• dal 14.04.2008 a tutt'oggi	**DIREZIONE DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI OSPEDALIERI.** **INCARICO FORMALE INIZIATO COME *RESPONSABILE TEMPORANEO* DEL DIPARTIMENTO STRUTTURALE DEI SERVIZI ASL SANLURI (DEL. N. 169 DEL 14.04.2008) CON FUNZIONI DI AVVIO DEL DIPARTIMENTO (ELABORAZIONE DEL REGOLAMENTO, ELEZIONE E INSEDIAMENTO DEL COMITATO, INDIVIDUAZIONE TERNA ECC.) ESITATO CON L'INCARICO TRIENNALE DI *DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO* STRUTTURALE DEI SERVIZI OSPEDALIERI (DEL. N. 714 DEL 26.11.2008) E RINNOVATO, ALLO SCADERE DEL PRIMO TRIENNIO E PER ALTRI TRE ANNI, IL 29 FEBBRAIO 2012 (DEL. N. 126 DEL 29.02.2012).**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASL Sanluri – Regione Sardegna – via Ungaretti 9 Sanluri (VS)
• Tipo di impiego, mansioni e Responsabilità	Direzione del DdS (Dipartimento dei Servizi). Al DdS afferiscono n. 4 Strutture Complesse (Servizio Patologia Clinica, Servizio Radiologia, Centro Trasfusionale, Pronto Soccorso e Osservazione Breve) e n. 1 Struttura Semplice Dipartimentale (Farmacia Ospedaliera). Il Direttore del DdS (Dipartimento dei Servizi) - quest'ultimo inteso come elemento di integrazione funzionale e di coordinamento organizzativo - mira al perseguimento di una buona pratica clinico-diagnostica (efficacia clinica) sviluppando ed esaltando l'appropriatezza delle azioni sanitarie che, in modo diretto, ottimizzano il processo assistenziale e che, nel contempo, razionalizzano il controllo del processo di consumo delle risorse (efficienza clinica). Il Direttore del DdS persegue la *mission* del DdS che è rappresentata dal raggiungimento di una condizione di efficienza clinica che, in funzione del raggiungimento degli obiettivi strategici Aziendali, realizza la condizione di efficienza manageriale. Il Direttore del DdS detiene il budget dipartimentale e partecipa, pertanto, al processo di budgeting (obiettivi) ed alla programmazione Aziendale e Dipartimentale.

• dal 01.06.2002 a tutt'oggi

DIREZIONE STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO PATOLOGIA CLINICA.

INCARICO FORMALE INIZIATO COME *RESPONSABILE* IN SOSTITUZIONE DEL TITOLARE ASSENTE (DEL. 2044 DEL 15.07.2002) PROSEGUITO, SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ, COME INCARICO PROVVISORIO (SOSTITUZIONE PROVVISORIA POSTO VACANTE: DEL. N. 3522 DEL 30.12.2002) ED ESITATO IN INCARICO FORMALE, IN QUALITÀ DI VINCITORE DI SPECIFICA SELEZIONE, DAL 1.10.2003 A TUTT'OGGI (SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ).

• *Tipo di impiego, mansioni e Responsabilità*

Direzione del Servizio di Patologia Clinica costituito, ad oggi, da: Laboratorio Analisi, Settore di Anatomia Patologica, Centro Trombosi (attività ambulatoriale per la prevenzione, cura e sorveglianza delle patologie trombotiche).

• **Dal 1.03.1999 al 17.07.2002**

Direzione Struttura Semplice: Laboratorio Analisi Territoriale del Distretto di Sanluri (Poliambulatorio via Bologna) ASL Sanluri.

• **01.08.1990**

Assunzione a tempo indeterminato presso il Laboratorio Ospedaliero di San Gavino dell'allora USL n. 15 e attuale ASL 6 Sanluri.

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• 22.07.1988

Laurea in Medicina e Chirurgia con voto di 110/110 e Lode. Titolo Tesi di Laurea: "Stato del DNA del virus dell'epatite B nei linfociti periferici di pazienti con epatite acuta IgM anti HBc-positiva".

• 14.12.1992

Specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (voto: 50/50 e Lode). Titolo Tesi di Specializzazione: "Il Diabete Mellito insulino-dipendente quale fattore di rischio di Malattia Celiaca".

• 06.12.2002

Specializzazione in Patologia Clinica (Voto 50/50 e Lode). Titolo Tesi: "Sistema Gestionale Qualità: fra Customer Satisfaction ed Approccio per Processi. Unico esempio in Sardegna: il Servizio di Patologia Clinica della ASL di Sanluri".

Formazione/Istruzione in materia di Qualità e Sistemi Gestionali.

• 08.10.2002

Rappresentante della Direzione Aziendale per la **Qualità** (allestimento Sistema Gestionale Qualità conforme alla Norma Internazionale UNI EN ISO 9001:2000).

• Febbraio 2003

Partecipazione del corso 40 ore di **Valutatore (auditor) esterno dei Sistemi Gestionali Qualità** conformi alla UNI EN ISO 9001:2000 (corso CSQ-IMQ accreditato SINCERT).

• Da Ottobre 2004 a tutt'oggi

Accreditamento Volontario del Servizio di Patologia Clinica dell'Ospedale San Gavino (ASL Sanluri) attraverso allestimento di un proprio **Sistema Gestionale Qualità** e acquisizione **Certificazione Qualità** secondo Norma Internazionale UNI EN ISO 9001:2000. Certificazione rilasciata ogni tre anni. Dal 2008: Certificazione Qualità secondo Norma Internazionale UNI EN ISO 9001:2008. Il Servizio di Patologia Clinica rimane, a tutt'oggi, l'unico Laboratorio Pubblico, in Sardegna, con Certificazione Qualità UNI EN ISO 9001:2008

- Febbraio 2013 — **Responsabile Qualità** per le attività formative della ASL Sanluri (del. N. 208 del 27.02.2013)

- Dal 2002 a tutt'oggi — Partecipazione a numerosi corsi/convegni in materia di **Qualità** e di impostazioni di Sistemi Gestionali (Soddisfazione Requisiti Cliente/utente, Approccio per processi, allestimento SGQ, ecc).

- Dal 2002 a tutt'oggi — Docenza in numerosi corsi di formazione Aziendali in materia di **Qualità**, accreditati ECM e non (in media 20 ore circa all'anno).

- Dal 2002 a tutt'oggi — Elaborazione, Contribuzione, Revisione Approvazione di numerose Istruzioni Operative, Procedure, Protocolli, Percorsi ed altri documenti utili per *tenere sotto controllo* le attività sanitarie in un ottica di perseguire un **miglioramento in continuo della Qualità**.
Elaborazione **Manuali Qualità** (Servizio Patologia Clinica).
Approvazione formale, previa revisione, **Manuale Qualità** Servizio Formazione Aziendale.

- Dal 2003 a tutt'oggi — Partecipazione a numerosi audit interni per la valutazione dello stato del Sistema Gestionale impostato nel Servizio di Patologia Clinica per perseguirne il **miglioramento in continuo.**

- Dal 2004 a tutt'oggi — Elaborazione del documento ufficiale detto *Riesame della Direzione* (almeno uno all'anno) finalizzato a valutare lo stato del Sistema Gestionale di Qualità, rilevarne le carenze e attribuire gli obiettivi miranti al perseguimento del **miglioramento continuo.**

- Dal 2004 a tutt'oggi — Rilevazione della **qualità percepita** dal cliente/utente (in media 250 questionari all'anno) al fine di impostare i processi (organizzazione del Servizio) in modo da permettere una migliore soddisfazione dei requisiti (esigenze, aspettative) dello stesso cliente/utente

ATTIVITA' DIDATTICA

- Anni 1989/1990/1991 — Anno scolastico 89/90: 35 ore di insegnamento (materia Patologia Generale) alla scuola per il conseguimento del diploma di infermiere professionale. Anno 90/91: 60 ore.

- Anni 2011/2012/2013 — Attività didattica presso la scuola di specializzazione di Patologia Clinica dell'Università di Cagliari in materia di "Gestione di un Servizio di Patologia Clinica".

ATTIVITA' FORMATIVE PROFESSIONALI CLINICO-DIAGNOSTICHE.

- Dal 1990 a tutt'oggi — Partecipazione, come discente, a numerosi corsi e convegni Aziendali ed extra-Aziendali (di rilevanza Nazionale ed Europea) nelle materie riguardanti la diagnostica di Laboratorio e, preferibilmente, riguardanti la Ematologia e l'Emostasi/Coagulazione, piuttosto che la Biochimica Clinica, la diagnostica delle proteine, l'immunometria, la Microbiologia, la Virologia, ecc.
Partecipazione a numerosi corsi/convegni come relatore, moderatore o Responsabile scientifico, riguardanti materie sia prettamente professionali che organizzativo-gestionali.

ATTIVITA' FORMATIVE PROFESSIONALI CLINICHE.

- Dal 2003 a tutt'oggi

Partecipazione a corsi/convegni finalizzati all'apprendimento degli elementi utili per la gestione clinica del paziente trombofilico o con patologia trombo-embolica in atto.

- Anno 2007

Istituzione dell'Ambulatorio dedicato alla Prevenzione, Cura e Sorveglianza delle malattie trombo-emboliche che, oggi, arruola più di 500 pazienti attivi. Il CT (**Centro Trombosi**) è affiliato FCSA (Istituto di Riferimento Nazionale per la ricerca clinica e per l'indirizzo) ed è **accreditato professionalmente** (accreditamento volontario) dallo stesso Istituto. Il CT fa parte del Servizio di Patologia Clinica dell'ASL Sanluri.

ATTIVITA' ORGANIZZATIVE E GESTIONALI DEL DIPARTIMENTO dei SERVIZI (DdS)

- Dal 2008 a tutt'ogg

L'Organizzazione e la Gestione del DdS si basa su un concetto definito ed adottato dal Direttore del DdS: sviluppare le potenzialità organizzativo-gestionali degli operatori del Dipartimento che, in quanto specialisti e conoscitori – ogn'uno per il proprio campo – sono in condizione di trovare le soluzioni ai problemi ed i modelli organizzativi, più appropriatì e più efficienti tenedo, sempre, conto della *mission* del DdS (efficienza manaferiale: raggiungimento degli obiettivi Aziendali attraverso azioni efficaci che, nel contempo, controllino il processo di consumo delle risorse). Una organizzazione dal basso (trasversale) che deve trovare l'approvazione da parte dei vertici Aziendali. Da ciò sono stati elaborati diversi progetti:

- Progetto Formazione: Il DdS dal 2008 a tutt'oggi ha garantito 50 crediti ECM/anno a ciascun operatore del Dipartimento, con una spesa minima e con minor interferenza con le attività istituzionali dei Servizi afferenti al DdS;
- Percorso Urgenza Emergenza: nato sulla base della configurazione del DdS (Pronto Soccorso che fruisce delle attività dei Servizi come Laboratorio, Radiologia, ecc.) e che permette di dare risposte in tempi certi e definiti (*timing*) ed adeguati a seconda del livello di priorità della richiesta (3 livelli: alto, risposte immediate; medio, risposte differite; basso, risposte in tempi adeguati alla non urgenza).
- Razionalizzazione attività: eliminazione delle aree di sovrapposizione (es. Laboratorio e Centro Trasfusionale) attrverso una ri-organizzazione delle attività e processi per ottenere un risparmio economico (vedasi riorganizzazione rete Laboratori Aziendali) e per conferire ai servizi la loro vera attività istituzionale (es. Laboratorio: attività diagnostica; Centro Trasf: Medicina Trasfusionale);
- Percorso Buon Uso del Sangue ed emoderivati: incidente, principalmente, nell'appropriatezza della richiesta:
- Percorso Infezioni Ospedaliere: per incrocio dati tra la Microbiologia (antibiogrammi) e Farmacia (uso antibiotici) finalizzato a combattere le resistenze e multi-resistenze microbiche;
- Aree Tematiche e Gruppi di Lavoro Dipartimentali:
  - Qualità
  - Gestione del Rischio Clinico
  - Terapia Anticoagulante Orale
  - Resistenze e Multi-resistenze microbiche
  - Appropriatezza Ecografia
  - Patologia del seno
  - Prevenzione Thalassemia
  - Patologia ad alta criticità
  - Gestione degli accessi ospedalieri
  - Autosufficienza sangue
  - Gestione Centri Prelievo Remoti

- Attività di Programmazione e di Budgeting;
- Attività di Rendicontazione:

Costo complessivo 2011: € 8.451.660
Scostamento 2012-2011= - 5,51%
A fronte di un sostanziale pareggio attività (produzione, si registra una riduzione delle prestazioni interne (risparmio) ed un seppur lieve aumento delle esterne (fidelizzazione utente), anche come effetto della programmazione Dipartimentale.

ATTIVITA' ORGANIZZATIVE E GESTIONALI DEL SERVIZIO DI PATOLOGIA CLINICA (Laboratorio, Anatomia Patologica, Centro Trombosi).

Dal 2005 a tutt'oggi

La ricerca ed il tentativo di perseguire un miglioramento continuo delle attività e di implementare il Sistema di Gestione della Qualità, ha portato il Laboratorio a programmare le proprie attività in termini di efficacia, efficienza ed in termini di qualità secondo un'ottica di soddisfazione dei requisiti del cliente. La riorganizzazione delle attività, così da tempo programmata, è risultata coincidente complessivamente con i contenuti del Progetto Regionale e tale da soddisfarne i requisiti in tempo reale e, addirittura, prima che fosse emesso lo stesso Progetto: con deliberazione n. 48/21 del 29 Novembre 2007 la Regione Sardegna approvava il Progetto di Riorganizzazione della rete dei Laboratori e, in data 15 Novembre 2007 l'Azienda Sanitaria di Sanluri istituiva il Laboratorio Unico Logico (obiettivo principe su cui verte l'intero Progetto Regionale). I requisiti che il Laboratorio, da tempo, si prefiggeva di soddisfare e che sono risultati poi coincidenti con quelli contenuti nel progetto Regionale, in sintesi, sono i seguenti, come riportati nel Manuale Qualità Rev. 03:

1. **Efficacia Diagnostica: Qualità dell'intero processo diagnostico e predisposizione per accreditamenti/certificazioni.**

E' oramai noto che il Laboratorio dell'Ospedale ha ottenuto la certificazione di qualità, sin dal 2004, in quanto il Sistema Gestionale di Qualità impostato, risulta conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000. Pertanto risulta requisito cogente quello di una revisione dei processi al fine di perseguire una sempre e maggiore efficacia diagnostica (miglioramento continuo della qualità) misurata, e tenuta sotto controllo, da indicatori specifici.

2. **Efficacia Clinica: Valorizzare le professionalità del personale Medico formando delle équipe in grado di mantenere stretti rapporti col clinico attraverso consulenze, condivisione di protocolli, appropriatezza del dato, ecc.**

Nella convinzione che il medico di Laboratorio possa ancora esprimere le proprie potenzialità in campo clinico, si è modificata l'attività del Medico di Laboratorio, da una mera gestione del dato ad una gestione diretta del paziente. Si è scelto di gestire le patologie in cui il dato di laboratorio rappresenta un elemento indispensabile per il loro monitoraggio, corto-circuitando il consueto processo (Paziente → Laboratorio → Clinico → Paziente) in un processo più efficace (Paziente → Laboratorio → Paziente). Il 13 Febbraio 2006 si è aperto l'ambulatorio TAO e, previa approvazione da parte della Direzione Aziendale, il Laboratorio si appresta ad istituire la Microbiologia Clinica il cui compito sarà quello di scegliere l'anti-microbico più appropriato, in caso di positività di un esame colturale, al fine di ridurre le resistenze e le infezioni ospedaliere. Oggi l'ambulatorio TAO (Centro Trombosi) conta più di 500 pazienti.

Sul versante "appropriatezza" il Laboratorio sta elaborando una "Guida al buon uso del Laboratorio".

3. **Efficienza Gestionale: Risparmio, razionalizzazione risorse umane e materiali, ecc.**

Nel corso del 2007 si è realizzato il "Laboratorio Unico Logico" (LUL) prodotto dall'accorpamento tra il Laboratorio Ospedaliero e quello Territoriale, quest'ultimo trasformato in centro prelievo. L'operazione permette, tra l'altro, l'istituzione di nuove linee diagnostiche e l'utilizzo delle attrezzature nell'arco di tutte le 24 ore (guardie attive) per effetto di una razionalizzazione delle risorse. A parità della produzione, il risparmio ottenuto è di circa 700.000 € all'anno

4. **Laboratori in Rete: Unica struttura centrale che gestisce la rete, Laboratorio Unico Logico per la condivisione on-line col Territorio delle richieste e dei risultati.**

Si è istituito un sistema informatico che permette il collegamento on-line tra il centro (Laboratorio Unico Logico) e la periferia (centri prelievo remoti) per la condivisione on-line delle richieste e dei risultati (stampa referti in loco). E' in fase di implementazione il sistema che collega on-line tutti i reparti ospedalieri col Laboratorio Unico Logico. A tutt'oggi sono stati istituiti n. 9 entri Prelievo Remoti nel Territorio ASL collegati on-line col Laboratorio Unico Logico Centrale.

Rendicontazione: Nel 2012 il Laboratorio ha espresso un'attività svolta, nel suo complesso, secondo quanto previsto dalla programmazione Dipartimentale 2011 e dagli obiettivi di budget 2012 che richiedevano una maggiore efficienza (svolgimento di attività efficaci col minor dispendio economico) ottenibile attraverso un'ottica più *manageriale*. L'intento (vedasi programmazione del DdS 2011) era quello di ridurre le spese agendo preferenzialmente sulle prestazioni degli interni e cercando, nel contempo, di aumentare quelle degli esterni anche favorendo una maggiore fidelizzazione della stessa utenza esterna. Si è ottenuta così una riduzione delle attività, rivolte agli interni (agendo su una maggiore appropriatezza della richiesta) ottenuta ponendo regole precise ai reparti, da rispettarsi all'atto della compilazione della richiesta stessa. Questa azione ha contribuito a ridurre le prestazioni interne dell'4%, per i soli interni. Gli esterni, in sintonia con la programmazione DdS 2011, sono aumentati di quasi il 2%. Positivi (nel senso di una crescita) tutti gli altri indici (TAO, Sceening, ecc.) L'unico indice che esprime un segno negativo è il costo medio ad esame che passa da 3,50 nel 2010 a 3,15 nel 2011 e raggiunge 2,7 euro nel 2012. Questo è il risultato di una riorganizzazione interna (utilizzo appropriato dei sistemi qualità) che consente di ridurre le calibrazioni, le ripetizioni e, in sintesi, gli sprechi. Il risparmio per esame (0,45 €) moltiplicato per il numero di esami (1.070.000) porta ad un risparmio di € 481.749,3. Nel 2012 sono stati istituiti 2 nuovi Centri prelievo Territoriale per cui, in tutto, diventano 9.

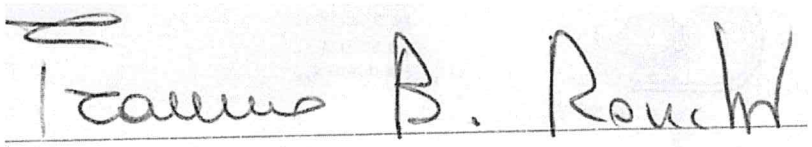
ALTRI INCARICHI/FUNZIONI

DAL 02.10.2013 A TUTT'OGGI	Componente Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari (delibera Regione Sardegna n. 30/13 del 30.07.2013 e delibera AOUC n. 753 del 24.09.2013)
DAL 10.03.2011 A TUTT'OGGI	Componente Comitato Aziendale per la predisposizione e gestione di un piano di emergenza sanitaria per eventi straordinari (delibera ASL Sanluri n. 106 del 10.03.2011)
DAL 21.05.1990 AL 03.03.1992	Componente Commissione Medica Periferica per le Pensioni di guerra e di Invalidità Civile
08.11.2001	Componente Comitato Tecnico Aziendale per Emergenza Bioterroristica
DAL 1989 AL 1999	Attività di Medico con incarico di opera professionale a termine, presso la Croce Rossa Italiana.
DAL 30.05.2007 AL 31.12.2012	Presidente Comitato Aziendale per il controllo delle Infezioni Nosocomiali
2013	Componente Comitato Infezioni Nosocomiali
DAL 2005 A L LUGLIO 2013	Componente di una Commissione Medica Aziendale per l'Invalidità Civile
DAL DICEMBRE 2013 A TUTT'OGGI	Presidente Comitato Buon Uso del Sangue (ASL Sanluri)

MADRELINGUA **ITALIANA**

ALTRE LINGUA

FRANCESE E INGLESE DI BUON LIVELLO.

DATA: 31.12.2013

FIRMA