

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO - FORLANINI**



Sede Legale: Piazza C. Forlanini, 1 - 00151 Roma
C.F. e P.I. 04733051009

DELIBERAZIONE N. 0620 DEL 30 SET. 2011

Struttura proponente: U.O.C. TRATTAMENTO GIURIDICO - UOS INCARICHI DIRIGENZIALI E FONDI AZIENDALI
Codice settore proponente: IFDG 66/2011 Centro di Costo: A0RZ01999S

Oggetto: "Adozione dell'Atto di autonomia Aziendale di Diritto Privato dell'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini."

Estensore
(D.ssa Barbara Solinas)

**IL DIRETTORE GENERALE
(Prof. Aldo Morrone)**

Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Antonino Giliberto

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

Parere del Direttore Sanitario: Dott. Diamante Pacchiarini

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico/investimento negoziato.

Voce del conto economico/investimento su cui si imputa l'importo: PRESA USSIONE

Visto del Dirigente addetto al controllo di budget: Direttore U.O.C. Controllo di Gestione: Dott.ssa Daniela Donetti

Firma

Data

Il Dirigente 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.

Responsabile del Procedimento:

Dr.ssa Barbara Solinas

Data

Il Dirigente:

Dr.ssa Francesca Milito

Data

IL DIRETTORE GENERALE

VISTI l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;

- le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;

IN VIRTU' dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0103/2011 del 21 marzo 2011;

VISTI la vigente normativa ed in particolare il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

- la Legge Regionale 11/08/2008, n. 14;
- la Legge 23/12/2009, n. 191;
- il Decreto Legge 31/05/2010, n. 78 convertito con Legge 30/07/2010, n. 122;
- il Decreto Legge 13/08/2011, n. 138 convertito con legge 14/09/2011, n. 188;
- la deliberazione n. 2218 del 15 novembre 2007 con la quale è stato adottato l'Atto di autonomia aziendale di questa Azienda pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 4 al BURL n. 3 del 21 gennaio 2008;

PREMESSO che con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 66/2007 e s.m.i. è stato approvato il "Piano di rientro" che aveva valenza triennale con scadenza fissata al 31/12/2009;

- che l'Intesa Stato - Regioni del 3/12/2009 concernente il Patto per la Salute per gli anni 2010 - 2012 ha disposto il prosieguo dei piani di rientro delle regioni già commissariate, secondo programmi operativi;
- che con decreto commissariale n. 49/2001 e s.m.i. è stato approvato il documento concernente i Programmi Operativi per l'anno 2010;
- che con decreto commissariale n. 113/2010 è stato approvato il documento concernente i Programmi Operativi per l'anno 2011 - 2011;

CONSIDERATO che, al fine di evitare iniziative non compatibili con il processo di razionalizzazione e di risanamento avviato con il Piano di Rientro, la legge regionale 11/08/2008, n. 14 concernente "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008 - 2010 della Regione Lazio" ha disposto, al suo art. 1, comma 66, la sospensione di tutti gli atti aziendali a suo tempo approvati in attesa dell'adozione del piano di riassetto della rete ospedaliera;

- altresì, che in esito a quanto sopra, il Commissario ad acta della Regione Lazio, con proprie note indirizzate ai massimi vertici delle Aziende Sanitarie del territorio ha ribadito che tutti i provvedimenti finalizzati alla modifica degli atti aziendali ovvero l'attribuzione di nuovi incarichi erano da considerarsi sospesi;

PRECISATO che nell'ambito dei Programmi operativi di cui al citato decreto commissariale n. 113/2010, al Programma n. 5 "Razionalizzazione gestione del personale", l'azione 12.3 prevede che le Aziende Sanitarie provvedano alla predisposizione dei nuovi Atti Aziendali da redigersi sulla scorta dei contenuti delle Linee guida regionali allo scopo di fornire univoci indirizzi per l'adozione di un modello di organizzazione che realizzi concretamente i principi fondanti del nuovo Piano Sanitario 2010 - 2012, nel rispetto degli obiettivi economici previsti dal Piano di Rientro;

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il decreto commissariale 10/06/2011, n. 40 con il quale è stato approvato l'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

PRECISATO che il citato decreto stabilisce ulteriori obiettivi per i direttori generali delle Aziende sanitarie che vanno ad implementare quelli già analiticamente previsti dal decreto commissariale n. 104/2010;

- in particolare che tra gli obiettivi di che trattasi sono da ricomprendere i seguenti adempimenti:
 - adozione dell'Atto Aziendale delle strutture sanitarie da redigersi conformemente alle Linee guida di cui sopra;
 - adozione dei regolamenti disciplinanti le specifiche modalità di funzionamento delle strutture medesime;
 - previsione di una riduzione delle unità operative in coerenza con le previsioni del più volte citato Piano Sanitario Regionale e dei successivi Programmi Operativi;
 - individuazione della figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'art. 4 bis della L.R. 03/08/2011, n. 16 e s.m.i.;

RICHIAMATO il contenuto integrale delle linee guida di che trattasi con le quali la Regione Lazio delinea i principi ed i criteri ai quali gli atti di autonomia aziendale dovranno adeguarsi;

PRECISATO che, in ossequio a quanto prescritto dalle richiamate linee di indirizzo, previa revisione della consistenza del personale e dell'assetto organizzativo funzionale vigente, il documento recante l'atto di autonomia aziendale di questa Azienda è stato elaborato in coerenza con una prospettiva di pianificazione mirata a razionalizzare e reingegnerizzare i processi aziendali per l'erogazione di pubblici servizi, anche in considerazione delle modifiche di assetto conseguenti al consistente trasferimento delle attività sanitarie al presidio S. Camillo;

- più in particolare, che l'Atto Aziendale in parola è finalizzato ad operare una riorganizzazione del preesistente assetto in funzione, da un lato, della ottimizzazione delle risorse, dall'altro al fine di perseguire e garantire i percorsi clinico - assistenziali e di ricerca a livello di eccellenza;

CONSIDERATO che gli indirizzi regionali di cui al decreto n. 40/2011 dettano precise disposizioni circa la procedura da seguirsi in occasione dell'adozione dell'atto, procedura da seguirsi anche in caso di modifiche non meramente formali dell'atto aziendale medesimo prevedendo che detto documento debba essere adottato con provvedimento formale del direttore generale previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle Organizzazioni Sindacali, sentito il Collegio dei Sanitari;

DATO ATTO che è stato rispettato l'iter procedurale sopra descritto acquisendo il parere del Collegio di Direzione, sentendo il Consiglio dei Sanitari e rispettando il sistema delle relazioni sindacali in data 29/09/2011;

CONSIDERATO che dal nuovo assetto organizzativo come previsto dall'organigramma aziendale deriva una riduzione dei costi, conseguente tanto alla rideterminazione della dotazione organica come evidenziata nella propria deliberazione n. 368/2011 quanto con riferimento alle unità operative rispetto al numero complessivo degli incarichi previsti nel previgente Atto Aziendale, pubblicato sul supplemento n. 4 del BURL n. 3 del 21 gennaio 2008, con conseguenti minori costi a carico del bilancio secondo le risultanze di seguito riportate:

IL DIRETTORE GENERALE

	Atto Aziendale Vigente	Atto Aziendale proposto	Differenza
Strutture :	numero	numero	numero
Dipartimenti	12 (*)	12 (*)	0
Coordinamenti	3	3	0
subtotale	15	15	0
UOC	83	77	- 6
UOSD	38	33	- 5
UOS	41	41	0
Totale unità operative	162	151	- 11
Totale generale	177	166	- 11
(*) di cui 1 Dipartimento interaziendale			

RITENUTO pertanto di adottare l'Atto di autonomia aziendale secondo i contenuti di cui all'allegato documento;

- altresì di precisare - con riferimento alle strutture dipartimentali - che in attuazione dei programmi operativi, è stato dato atto della soppressione del dipartimento interaziendale dedicato alla medicina trasfusionale e, conseguentemente, resta nell'assetto organizzativo un solo dipartimento con tale valenza, il POIT, il cui peso viene quantificato in ragione del 50%, stante la partecipazione in pari misura dell'IRCSS Spallanzani;

DATO ATTO infine che copia del presente provvedimento dovrà essere trasmesso alle competenti Direzioni Regionali del Dipartimento Sociale della Regione Lazio per il seguito di competenza;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, attesta che è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90 e s.m.i.;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per quanto sopra esposto:

- di adottare l'Atto di autonomia aziendale secondo le risultanze di cui all'allegato documento;
- di dare atto che l'Atto Aziendale di cui alla presente deliberazione comporta una riduzione del numero complessivo delle strutture distinto per tipologia (dipartimenti/coordinamenti di area, strutture complesse, strutture semplici dipartimentali/strutture semplici) rispetto all'attuale assetto organizzativo, come si evince dal prospetto di seguito riportato:

	Atto Aziendale Vigente	Atto Aziendale proposto	Differenza
Strutture :	numero	numero	numero
Dipartimenti	12 (*)	12 (*)	0
Coordinamenti	3	3	0
subtotale	15	15	0
UOC	83	77	- 6
UOSD	38	33	- 5
UOS	41	41	0
Totale unità operative	162	151	- 11
Totale generale	177	166	- 11
(*) di cui 1 Dipartimento interaziendale			

IL DIRETTORE GENERALE

- di trasmettere copia del presente provvedimento alle competenti Direzioni Regionali del Dipartimento Sociale della Regione Lazio per il seguito di competenza.

La presente deliberazione è composta di n. 112 pagine di cui n. 107 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto sarà affisso all'Albo dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

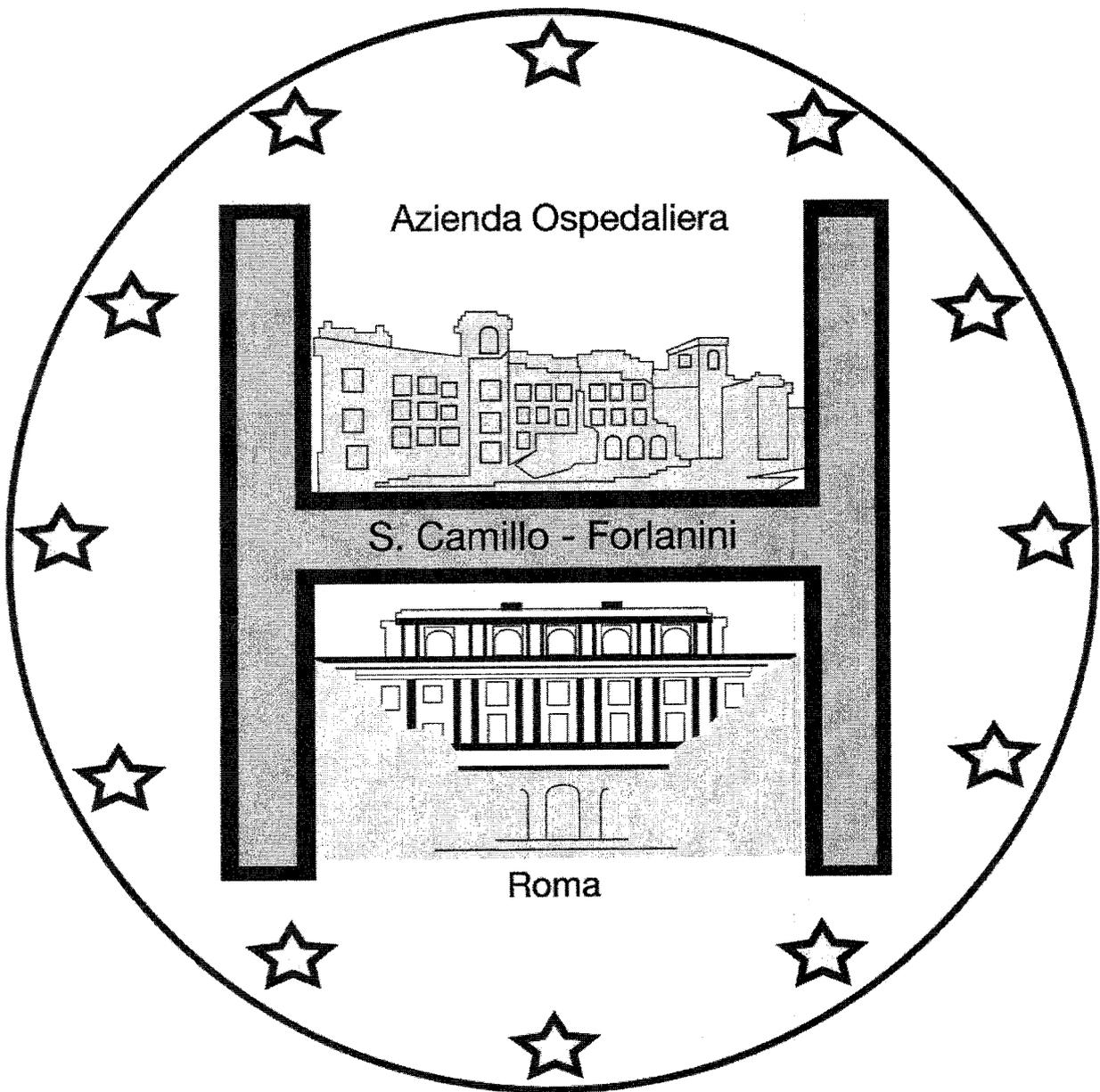
IL DIRETTORE GENERALE
(Prof. Aldo Morrone)



ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE

AZIENDA OSPEDALIERA

S. CAMILLO FORLANINI



A handwritten signature in black ink, consisting of a cursive 'A' followed by a stylized 'R'.

INDICE

Cenni storici

TITOLO I – L’AZIENDA

Art. 1 – Elementi identificativi

- 1.1. Contesto di riferimento
- 1.2. Contesto attuale
- 1.3. Sede legale
- 1.4. Logo
- 1.5. Patrimonio
- 1.6. Posti letto
- 1.7. Personale

Art. 2 – Le finalità istituzionali, la missione e la visione

- 2.1. Le finalità istituzionali
- 2.2. La missione
- 2.3. La visione

TITOLO II – ASSETTO ISTITUZIONALE DELL’AZIENDA OSPEDALIERA

Art. 3 – Gli organi dell’Azienda

- 3.1. Il Direttore Generale
- 3.2. Il Collegio Sindacale

Art. 4 – Gli organismi collegiali dell’Azienda

- 4.1. Il Collegio di Direzione
- 4.2. Il Consiglio dei Sanitari
- 4.3. Comitati e commissioni aziendali

TITOLO III - PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Art. 5 – La centralità del cittadino

Art. 6 – Gli strumenti per la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

TITOLO IV - LE POLITICHE SANITARIE

Art. 7 - La continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici

Art. 8 - Il governo clinico



TITOLO V - LE POLITICHE GESTIONALI

Art. 9 – Le ragioni delle scelte

Art. 10 - La Programmazione

Art. 11 - Il Budget aziendale

Art. 12 - Il sistema dei controlli

12.1. La valutazione della performance e trasparenza

12.2. Collegi tecnici

Art. 13 – Il governo tecnologico

Art. 14 – Il decentramento

Art. 15 - La delega e l'attribuzione di responsabilità

Art. 16 - Tipologia degli incarichi dirigenziali

Art. 17 - Posizioni Organizzative

Art. 18 - La gestione e lo sviluppo delle professionalità e del personale

Art. 19 – La Formazione continua: strumento per la qualità ed il governo clinico

Art. 20 - Le relazioni sindacali

TITOLO VI – L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Art. 21 - Criteri generali di organizzazione

Art. 22 - L'Ospedale

Art. 23 - Dipartimenti

Art. 24 – Unità operative

Art. 25 - Modelli operativi

Art. 26 - La direzione strategica

Art. 27 - Il Direttore Sanitario e Amministrativo

Art. 28 - II Direttore Sanitario



Art. 29 - Il Direttore Amministrativo

Art. 30 - Il dirigente preposto alla redazione dei Documenti contabili

Art. 31 - Strutture in staff alla direzione strategica

- 31.1. La progettazione esterna
- 31.2. Organismo indipendente di valutazione
- 31.3. Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità
- 31.4. Il risk manager
- 31.5. La tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro
- 31.6. Modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

Art. 32 - Il Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico D.I.T.R.O.

Art. 33 - Norme finali e di rinvio



CENNI STORICI

L'Azienda Ospedaliera comprende due fra i più importanti e conosciuti Ospedali di Roma: il San Camillo dove vengono accolti e curati i pazienti affetti dalle più diverse patologie e il Forlanini a prevalente indirizzo pneumologico.

Il complesso si estende su un'area di ben 40 ettari con un ampio parco e con piante secolari. Fino al 1996 faceva parte dell'Azienda anche l'Ospedale Lazzaro Spallanzani, specializzato in malattie infettive, poi scorporato e divenuto autonomo Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS).

San Camillo: l'idea di un nuovo polivalente ospedale per i romani venne al sindaco Ernesto Nathan che, alla fine dell'800, fece predisporre un primo progetto rimasto però sulla carta. Era il 1903.

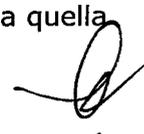
Se ne riparlò subito dopo la guerra, partendo dal nome: Ospedale della Vittoria. Fu scelto il terreno, periferico, la vigna di San Carlo a Monteverde, 60 metri sul livello del mare, aperto alle brezze del litorale, ricco d'acqua, ma soprattutto ceduto a buon prezzo dal Vaticano.

Un po' per la complessità dell'impresa, un po' per la mancanza di fondi, il cantiere, aperto il 28 aprile 1919, ben presto chiuse i battenti. Li riaprì il 15 settembre 1927, sotto la spinta della grave epidemia di influenza spagnola che colpì con durezza la popolazione romana. Il 28 ottobre 1929 il nosocomio fu inaugurato con il nome di Ospedale del Littorio, per divenire poi – all'inizio del secondo dopoguerra – Ospedale Ernesto Nathan e, già nel 1945, Ospedale San Camillo de Lellis, in memoria del protettore della Sanità militare e fondatore dell'ordine religioso dedito all'assistenza agli infermi. La gestione fu affidata al Pio Istituto – Ospedali Riuniti di Roma.

Alla fine degli anni '50 furono eseguiti i primi lavori di ammodernamento e di ampliamento della struttura: nacquero così Cardiologia, la Pediatria, la Traumatologia.

Accompagnando i progressi della ricerca scientifica, facendosi carico di una domanda di servizi sanitari cresciuta nel tempo, l'Ospedale San Camillo è stato il primo ospedale di Roma ad avere una rianimazione, già nel '62; il primo per la cardiocirurgia con un'unità coronaria attiva sul finire degli anni '60. Progressivamente si è dotato delle risorse medico-scientifiche e delle infrastrutture necessarie per affrontare pressoché l'intero ventaglio delle patologie. Negli ultimi decenni, il San Camillo – come lo chiamano i romani – ha subito numerose modifiche sotto il profilo giuridico, fino alla configurazione attuale come Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini.

Forlanini: l'Ospedale Carlo Forlanini, intitolato al più illustre dei seguaci italiani del professor Robert Koch, che nel 1882 riuscì a isolare il bacillo della tubercolosi che allora, in città come Roma, colpiva e spesso uccideva una persona su cinque, ha avuto una storia parallela a quella del San Camillo.



Inaugurato il 1° dicembre 1934, era stato progettato, edificato ed organizzato secondo criteri allora d'avanguardia. Era al centro di un parco di 280 mila metri quadrati con migliaia di alberi d'alto fusto. Prima della scoperta dei farmaci antitubercolosi ad attività battericida e batteriostatica, la tubercolosi si curava con il riposo in ambiente igienico e ben ventilato, oltrech  con interventi chirurgici.

Le caratteristiche igienico-sanitarie del sanatorio le aveva dettate il professor Enrico Morelli, che di Carlo Forlanini era stato allievo. Del resto, nel palinsesto ospedaliero non mancavano biblioteca, museo, perfino un cinema da ottocento posti e naturalmente spazi per le lezioni destinate agli specializzandi, accanto a infrastrutture di servizio e tecniche, per l'epoca decisamente nuove.



Titolo I

L'Azienda

Art. 1

ELEMENTI IDENTIFICATIVI

1.1.CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è una Azienda con personalità giuridica pubblica, senza finalità di lucro, inserita organicamente nel Servizio Sanitario Regionale del Lazio con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e assistenziale nazionale e regionale.

Pertanto compete alla Regione l'individuazione degli obiettivi complessivi che dovranno perseguire le Aziende, la conseguente assegnazione delle risorse occorrenti, secondo criteri di congruità e nel limite delle risorse disponibili, e la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

All'Azienda va riconosciuta l'autonomia di scegliere le modalità organizzative più idonee, secondo criteri di appropriatezza, efficienza, efficacia ed economicità, per la realizzazione degli obiettivi prefissati, secondo gli indirizzi regionali.

In tale scenario, l'organizzazione dell'Azienda è volta a realizzare un modello flessibile ed adattabile in grado di modulare con immediatezza, l'offerta di prestazioni in funzione del contesto in cui opera, in regime di concorrenzialità seppur controllata. Il modello di organizzazione della Azienda deve, pertanto, assumere una configurazione essenzialmente dinamica, nell'ambito della quale le strutture portanti del sistema organizzativo siano in grado di operare per obiettivi e progetti.

Pertanto l'Azienda disciplina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con il presente Atto di diritto privato; informa la propria attività a criteri di etica, appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità; è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi ed agisce mediante atti di diritto privato nel rispetto dei vincoli fissati dall'ordinamento.

Mediante il presente atto aziendale di diritto privato l'Azienda esprime la propria "*missione*" in ambito regionale, nazionale ed internazionale, esplicita la "*visione*" perseguita, nonché i principi ed il sistema di valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli, dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi.

In questo contesto **l'informazione**, regolata da flussi costanti e sistematici mediante strumenti adeguati, **la formazione e l'aggiornamento continuo** delle risorse umane impegnate nei processi produttivi-erogativi a tutti i livelli, **la ricerca di partecipazione** all'elaborazione di strategie, obiettivi e programmi e **la condivisione** dei progetti costituiscono

dei punti di riferimento inscindibili della gestione e permeano le azioni ed i comportamenti dell'organizzazione. Analogamente **l'attenzione alle esigenze delle risorse umane e l'impiego di strategie di sviluppo appropriate**, sostenute da progetti, programmi, strumenti e risorse adeguati rappresentano un impegno per le strutture aziendali in vista del necessario coinvolgimento di professionisti, operatori e collaboratori nei programmi finalizzati agli obiettivi gestionali.

1.2.CONTESTO ATTUALE

Una prima operazione di razionalizzazione, con le finalità di cui sopra, è stata l'approvazione, con deliberazione n. 2218 del 15 novembre 2007, dell'Atto di autonomia aziendale di questa Azienda pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 4 al BURL n. 3 del 21 gennaio 2008 - predisposto secondo le linee guida impartite dalla Giunta Regionale con delibera n. 139/2007 nell'ambito del quale si è anche proceduto a ridurre il numero delle strutture mantenendo - tuttavia - impregiudicata la funzione istituzionale di alta specializzazione e di rilievo nazionale propria dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini.

Successivamente, la Giunta Regionale del Lazio, con delibera n. 149 del 6 marzo 2008, ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo - ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004 - che poneva, tra i suoi obiettivi, la realizzazione di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obbligo di riconduzione del numero dei posti letto per acuti agli standard nazionali.

In tal senso, l'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini, con deliberazione n. 2145 del 27/10/06, aveva già a suo tempo adottato il proprio Piano strategico in cui programmava il trasferimento di tutte le strutture aziendali presso il presidio San Camillo, al fine di realizzare - nell'arco del triennio 2006-2009 - un complessivo riassetto organizzativo/strutturale che, oltre al conseguimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia gestionale e delle prestazioni assistenziali, assicurasse la razionalizzazione dei costi ed il progressivo rientro dal disavanzo, attraverso l'eliminazione delle eccessive spese di gestione legate alle dimensioni dei due presidi e al loro effettivo utilizzo anche con duplicazioni di servizi.

La predetta programmazione strategica aziendale - diretta evidentemente alla riorganizzazione della rete ospedaliera interna in coerenza con le prescrizioni regionali - è stata oggetto di specifica approvazione della Regione che infatti - con la legge finanziaria per l'esercizio 2007 - ha stanziato un primo finanziamento di 20 milioni di euro finalizzato all'esecuzione di parte delle opere di ristrutturazione del San Camillo, così come pianificate nel Piano strategico di questa Direzione. In merito, da ultimo, è intervenuta la Legge regionale 11 agosto 2008, n. 14, concernente l'assestamento del bilancio pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio, che ha disposto - tra l'altro - che il predetto trasferimento di tutte le attività svolte presso il presidio Forlanini dovesse avvenire in significativo anticipo rispetto al termine ultimo previsto nel Piano strategico aziendale. Inoltre, con il decreto n. 9 del 3/09/08 del Presidente della Regione in



qualità di Commissario ad acta è stato stabilito il cronoprogramma del trasferimento di che trattasi.

Il previsto trasferimento di tutte le attività sanitarie dell'ospedale Forlanini presso il San Camillo ha comportato, di conseguenza e coerentemente con gli obiettivi del Piano di Rientro regionale, la riduzione della dotazione aziendale dei posti letto - previo parere favorevole dell'Agenzia di Sanità Pubblica - dai n. 1253 p.l. previsti nel vigente Atto aziendale a n. 1.073, così come da deliberazione aziendale n. 1605 dell'11/08/08 e dal predetto decreto n. 9 del 3/09/08 del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta.

Al numero dei complessivi posti letto citati sono da aggiungere gli ulteriori 10 relativi al modulo operativo riferito alla Unità di Cure Residenziali - UCRI, attivati giusta deliberazione aziendale n. 333 del 13/04/2011, in applicazione del decreto commissariale n. U0006 del 19/01/2011, che comunque prevede un ulteriore aumento dei posti letto di questa unità fino a 30 p.l. Infatti con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U0006 del 19/01/2011 è stato disposto di istituire, presso la struttura complessa "UOC Direzione Sanitaria Presidio Forlanini" di questa Azienda, una Unità di Cure Residenziali Intensive (UCRI), articolata in moduli, dedicata alle cure dei pazienti affetti da stato vegetativo e stati di minima coscienza a seguito di gravi cerebro lesioni e a rischio di instabilità. Nelle more dell'intesa tra l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL competente territorialmente, in ossequio alle disposizioni del richiamato decreto, è stata disposta l'attivazione del primo modulo operativo di richiamati dieci posti letto, prevedendo l'inserimento di detto modulo nell'ambito della richiamata struttura complessa UOC Direzione Sanitaria Presidio Forlanini, ora convertita nella struttura semplice dipartimentale "UOSD Risk management - Direzione sanitaria - Presidio Forlanini - UCRI".

In considerazione di quanto sopra, la Direzione Aziendale pro-tempore ha elaborato un documento programmatico di revisione dell'assetto organizzativo, funzionale ed organico dell'Azienda, conseguente al trasferimento di tutte le attività sanitarie del presidio ospedaliero Forlanini presso il San Camillo, con il quale sono stati definiti i macro-parametri e i criteri finalizzati sia allo specifico processo di riorganizzazione delle attività, sia da utilizzare ogni qual volta dovessero rendersi necessarie eventuali ulteriori revisioni degli assetti aziendali, anche con riferimento agli istituti giuridici applicabili in materia di personale e dotazioni organiche.

Tale Documento (approvato con deliberazione n. 2214 del 17/11/2008), ridisegnando la struttura aziendale in funzione delle disposizioni regionali, ha rinviato tuttavia ad un successivo atto l'individuazione delle aree funzionali e delle unità operative interessate direttamente dal processo in questione che consentisse il conseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e garantisse le funzioni aziendali di eccellenza e di riferimento regionale per le reti di alta specialità e di emergenza.



Riguardo allo stato di avanzamento del processo di trasferimento delle strutture sanitarie presso il San Camillo occorre preliminarmente considerare che i nuovi orientamenti architettonici e funzionali prevedono la necessità di riorganizzare gli Ospedali secondo modelli moderni ed impongono di superare le suddivisioni funzionali per dare spazio ad una organizzazione per processi ed intensità di cura.

Inoltre si deve tener presente che, negli ultimi anni, si è verificato un ingente sviluppo delle innovazioni nel campo delle tecnologie mediche, telematiche e dell'automazione, il quale ha fatto registrare grandi cambiamenti nelle modalità di erogazione della cura e soprattutto nell'organizzazione gestionale del servizio Ospedaliero.

In questo contesto culturale si è sviluppata la programmazione relativa alla riorganizzazione, valorizzazione, ristrutturazione e riqualificazione del patrimonio edilizio che nel periodo compreso tra il 2008 al 2011 ha interessato circa 52.400,00 mq delle strutture del sito Ospedaliero San Camillo.

Stante gli obiettivi Aziendali, si è dato inizio alla ristrutturazione dei padiglioni, disposti intorno al nucleo centrale costituito dalla Piastra tecnologica, il tutto progettato seguendo una nuova cultura progettuale, che ha tenuto conto della visione d'insieme dell'intero complesso Ospedaliero, ovvero l'alto livello di complessità della struttura ospedaliera da riqualificare è stata studiata e realizzata coordinando e integrando le diverse competenze sanitarie, logistiche, tecnologiche, gestionali, architettoniche e ambientali; realizzando così quella che si può senz'altro definire una progettazione oltre che complessa anche integrata.

Il vincolo costituito dalla struttura dell'Ospedale a Padiglioni collegati al piano seminterrato da cunicoli, tipica dell'età di costruzione, è stato utilizzato come elemento di raccordo logistico e strutturale, valorizzandolo come elemento favorente lo svolgimento dell'organizzazione Dipartimentale e del Percorso Diagnostico Assistenziale. In tal modo si è inteso costruire funzionalmente un modello di raccordo logistico (monoblocco funzionale) che consentisse una razionalizzazione tesa alla minimizzazione dei costi ed al miglioramento delle sinergie organizzative fra le diverse strutture sanitarie.

Attraverso questi interventi di ristrutturazione si è concretizzata la razionalizzazione dei percorsi logistici e diagnostico assistenziali, la messa in sicurezza dell'ospedale attraverso la realizzazione di sistemi antincendio, l'adeguamento alla normativa antisismica e si è riportata l'impiantistica ai livelli di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

In tal modo si è raggiunto l'obiettivo di migliorare il funzionamento tecnologico degli edifici e delle apparecchiature elettromedicali da posizionare nei padiglioni ristrutturati.

La tecnologia dell'industria ed il comfort alberghiero vengono ad essere i nuovi, reali e contemporanei riferimenti delle esigenze odierne riguardo agli spazi delle strutture sanitarie.



Il nuovo assetto dell'Ospedale San Camillo infine si qualifica per la ricerca di una nuova tipologia impiantistica nella quale, a fronte di una migliore efficienza energetica si ottiene un notevole risparmio energetico ed una sensibile riduzione delle emissioni in atmosfera.

Sono inoltre stati inviati all'attenzione della competente struttura regionale, per la dovuta valutazione ed autorizzazione, i piani di investimenti per il completamento del processo di ristrutturazione dell'Ospedale San Camillo.

Nella tabella seguente sono elencate le strutture edilizie, con la relativa estensione, che sono state oggetto delle ristrutturazioni dal 2008 ad oggi.



PADIGLIONE	AREA ASSISTENZIALE	STATO DELL'ARTE	MQ
CESALPINO	Banca criogenica delle "Cellule Staminali e Terapia Cellulare"	Lavori ultimati (novembre 2009)	750,00
FLAJANI	Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico	Lavori ultimati (novembre 2009)	4.000,00
MARONCELLI	Medicina Interna	Lavori ultimati (novembre 2009)	8.100,00
MALPIGHI	Laboratori centralizzati e centro prelievi	Lavori ultimati	6.600,00
CENTRALE TECNOLOGICA	Realizzazione del nuovo polo tecnologico interrato	Lavori ultimati (novembre 2010)	2.000,00
BUSI	Edificio A	Lavori ultimati (settembre 2011)	4.500,00
	Spogliatoi centralizzati - senologia - radiologia		
	Edificio C- D		
	CUP - Radioterapia		
MORGAGNI	SPDC	Lavori ultimati (novembre 2010)	650,00
	Camere Operatorie OCULISTICO		650,00
MARCHIAFAVA	Pneumologie	Lavori ultimati (novembre 2010)	7.000,00
CENTRALE TECNOLOGICA	Realizzazione del nuovo polo tecnologico interrato		1.700,00
TRAUMATOLOGICO	SLOT- Spogliatoi centralizzati	Lavori ultimati 2009	1.500,00
	Radiologia	Piano seminterrato	1.000,00
	Ambulatori	Piano Rialzato	
CUCINA CENTRALE		Lavori I Fase ultimati (novembre 2011)	2.500,00
CUNICOLO TECNOLOGICO	Dorsale principale di collegamento dei vettori energetici messa a norma	Lavori ultimati (gennaio 2011)	800,00
CUNICOLO SANITARIO	Messa a norma e ripristino dei collegamenti sanitari al piano seminterrato di alcuni padiglioni dell'ospedale san camillo	Lavori ultimati (settembre 2011)	1.400,00
TRAUMATOLOGICO	Realizzazione del reparto di geriatria	Lavori ultimati (settembre 2011)	1.000,00
MENSA DIPENDENTI	Lavori di riqualificazione edile ed impiantistica dei locali siti al primo piano e secondo d da adibire ad uffici e recupero conservativo del terrazzo delle facciate e degli infissi	Lavori ultimati (luglio 2010)	3.200,00
	Lavori di riqualificazione edile ed impiantistica dei locali siti al piano rialzato Posti dipendenti n.240	Lavori ultimati (luglio 2011)	
ANELLO IDRICO ANTINCENDIO SAN CAMILLO	adeguamento impiantistico strutturale e messa a norma della rete idrica antincendio	Lavori ultimati (ottobre 2011)	
LOCALI FALEGNAMERIA	INTERVENTO DI RISTRUTTURAZIONE LOCALI FALEGNAMERIA DA ADIBIRE A SQUADRA ANTINCENDIO E DISINFETTORI	Lavori ultimati (ottobre 2009)	250,00
CARDIOLOGICO	PADIGLIONE CARDIOLOGICO PIANO SEMINTERRATO REALIZZAZIONE CED E UFFICI AMMINISTRATIVI DI SISTEMA - DIVISORIO INTERNO DEL COMPLESSO FORLANINI	Lavori ultimati (ottobre 2010)	500,00
LANCISI	Dipartimento Neuroscienze /Testa e collo	Lavori in esecuzione	3.500,00
BUSI	Edificio B	Lavori in esecuzione	800,00
	Fisica Sanitaria - Apla Ditro		
	Edificio E		
	Area Tecnologica		
COGENERATORE	Cogeneratore a motore endotermico in container alimentati a gas e Cabina elettrica	Lavori in esecuzione	
TOTALE			52.400,00

Il completamento del processo di ristrutturazione dell'Ospedale San Camillo sarà anche coordinato con quanto previsto dai programmi regionali in materia di reti assistenziali integrate, ed a tal fine si rende necessario promuovere ogni iniziativa utile sotto il profilo strategico gestionale coerente con la finalità di definire un modello organizzativo che assicuri il conseguimento di obiettivi sempre più elevati di efficienza, efficacia ed economicità nell'erogazione delle prestazioni assistenziali e che garantisca le precipue funzioni di eccellenza di questa Azienda Ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini si inserisce in modo integrato nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale con l'istituzione di reti assistenziali integrate (modello Hub & Spoke), secondo quanto previsto dal decreto commissariale n. 80/2010, con riferimento ai seguenti ambiti:

- Emergenza: DEA di II livello
- Perinatale: Livello III
- Chirurgia plastica: HUB
- Rete Emergenza chirurgica Pediatrica: HUB
- Rete Cardiologica: HUB
- Rete Ictus: HUB
- Rete Trauma: CTS
- Rete Oncologica: HUB
- Rete Chirurgia mano: Centro di riferimento
- Rete Chirurgia Maxillo-facciale: Centro di riferimento macroarea.

In base al modello Hub & Spoke, le situazioni ad elevata complessità di malattia che richiedono specifiche competenze, non potendo essere assicurate in modo diffuso dalle strutture sanitarie presenti sul territorio, vengono concentrate in specifici centri regionali, ad alta specializzazione. Presso i centri ad alta specializzazione vengono inviati i pazienti che richiedono cure più complesse dagli ospedali del territorio.

Pertanto, il modello ha previsto la concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in "centri di eccellenza" (Hub) e l'invio, da parte dei centri periferici, dei pazienti che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico.

Il processo di integrazione delle reti assistenziali, in fase avanzata di completamento, deve tendere alla sua integrale realizzazione tenendo conto dei vincoli posti alla dotazione di personale dal piano di rientro in essere e dai necessari parziali adeguamenti strutturali.

Il ruolo che l'Azienda intende svolgere è di livello primario in ambito nazionale e internazionale, con finalità di integrare le attività clinico-assistenziali con quelle di ricerca scientifica, di didattica e formazione.

Sostanzialmente, gli interventi di razionalizzazione e reingegnerizzazione dei processi e dei percorsi clinico-assistenziali (sia dal punto di vista delle risorse umane e strumentali che da quello logistico-organizzativo) che questa Azienda si propone di attuare con il presente Atto



Aziendale, ed al quale è ispirata la nuova organizzazione dell'assetto degli incarichi dirigenziali come disegnato nell'allegato organigramma sulla scorta delle nuove Linee guida regionali di cui al decreto commissariale n. 40 del 10 giugno 2011, sono direttamente finalizzati all'ottimizzazione delle linee di attività, all'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione, al mantenimento dei volumi di attività attraverso la massimizzazione del rapporto tra risultati ottenuti e risorse impiegate, al miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché alla conduzione unitaria dei processi e all'integrazione funzionale delle strutture, elementi tutti imprescindibili per definire una complessiva revisione del modello organizzativo-funzionale attualmente in essere, in ossequio alle precise indicazioni regionali.

Oltre a quanto sopra descritto l'assetto organizzativo derivante dal presente documento ha la finalità di integrare le attività di ricerca biomedica svolte all'interno dell'azienda, con carattere di eccellenza in taluni settori, con la complessità quali-quantitativa delle prestazioni assistenziali erogate, con l'obiettivo di porre l'Azienda in un ruolo di sempre maggior spicco nelle eccellenze clinico-scientifiche nazionali e internazionali. Si tratta di applicare la metodologia traslazionale, propria della clinica, della ricerca scientifica, assistenziale e gestionale (ovvero, dal laboratorio al letto del paziente), ampliandola in senso spaziale: il paziente (e il sistema sanitario) cui possono andare i benefici può stare all'interno dei diversi dipartimenti dell'Azienda, al di fuori di essa in ambito regionale, o ancora negli altri Paesi europei ed extraeuropei. A tal fine si possono sviluppare nuove partnership nazionali ed internazionali per promuovere il confronto e il miglioramento dei sistemi sanitari della nostra Azienda e di altre Istituzioni sanitarie nazionali ed internazionali.

Questi interventi, anche per quanto attiene la revisione dell'Atto Aziendale – nel rispetto delle prescrizioni regionali di riduzione del 10% delle diverse Unità operative – in coerenza con gli obiettivi del Piano di Rientro regionale, garantiranno la salvaguardia delle funzioni di eccellenza e di riferimento regionale per le reti di alta specialità e di emergenza, attribuite all'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

L'Azienda San Camillo Forlanini presenta infatti delle aree di eccellenza non solo con riferimento alla qualità e complessità delle prestazioni erogate in regime di ricovero e cura, ma anche per quel che concerne la qualità delle attività di ricerca. Difatti, la ricerca biomedica nei settori della medicina specialistica, dei trapianti d'organo e di midollo osseo, della genetica, dell'oncologia, dell'emergenza, delle chirurgie, dell'immunoematologia e della medicina materno-infantile ha consentito e consente di effettuare prestazioni di eccellenza, per le quali l'Azienda – in termini quali-quantitativi – vanta una casistica notevole a livello nazionale e internazionale, anche con riferimento a specifiche analisi di benchmarking.

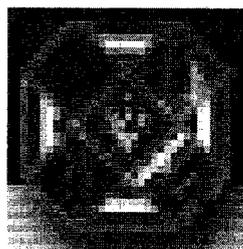


1.3. SEDE LEGALE

1. L'Azienda ha sede legale in Roma, Piazza Carlo Forlanini n. 1, C.A.P. 00151.
2. C.F. e Partita IVA n. 04733051009
3. L'Albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nei locali dove è fissata la sede legale.

1.4. LOGO

1. Il logo dell'Azienda, che comprende quello della Regione Lazio, è il seguente:



2. Il sito ufficiale internet dell'Azienda è all'indirizzo web: <http://www.scamilloforlanini.rm.it>

A handwritten signature or set of initials in black ink, located in the bottom right corner of the page.

1.5. Patrimonio

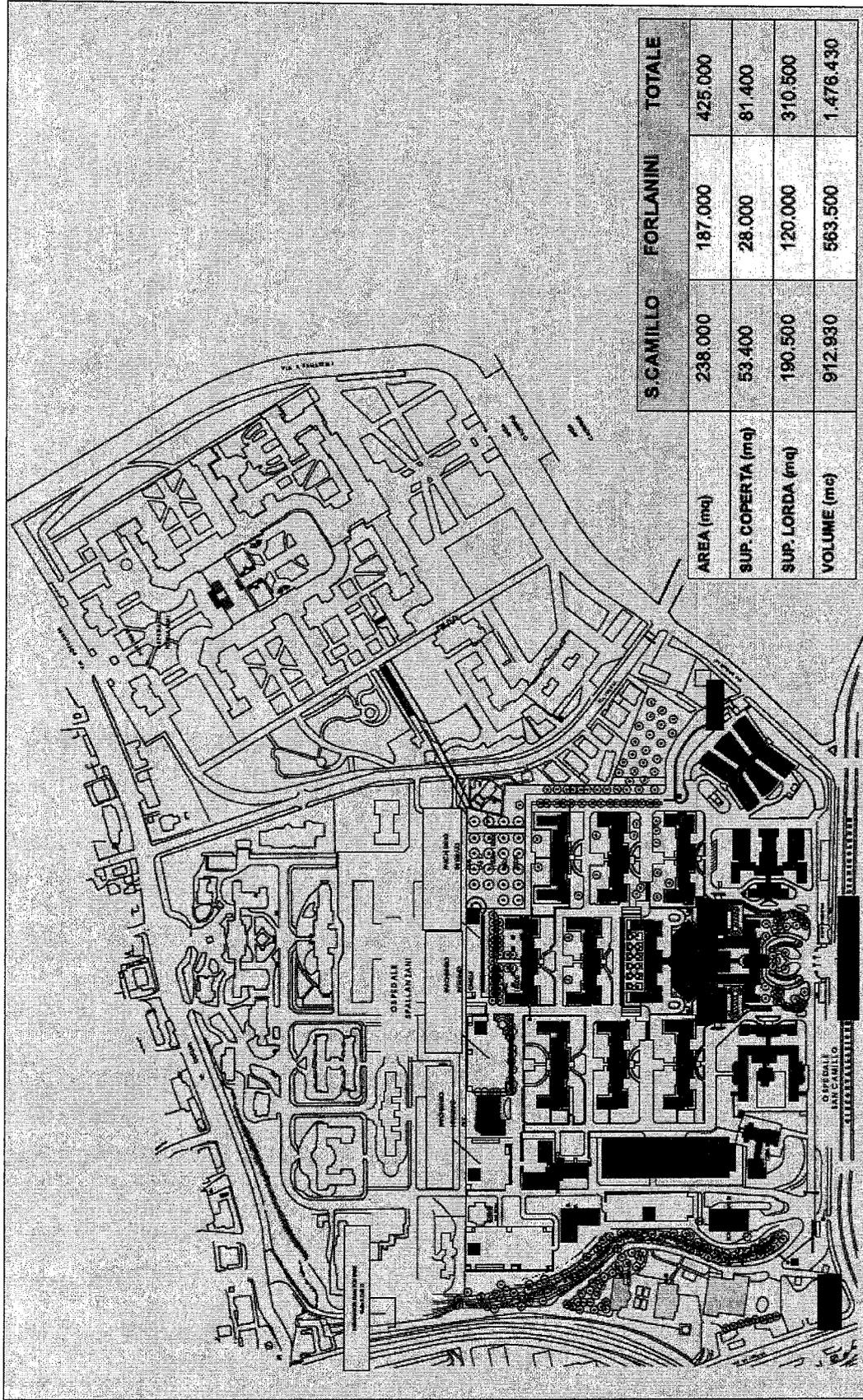
L'Azienda ha un proprio patrimonio costituito da tutti i beni mobili e immobili, ivi compresi quelli da reddito e dalle attrezzature acquisite direttamente dall'Azienda o a seguito di atti di liberalità, compresi i beni trasferiti dallo Stato o da altri Enti Pubblici in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi. Il patrimonio è disponibile secondo il regime della proprietà privata, fermo restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo del Codice Civile e gli altri limiti imposti dalla legge.

Il Complesso Ospedaliero è ubicato nel territorio del Municipio XVI a confine col Municipio XV ed è costituito dai due Presidi Ospedalieri:

- Ospedale S. Camillo, Circonvallazione Gianicolense, 85 – 87;
- Ospedale C. Forlanini, Via Portuense, 332.

Le mappe contenenti anche la consistenza dei due nosocomi sono riportate nelle schede seguenti.



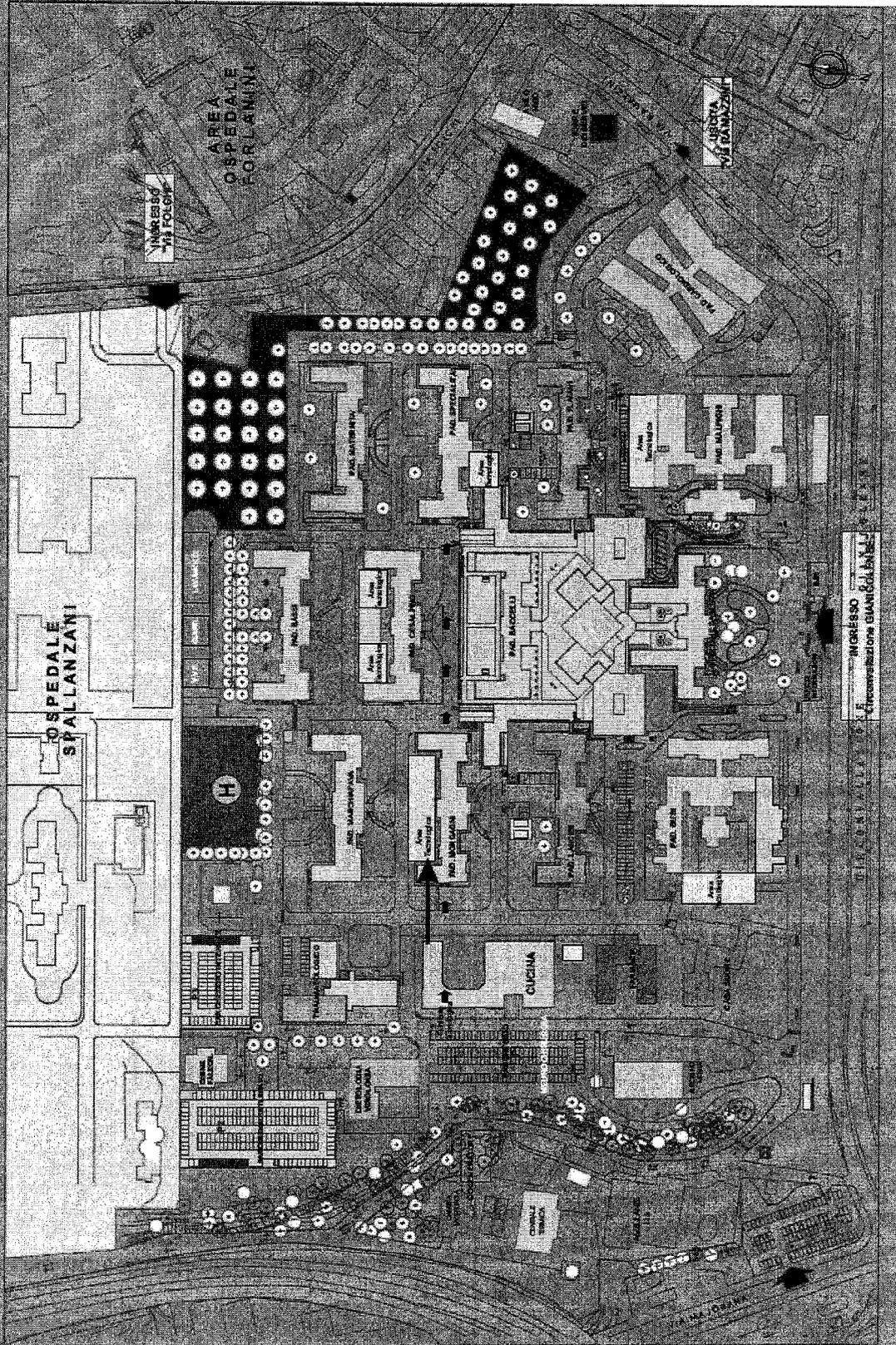


AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO - FORLANINI

Handwritten signature

OSPEDALE SAN CAMILLO

Scheda n.2

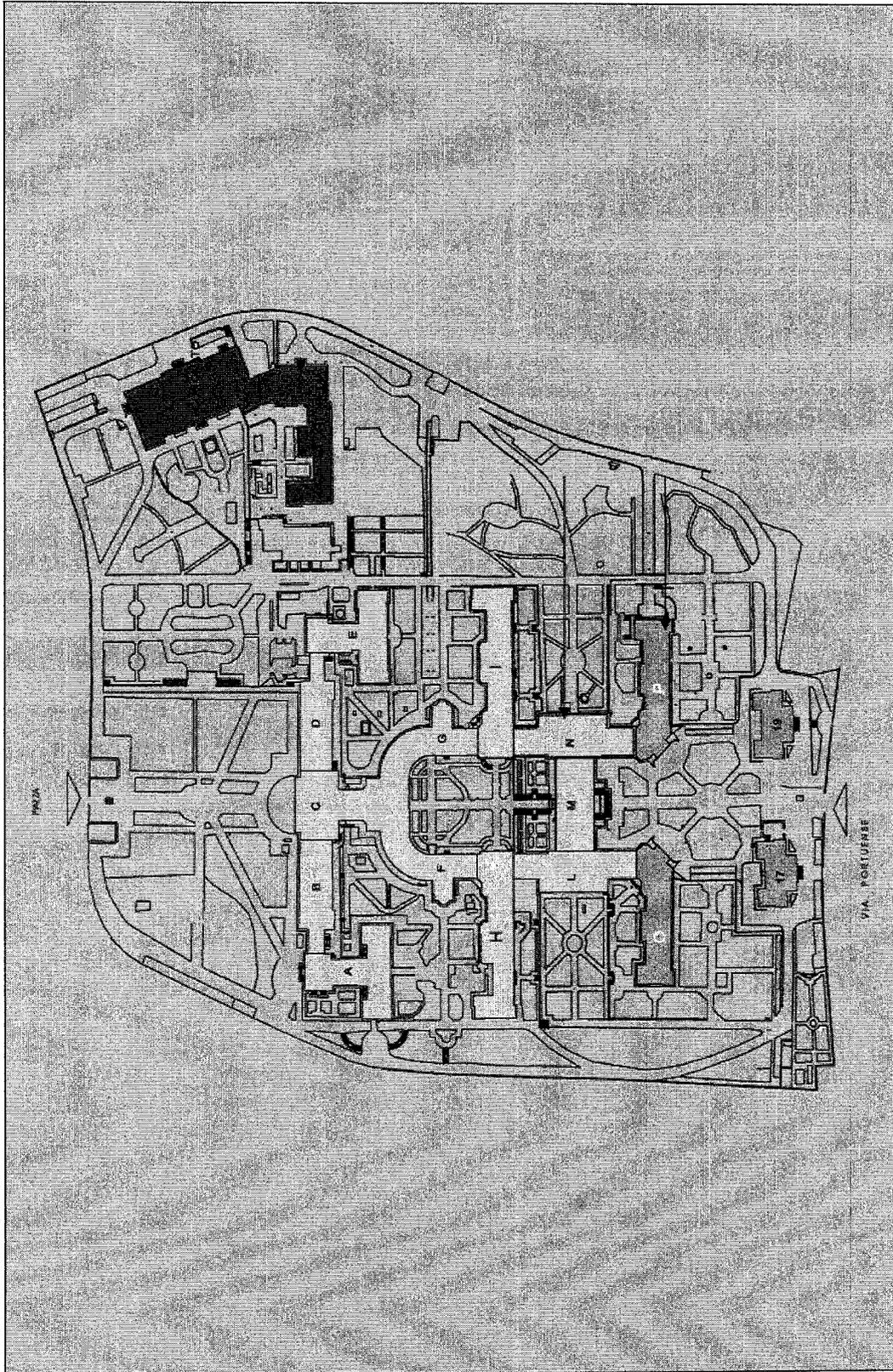


AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO - FORLANINI

Handwritten signature

Scheda n.3

OSPEDALE FORLANINI



AZIENDA OSPEDALIERA S.CAMILLO - FORLANINI

lh

1.6. Posti letto

**AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI
DOTAZIONE POSTI LETTO IN BASE AL DECRETO COMMISSARIALE N.80/2010**

BRANCA	UNITA' OPERATIVA	ORDINARI			DH	TOTALE
		TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA SUBINTENSIVA	NORMALE		
05	UOC ANGIOLOGIA			2	4	6
07	UOC CARDIOCHIRURGIA		7	34		41
08	UOC CARDIOLOGIA		10	18		28
08	UOC CARDIOLOGIA CON INDIRIZZO ALL'EMERGENZA-URGENZA			18		18
08	UOC CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA			12		12
08	UOSD DH UNIFICATO E DAY SERVICE DEL DIPARTIMENTO CARDIOSCIENZE				5	5
09	UOC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA			32		32
09	UOC CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINA E BARIATRICA			10	1	11
09	UOC CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO			19	2	21
09	UOC CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI			21	1	22
09	UOSD CHIRURGIA DELL'UREMICO E TRAPIANTO DI RENE			2	1	3
09	UOSD CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLA MAMMELLA			2	2	4
10	UOC MAXILLO FACCIALE			10	1	11
11	UOC CHIRURGIA ED UROLOGIA PEDIATRICA			13	5	18
12	UOC CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA			4	2	6
12	UOSD CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA			6	3	9
13	UOC CHIRURGIA TORACICA			26		26
14	UOC CHIRURGIA VASCOLARE		4	16	1	21
19	UOS DIABETOLOGIA (ALL'INTERNO DELLA NEFROLOGIA)				4	4
19	UOSD ENDOCRINOLOGIA				2	2
19	UOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE NUTRIZIONALE				2	2
26	UOC MEDICINA 1			36	4	40
26	UOC MEDICINA 2			18	3	21
26	UOC MEDICINA 3			25	4	29
29	UOC NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO			8	5	13
30	UOC NEUROCHIRURGIA			20		20
32	UOC NEUROLOGIA E NEUROFISIOLOGIA			14		14
32	UOSD DAY HOSPITAL NEUROLOGICO E NEUROCHIRURGICO				6	6
34	UOC OCULISTICA			7	4	11
36	UOC CHIRURGIA ORTOPEDICA			30	2	32
36	UOC ORTOGERIATRIA IN URGENZA			18		18



37	UOC OSTETRICA E GINECOLOGIA			58	4	62
37	UOSD DH/DS L. 194/78			3	12	15
38	UOC OTORINOLARINGOIATRIA			14	6	20
39	UOC PEDIATRIA, ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E PRONTO SOCCORSO			16	1	17
40	SPDC (IN CARICO ALLA ASL RM D)			16	4	20
43	UROLOGIA			20	5	25
49	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIPARTIMENTO CARDIOSCIENZE	16				16
49	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE-TESTA - COLLO	14				14
49	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA DIPARTIMENTO MALATTIE POLMONARI	11				11
49	UOC TERAPIA INTENSIVA POST-CHIRURGICA GENERALE E PEDIATRICA	14				14
49	UOC TRAUMA CENTER	12				12
50	UOS UTIC (ALL'INTERNO DI CARDIOLOGIA)	16				16
51	UOC MEDICINA D'URGENZA, PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA		6	16		22
56	UOC GERIATRIA			20		20
56	UOC RIABILITAZIONE			16	4	20
58	UOC FISIOPATOLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA				6	6
58	UOC GASTROENTEROLOGIA			20		20
58	UOC EPATOLOGIA			8		8
62	UOC NEONATOLOGIA E T.I.N. (NEONATOLOGIA)		5	12		17
64	UOC ONCOLOGIA MEDICA			18	14	32
64	UOC ONCOLOGICA TORACICA E CURE PALLIATIVE			20		20
64	UOC PNEUMOLOGIA ONCOLOGICA, TERAPIE SPERIMENTALI E DAY HOSPITAL				16	16
64	UOSD ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA				6	6
66	UOC ONCOEMATOLOGIA E TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI	5		15	8	28
68	UOC BRONCOPNEUMOLOGIA E TISILOGIA			16		16
68	UOC PNEUMOLOGIA E INFETTIVOLOGIA RESPIRATORIA			20	6	26
68	UOSD STIRS		8			8
68	UOSD ENDOSCOPIA TORACICA			2		2
68	UOSD INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E RIABILITAZIONE			20		20
71	UOC REUMATOLOGIA			8	5	13
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (T.I.N.) ALL'INTERNO DELLA UOC NEONATOLOGIA	16				16
UTN	UOSD STROKE UNIT (UTN)		2	6		8
TOTALE POSTI LETTO		104	42	765	161	1.072

1.7. Personale

Nelle tabelle seguenti viene riportata la consistenza del personale, anche a tempo determinato, distinto per ruolo e tipo contratto (alla data del 1/09/2011).

RIEPILOGO	DOTAZIONE ORGANICA	CONTINGENTE
SANITARIO		
Direttori Medici (nota 1)	62	47
Dirigenti Medici	959	844
Direttori sanitari	6	5
Dirigenti sanitari	83	69
Personale infermieristico	2416	2142
Personale tecnico sanitario	367	286
Personale di riabilitazione	76	66
Personale di prevenzione	6	4
TOTALE SANITARIO	3975	3463
PROFESSIONALE		
Direttori struttura complessa	2	1
Dirigenti	5	6
TOTALE PROFESSIONALE	7	7
TECNICO		
Direttori struttura complessa	1	1
Dirigenti	5	5
Collaboratori Tecnico-Profess	10	8
Assistenti	28	26
Operatori tecnici	546	453
Ausiliari	59	27
TOTALE TECNICO	649	520
AMMINISTRATIVO		
Direttori strutt. complessa	7	5
Dirigenti	7	8
Collaboratori	116	105
Assistenti	203	179
Coadiutori (B - Bs)	107	93
Commessi	20	19
TOTALE AMMINISTRATIVO	460	409
TOTALE GENERALE	5.091	4.399

Nota 1) n. 2 posti di Direttore di struttura complessa sono riferiti a UOC a conduzione universitaria.



DIRIGENTI MEDICI		DOTAZIONE ORGANICA		CONTINGENTE		
		Direttori	Dirigenti	Direttori	Dirig T.det.	Dirig T.ind.
AREA DI MEDICINA						
Anatomia patologica	A01	1	12	1		10
Angiologia	A02	1	11	1		11
Cardiologia	A03	4	66	2	1	62
Diabetologia	A05		4			3
Scienza dell'Alimentaz.	A06		6		1	5
Ematologia	A07	1	21	1	2	17
Endocrinologia	A08		3			2
Gastroenterologia	A09	2	17	1		17
Geriatria	A10	1	7	1		6
Medicina Trasmfusionale	A11		28			26
Patol.Diagn.Clinica	A12	1	18	1		16
Medicina Interna	A14	4	79	3	1	73
Medicina Legale	A15		2			1
Medicina Nucleare	A16	1	7	1		5
Nefrologia e dialisi	A18	1	18	1		16
Neurologia	A19	1	15			13
Neuroradiologia	A21	1	5	1		3
Oncologia medica	A22	1	8	1		6
Pediatria	A23	1	36	1	1	26
Malattie Apparato Resp.	A24	4	62	4	1	58
Psichiatria	A25		1			1
Radiodiagnostica	A26	3	66	1		57
Radioterapia	A27	1	9	1	1	4
Med.Fis. Riabilitazione	A28	1	8	1		6
Reumatologia	A29	1	6	1		6
Genetica medica	A33		4			4
Neonatalogia	A34	1		1		1
Medicina Chir.d'Urg.Accettaz	A35	1	36			21
TOTALI		33	555	25	8	476
AREA DI CHIRURGIA						
Anestesia e rianimazione	B50	6	139	5	12	113
Cardiochirurgia	B51	1	17	1		14
Chirurgia generale	B52	4	52	4	1	48
Chirurgia maxillo-facciale	B53	1	9			9
Chirurgia pediatrica	B54	1	11	1		7
Chirurgia plastica	B55	1	12			9
Chirurgia toracica	B56	1	11	1		8
Chirurgia vascolare	B57	1	11	1		11
Neurochirurgia	B58	1	14	1	1	13
Oftalmologia	B59	1	17	1		17
Odontoiatria	B60		5			5
Ortopedia e Traumatol.	B61	1	22	1	1	18
Ginecologia e Ostetricia	B62	1	30	1	2	24
Otorinolaringoiatria	B63	1	17	1		15
Urologia	B64	1	18	1		18
TOTALI		22	385	19	17	329

AREA DI IGIENE						
Igiene Epid.Sanità Pubbl.	C80		4		1	3
Direzione Sanitaria Osp.	C81	4	13	3		9
Medicina del lavoro	C83		2			1
TOTALI		4	19	3	1	13
TOTALE GENERALE		59	959	47	26	818

DIRIGENTI SANITARI		DOTAZIONE ORGANICA		CONTINGENTE		
		<i>Dirett</i>	<i>Dirig</i>	<i>Dirett</i>	<i>Dirig T.deter</i>	<i>Dirig T.indet</i>
FARMACISTI	1B01 - 1B02	1	12	1		10
BIOLOGI	1D01 - 1D02	1	47	1		41
CHIMICI	1E01 - 1E02		1			1
FISICI	1F01 - 1F02	1	7	1		6
PSICOLOGI	1G01 - 1G02		11			11
TOTALE		3	78	3	0	69
Dirigenti Professioni Sanitarie (nota 1)	1H0000-1H0001	3	5	2		
TOTALE GENERALE		6	83	5	0	69



RUOLO SANITARIO	DOTAZIONE ORGANICA	CONTINGENTE	
		T.det.	T.ind.
INFERMIERISTICO			
Collab.prof.San.Es (Cat. Ds)			
Infermiere 1H0101/1H0103/1H0111/1I1101	175		172
Ostetrica 1H0104	6		4
TOTALE	181	0	176
Collab.prof.San. (Cat. D)			
Infermiere 1I1105	2157	70	1828
Ostetrica 1I1106	55	3	45
Infermiere Pediatrico 1I1108	15		14
TOTALE	2227	73	1887
Operatore Prof. (Cat. C e Bs)			
Inferm.Gen.Esperto (inserito con gli II.PP.) 1I1207			66
Infermiere Generico (inserito con gli II.PP.) 1I2101			12
Puericultrice Esperta 1I1208	5		5
Puericultrice 1I2102	3		1
TOTALE	8	0	6
TOTALE INFERMIERISTICO	2416	73	2069
TECNICO-SANITARIO			
Coll.prof. Esperto (Cat. Ds)			
Dietista 1H0105	4		3
Tecn.Radiologia Medica 1H0106	20		18
Tecn.Laboratorio Medico 1H0107	14		10
Tecn. Istopatologia 1H0110	1		
Tecn.Fisiopatologia Respiratoria 1H0112	1		
Tecn.Neurofisiopatologia 1H0113	1		
Tecn.Fisiop.cardioc/perfus.cardiovasc 1H0114	1		1
Audiometrista 1H0115	1		1
TOTALE	43	0	33
Coll.prof.Sanitario (Cat. D)			
Dietista 1I1107	21		19
Laboratorio Biomedico 1L1102	131		104
Neurofisiopatologia 1L1106	6		5
Radiologia Medica 1L1107	133	3	96
Audiometrista 1L1110	4		2
Istopatologia 1L1111	17		14
Fisiopatologia Respiratoria 1L1112	2		2
Fisiop.cardioc/perfus.cardiovasc 1L1113	9		7
Odontotecnico 1L1115	1		1
TOTALE	324	3	250
TOTALE TECNICI-SANITARI	367	3	283

RIABILITAZIONE				
Coll.prof.San.Esperto (Cat. Ds)				
Fisioterapista	1H0108	6		6
Ortottista	1H0116	1		1
TOTALE		7	0	7
Collab.prof.Sanit. (Cat.D)				
Fisioterapista	1N1103	60	1	52
Logopedista	1N1104	3		2
Massofisiot. non vedente	1N1105	2		2
Ortottista	1N1106	2		2
Terapista Occupazionale	1N1109	2		
TOTALE		69	1	58
TOTALE RIABILITAZIONE		76	1	65
PREVENZIONE				
Coll.prof.San.Esperto (Cat. Ds)				
Ass.te Sanit.	1H0109	1		1
Collab.prof.Sanit. (Cat.D)				
Assistente Sanitario	1I1104	3		1
Tecnico della Prevenzione	1I1109	2		2
TOTALE		6	0	4
TOTALE GENERALE		2865	77	2421

RUOLO PROFESSIONALE	DOTAZIONE ORGANICA	CONTINGENTE	
		T. det.	T. indet.
DIRETTORI STR. COMPL.			
Avvocato	0		0
Architetti/Ingegneri	2		1
TOTALE DIRETTORI	2		1
DIRIGENTI			
Avvocato 2A01	3		3
Ingegnere 2B01	1	1	1
Architetti 2C01	1	1	0
TOTALE DIRIGENTI	5	2	4
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	7	2	5



RUOLO TECNICO	DOTAZIONE ORGANICA	CONTINGENTE	
		T. det.	T.indet.
Direttori struttura complessa			
Sociologo 3C01	1		1
Dirigenti			
Sociologo 3C01	3		3
Informatico	1	1	
Analista 3A01	1		1
TOTALE Dirigenti	6	1	5
Collab.Tecn.Profess.Esperto (Cat. Ds)			
Assistente Sociale 3L0302	1		0
Settore Tecnico 3E0002	1		0
TOTALE	2	0	0
Collab.Tecn.Profess. (Cat. D)			
Assistente Sociale 3D02	3		3
Settore Tecnico 3E0004	5		5
TOTALE	8	0	8
TOTALE Collaboratori			
10 0 8			
Assistenti (Cat. C)			
Programmatore 3E0101	11		9
Altri Assistenti Tecnici 3E0102	17		17
TOTALE Assistenti	28	0	26
Operatori tecnici (Cat. C, Bs, B)			
Op. Tecnico Esperto (Cat. C) 3F0000	84		63
Operatore Tecnico (Cat. Bs e B)	324		316
O.S.S. (Cat. Bs) 3F0112	73		23
Operatore CED (Cat. B) 3F0101	2		1
O.T.A. (Cat. B) 3F0105	63		50
TOTALE Operatori Tecnici	546	0	453
Ausiliari (Cat. A)			
Spec.Serv.Socio-Assistenziali 3G0105	50		20
Spec.Serv.Tecnico-Economali 3G0106	9		7
TOTALE Ausiliari	59	0	27
TOTALE RUOLO TECNICO	649	1	519



RUOLO AMMINISTRATIVO	DOTAZIONE ORGANICA	CONTINGENTE	
		T. det.	T. indet.
Dirigenti			
Direttori struttura complessa	7		5
Dirigenti Amministrativi 4A11	7	1	7
TOTALE	14	1	12
Collaboratori			
Amm. Esperti Cat. Ds A421	24		18
Amministrativi Cat. D A422	91		86
Amm.sett.Statistico Cat. D	1		1
TOTALE	116	0	105
Assistente Cat. C 4B01	203		179
Coadiutore Esperto Cat. Bs	10		
Coadiutore Cat. B 4C01	97		93
Commessi Cat. A 4D01	20		19
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	460	1	408

Art. 2
LE FINALITÀ ISTITUZIONALI, LA MISSIONE E LA VISIONE

2.1. LE FINALITÀ ISTITUZIONALI

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini di Roma, quale ente strumentale della Regione Lazio ed in attuazione delle vigenti normative regionali, ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo appropriato, efficiente ed efficace.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini, articolata in due presidi ospedalieri rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di riferimento per i cittadini residenti nei municipi circostanti e per tutto il bacino di utenza che ricade sull'Azienda in virtù dell'integrazione con le reti assistenziali.

Questa impostazione, congiuntamente alla condivisione del budget assegnato dalla Regione per l'assistenza sanitaria, in particolare per il macrolivello assistenza ospedaliera, impone l'esigenza di attivare un modello di programmazione integrata con la Azienda Sanitaria Locale Rm/D per il soddisfacimento al meglio delle esigenze della popolazione residente in tale ambito, evitando inutili duplicazioni di servizi.

La programmazione strategica aziendale si sviluppa orientandosi al raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema delle reti assistenziali Hub & Spoke, attraverso la riorganizzazione e la rifunzionalizzazione di strutture con un diverso grado di complessità assistenziale e tecnologica, in un'ottica sistemica che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

Gli obiettivi aziendali, intesi quali risultati da raggiungere in un dato arco temporale, sono definiti nell'ambito della programmazione regionale e sono assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico o successivamente negli atti di programmazione regionale.

L'Azienda persegue i propri obiettivi esercitando pienamente, nell'ambito della personalità giuridica di diritto pubblico, l'autonomia imprenditoriale sulla base dell'art. 3, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 229/99.

L'Azienda pone, quale sintesi della propria strategia, i seguenti due macro obiettivi:

1. il miglioramento della qualità assistenziale e dell'utilizzo delle risorse,
2. il miglioramento dell'efficienza aziendale.

L'obiettivo di miglioramento della qualità assistenziale e dell'utilizzo delle risorse verrà perseguito attraverso alcune azioni e/o interventi mirati a:

- la riorganizzazione delle attività ospedaliere per livelli assistenziali, mediante riorganizzazioni della struttura, miglioramento dell'accessibilità nonché dell'appropriatezza ed efficienza delle risorse disponibili,



- l'applicazione dei piani operativi relativi alle reti assistenziali, in osservanza delle linee strategiche regionali recate dal DCA 104/2010,
- il miglioramento dell'efficacia professionale, attraverso la riqualificazione delle professionalità e l'attivazione di corsi di formazione specifici,
- il miglioramento della qualità dell'assistenza, nel senso della "presa in carico" del paziente nel rispetto dei suoi bisogni globali, attuabile attraverso il miglioramento dell'approccio multiculturale, il rispetto dei diritti del malato nel fine vita e nei suoi bisogni globali, l'integrazione socio-sanitaria, l'ospedale senza dolore, la collaborazione con enti nazionali e paesi esteri,
- il miglioramento della situazione patrimoniale ed economica dell'azienda, attraverso l'incremento delle prestazioni offerte in termini di qualità e complessità a parità di costi, la massimizzazione della capacità operativa dell'azienda, investimenti finalizzati alla missione aziendale, efficienza economica.

L'obiettivo di miglioramento dell'efficienza aziendale verrà perseguito attraverso:

- il miglioramento dei processi organizzativi,
- il miglioramento dei processi di verifica e controllo sulla gestione.

2.2. LA MISSIONE

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale, l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi erogati nel corso del processo diagnostico-terapeutico e la promozione del coinvolgimento dei cittadini ai fini della valutazione del servizio reso.

Vengono di seguito elencati i principi-guida ai quali l'Azienda ispira la propria azione gestionale:

1. nei confronti dei cittadini:

- la centralità della persona nei confronti della quale svolgere tutte le pratiche diagnostico-terapeutico-riabilitative finalizzate al suo benessere biopsicofisico nella consapevolezza che ognuno è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute;
- il rispetto della dignità umana,
- l'equità degli accessi ai servizi,
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza delle prestazioni,
- l'educazione alla salute intesa come la promozione di stili di vita e comportamenti ispirati alla prevenzione delle malattie e alla lotta al consumismo farmacologico e sanitario;
- il piano della trasparenza, come in seguito dettagliato.



2. nei confronti degli operatori

- l'etica professionale
- il coinvolgimento e la qualificazione continua dei professionisti e del personale tutto, da sostenere attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;

3. nei confronti della gestione

- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, *secondo criteri di appropriatezza* e di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

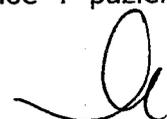
4. nei confronti delle istituzioni di ricerca locali, nazionali ed internazionali: la ricerca traslazionale

La missione dell'Azienda nei confronti delle istituzioni locali, nazionali ed internazionali si sostanzia nello sviluppo di una specifica linea di attività che consenta di rendere disponibile il risultato scientifico delle attività sanitarie di eccellenza poste in essere in Azienda: ovvero occorre promuovere lo sviluppo dell'attività di ricerca traslazionale.

La ricerca traslazionale per i ricercatori sui servizi sanitari e quanti operano nel campo della sanità pubblica, è quella che ha come obiettivo la traslazione dei risultati della ricerca in concrete prestazioni sanitarie, cioè ha l'obiettivo di assicurare che i nuovi trattamenti e le nuove conoscenze raggiungano realmente i pazienti o i gruppi di popolazione ai quali essi sono destinati e siano correttamente applicati. Pertanto, la ricerca traslazionale ha, fra l'altro, il fine di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie attraverso il miglioramento dell'accesso, la riorganizzazione e il coordinamento dei sistemi di cura, aiutando i medici e i pazienti ad ottimizzare i loro comportamenti professionali, fornendo strumenti per assumere decisioni efficaci al punto di erogazione delle cure e rafforzare il rapporto di fiducia fra i pazienti e gli altri operatori sanitari.

Queste attività richiedono eccellenza in diverse professionalità: (i) padronanza della scienza dell'applicazione in campi diversi e della valutazione degli interventi in particolari insediamenti del mondo reale; e (ii) padronanza di discipline quali epidemiologia clinica e sintesi delle evidenze, teoria della comunicazione, scienza del comportamento, politiche di sanità pubblica, finanza, teoria organizzativa, programmazione sanitaria, informatica ed altre metodologie, che sono alla base della programmazione di detti interventi.

Ulteriori obiettivi della ricerca traslazionale sono quelli di coadiuvare, fornendo strumenti di intervento e metodi di valutazione basati scientificamente, coloro che devono applicare le evidenze disponibili nei diversi settori e cioè i pazienti, gli



amministratori di sanità pubblica, i datori di lavoro, gli insegnanti, coloro che approvano le norme, coloro che progettano i prodotti e l'industria alimentare. Sperimentazioni per verificare l'attuazione delle conoscenze in questi diversi settori possono essere altrettanto vitali che simili indagini nel settore clinico.

Scoprire vie migliori per assicurare che i pazienti ricevano le cure disponibili - in modo sicuro e amichevole e quando ne hanno bisogno - non è semplice e pone sfide metodologiche formidabili. Questa è chiaramente la missione della nostra Azienda. Se questa missione sarà coronata da successo, molti benefici sono prevedibili per quanti si rivolgono al sistema sanitario regionale e nazionale, per assistenza ed in termini di prevenzione delle malattie.

L'Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute - collegati in particolare al rilievo crescente delle cronicità, delle poli-patologie e delle patologie emergenti e riemergenti - attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente, le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente appropriato la domanda espressa dai cittadini.

L'Azienda nell'ambito delle scelte programmatiche, degli obiettivi e degli indirizzi regionali, può scegliere in piena autonomia, di indirizzare le risorse disponibili sulla **missione aziendale** e di adottare per le attività strumentali e di supporto, anche in via sperimentale, forme di esternalizzazione.

È compito dell'Azienda promuovere e garantire la partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti, ricercando il coordinamento con gli altri soggetti del sistema sanità per accentuare l'efficacia degli interventi.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di appropriatezza, di efficacia, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda, nel rispetto della normativa in materia, promuove forme di sperimentazioni gestionali mediante la costituzione di società a partecipazione pubblico - privato, costituzione di consorzi fra aziende e con altri enti pubblici e privati, oppure ricorrendo allo strumento convenzionale fra enti diversi e/o Fondazioni Onlus.

2.3. LA VISIONE

Tra i valori più importanti di ogni comunità c'è la salute dell'individuo e della collettività e, oggi più che mai, garantire un livello di salute adeguato a tutti i cittadini è una delle funzioni primarie di ogni Stato, compito al quale ogni paese offre risposte diverse, a seconda delle differenti identità culturali, storiche, sociali ed economiche.

Inoltre, in un mondo in cui il fenomeno migratorio, l'intensità dei commerci e della comunicazione è in continuo e vorticoso aumento, anche i confini del concetto di salute diventano labili e la distinzione tra problematiche di salute pubblica locale, nazionale e



internazionale ha perso oggi molto del proprio significato. Infatti, il nuovo concetto di salute fa riferimento a un quadro epidemiologico globale, nel cui ambito sono possibili confronti tra paesi diversi e soprattutto analisi comparate delle malattie che affliggono la popolazione mondiale. La rete di collegamenti e l'influenza reciproca del "villaggio globale", hanno messo alla prova la capacità dei sistemi sanitari di adottare una prospettiva non più limitata soltanto ai confini nazionali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), da alcuni anni, definisce con il termine di *Human Mobile Population (popolazioni umane mobili)* i viaggiatori, i turisti, gli immigrati, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli esuli, i lavoratori in transito cioè le persone che, a vario titolo, si spostano da un Paese all'altro. Secondo i dati dell'OMS, nel 2007, sono state oltre 1 miliardo e 350 milioni le persone che almeno una volta sono uscite dai propri confini nazionali.

Il concetto di salute globale resta a ogni modo collegato con la dimensione nazionale nella misura in cui è proprio a questo livello che inizia l'analisi dei fattori di rischio sanitari, ecologici, biologici e psico-sociali, alla base di una politica sanitaria capace di ricercare soluzioni attraverso approcci intersettoriali integrati. Negli ultimi anni le diseguaglianze sociali nella salute sono diventate un tema importante nella sanità pubblica in tutti i paesi europei. In poco tempo in molte nazioni si è passati dalla misurazione alla ricerca delle cause e alla definizione di interventi di correzione.

All'interno degli spostamenti delle *popolazioni umane mobili* le migrazioni internazionali possono rappresentare uno dei fattori di rischio per la salute delle persone, poiché richiedono una riorganizzazione dello stile di vita e uno sradicamento dell'ambiente familiare. Spesso, infatti, è proprio la deprivazione relazionale e la distanza culturale ad accentuare quella condizione di impotenza di fronte agli eventi potenzialmente destabilizzanti. Un gran numero di studi scientifici suggerisce come le persone migranti, quando lasciano il proprio paese d'origine in cerca di fortuna, presentino in genere un buono stato di salute, dovuto probabilmente anche ad un processo di autoselezione all'origine, soprattutto di natura anagrafica; si tratta di quello che viene definito come "effetto migrante sano".

A dimostrazione di questi mutamenti della condizione di salute delle persone straniere vi è la diminuzione dell'intervallo che intercorre tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta d'intervento sanitario, il cosiddetto "intervallo di benessere", passato da una media di 10-12 mesi del 1994, ai 30-40 giorni del 2005.

Allo stesso modo, si registra negli ultimi anni un incremento dei tassi di ospedalizzazione età-specifici, in particolare per ciò che riguarda la popolazione femminile e per alcune patologie che fino ad ora avevano una scarsa rilevanza e bassi indici di prevalenza all'interno della popolazione straniera, come i disturbi psichiatrici o le malattie invalidanti.

Le ragioni per le quali sta entrando in crisi questo modello sono riconducibili a una serie di fattori di rischio, ai quali i cittadini stranieri sono esposti in misura notevolmente maggiore rispetto ai loro coetanei italiani. In altre parole, le persone straniere non si ammalano di più dei



cittadini italiani, né presentano patologie più gravi, quanto piuttosto hanno una maggiore difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria di base.

Il lavoro svolto in condizioni di precarietà e in mancanza di misure di sicurezza adeguate è un'altra causa, assieme alla difficoltà di procurarsi un alloggio degno, della recrudescenza delle cosiddette "malattie riferibili alla povertà", come tubercolosi, scabbia, pediculosi ed altre infezioni, virali, micotiche e veneree.

La sfida è quella di andare oltre un mero servizio di assistenza sanitaria generico mirando a costituire un modello assistenziale in un'ottica globale, indirizzato a anche a tutti quei soggetti in condizione di marginalità socio-economica che, normalmente, sono esclusi dai canali ufficiali dei circuiti socio-sanitari. La salute intesa, dunque, come diritto ed elemento essenziale per il pieno sviluppo del potenziale umano, per la crescita non solo fisica ma anche intellettuale e emotiva di ogni individuo e per lo sviluppo delle capacità produttive e di apprendimento necessarie a garantire il suo benessere economico e l'avanzamento sociale, a loro volta funzionali per scongiurare l'insorgere di disequilibri e conflitti sociali. Più in generale occorre dunque per i medici e per il sistema sanitario un nuovo «saper essere», un atteggiamento più disponibile a quel ruolo di patrocinio, così necessario per promuovere la causa dell'equità nella salute in tutte le pieghe della società e del sistema sanitario. Chi si occupa di organizzazione dell'assistenza sanitaria dovrebbe saper analizzare ogni percorso assistenziale, per riconoscere tra le sue maglie quei punti critici dove maggiore è il rischio di discriminazione o comunque di limitazione all'accesso a cure efficaci e appropriate, con una conseguente riduzione della spesa sanitaria inappropriata.

L'Azienda, come ogni ospedale "moderno", deve oggi essere transculturale e applicare una medicina che potrebbe definirsi universale. La nozione di Salute Globale deve prevedere infatti, la capacità per un polo sanitario di allargare i propri confini e schiudersi al mondo, dotarsi di strumenti e conoscenze, culture e know-how che aprono al futuro delle nostre società. Il concetto è quello di una meta-sanità che trascende le prospettive e il *limes* delle singole nazioni e crea le premesse per una salute diffusa e per la riduzione delle disparità in campo sanitario.

La visione dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della appropriatezza e della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione della tecnologia e delle conoscenze.

È compito dell'Azienda raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse assegnate, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle comunità e dei singoli, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'assistenza sanitaria ospedaliera, con le sue articolazioni: emergenza, degenza ordinaria, diurna ed attività ambulatoriale, rappresenta la competenza fondamentale dell'Azienda che deve essere prestata con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.



La comprensione e il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie deve rappresentare il principio ispiratore dell'assistenza in ogni momento. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati.

L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'assistenza deve essere offerta nel contesto più appropriato.

Titolo II

Assetto istituzionale dell'Azienda Ospedaliera

Art. 3

GLI ORGANI DELL'AZIENDA

3.1. IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale identifica la posizione di vertice della struttura organizzativa aziendale alla quale competono tutti i poteri di ordinaria e straordinaria gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda ai sensi dell'art. 3 comma 6 del D.Lgs n. 502/92, come da ultimo modificato dall'art. 3 del D.Lgs n.229/99.

Ha il compito primario di impostare e regolare l'assetto organizzativo ed il funzionamento dell'Azienda e di governare il sistema delle relazioni della struttura con il contesto istituzionale e socio - economico di riferimento.

Presidia direttamente la dimensione politico strategica aziendale, governa il livello gestionale-operativo attraverso i ruoli di staff e di linea direttamente dipendenti.

Può trasferire mediante atti formali delle funzioni proprie a favore dei dirigenti dell'Azienda secondo i principi e le modalità previste dagli articoli seguenti.

Il Direttore Generale

- ▶ Attua il proprio mandato con autonomia imprenditoriale nell'organizzazione e allocazione delle risorse a disposizione dell'Azienda.
- ▶ Assicura il perseguimento della missione aziendale.
- ▶ Esercita le funzioni di programmazione e di indirizzo strategico attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi di attuare, verificando, rispetto agli stessi, la rispondenza dei risultati conseguiti.

Il Direttore Generale, in particolare, provvede:

- a) alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- b) alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione di insediamento;
- c) alla nomina del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili;
- d) alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- e) all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;



- f) al conferimento e alla revoca degli incarichi dirigenziali;
- g) all'adozione dei regolamenti interni e di quelli per il funzionamento degli organi collegiali;
- h) alla programmazione del fabbisogno triennale del personale;
- i) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio;
- j) all'adozione degli altri atti programmatici e di alta amministrazione con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- k) alla verifica, attraverso le strutture di staff e specificatamente il Controllo di Gestione e altri organismi di validazione (OIV), dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse;
- l) alla verifica della qualità dei servizi anche attraverso strutture di staff a ciò preposte.

3.2. IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale aziendale nominato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3-ter - del D Lgs n° 229/1999, e dall'art.133 L.R. n 4/2006 dal Direttore Generale è composto **da cinque membri effettivi e due supplenti** scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali di cui:

- due membri effettivi e due membri supplenti designati dalla Regione;
- un membro effettivo designato dal Ministro dell'economia e delle finanze;
- un membro effettivo designato dal Ministro della salute;
- un membro effettivo designato dal sindaco di Roma.

In caso di mancata designazione dei membri effettivi da parte dei soggetti competenti entro trenta giorni dalla relativa richiesta, il collegio può essere costituito in via provvisoria, con i due membri supplenti, che subentrano in ordine di età, nonché qualora il numero delle designazioni sia superiore a due, ovvero in caso di mancata designazione dei supplenti, con funzionari regionali esperti in discipline giuridiche economiche, designati dal Presidente della Regione su proposta dell'assessore competente in materia di sanità;

Ai membri supplenti l'indennità spetta in relazione al periodo di subentro nell'effettivo svolgimento dell'incarico

Il Collegio Sindacale:

- 1) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- 2) vigila sull'osservanza delle leggi;
- 3) 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;
- 4) riferisce almeno trimestralmente alla Giunta Regionale, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità nella gestione o situazioni di disavanzo.



- 5) fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legge.
- 6) trasmette, altresì, una relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Regione Lazio.
- 7) i componenti del Collegio Sindacale possono procedere ,anche individualmente,ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni e i relativi componenti possono essere confermati. I singoli componenti del Collegio Sindacale cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza, dichiarata dal Direttore Generale, a causa del sopravvenire di alcune delle condizioni ostative o delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ovvero dalla mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute del Collegio o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi. Nei casi di cui sopra, il Direttore Generale procede alla sostituzione del componente del Collegio Sindacale cessato dall'incarico, previa designazione da parte dell'organo componente. Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il Direttore Generale procede alla ricostituzione dell'intero Collegio.

Art. 4

GLI ORGANISMI COLLEGIALI DELL'AZIENDA

4.1. IL COLLEGIO DI DIREZIONE

Sono componenti del Collegio di Direzione il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, i Direttori Sanitari degli Ospedali, i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle Aree Amministrative, il Direttore dell'UOC Farmacia, il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione. Possono partecipare, altresì, in rapporto ai singoli argomenti trattati i dirigenti o i professionisti ai quali è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica. Il Collegio è presieduto dal Direttore Generale o da un suo delegato. Rappresenta il momento della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo aziendale ed il suo funzionamento è definito dallo specifico regolamento aziendale.

4.2. IL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari è l'organismo di rappresentanza elettiva della componente sanitaria aziendale. Composizione e funzionamento sono regolamentati dalle disposizioni di cui all'art.3, comma 12, del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni e da apposito regolamento aziendale. È presieduto dal Direttore Sanitario ed esprime parere obbligatorio per gli aspetti tecnico-sanitari e di assistenza sanitaria.



4.3. COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI

I comitati e le commissioni previsti dalle normative vigenti e/o formalmente costituiti in Azienda (comitato etico, comitato per il buon uso del sangue, commissione per la lotta alle infezioni ospedaliere, comitato per l'ospedale senza dolore, commissione del farmaco, etc.) adottano la metodologia di lavoro a progetto.

Assumono la missione di promuovere all'interno dell'azienda la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche e assistenziali in funzione della risoluzione di problemi ovvero del raggiungimento di obiettivi concretamente da perseguire nella concreta realtà organizzativa e professionale dell'Azienda e dei sottosistemi che la compongono.

Comitati e commissioni, di norma, saranno composti da un numero limitato di esperti non solo, e non soprattutto, delle discipline interessate alle tematiche da affrontare ma anche da operatori particolarmente esperti nelle tecniche riguardanti la diffusione e condivisione delle conoscenze tra le quali saranno da privilegiare laboratori di autoapprendimento organizzativo. In tutti i casi in cui sarà opportuno, saranno articolati in un nucleo di esperti e in un nucleo operativo per la diffusione delle conoscenze.

Il coordinamento dei comitati e delle commissioni, di norma, viene affidato, ad un dirigente che non abbia incarichi di struttura.

I comitati e le commissioni istituiti in Azienda hanno un proprio regolamento che definisce missione, funzione, composizione e modalità di funzionamento dei comitati e delle commissioni e potranno essere variati dall'Azienda, fatte salve significative revisioni, sulla base di situazioni emergenti, di particolari obiettivi o problemi che si pongano, di evidenze scientifiche, di normative intercorrenti, etc.

Titolo III

Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 5

LA CENTRALITÀ DEL CITTADINO

Le linee strategiche della politica sanitaria che l'Azienda persegue hanno possibilità di essere sviluppate e trasformate in realizzazioni concrete solamente se il processo vede in ogni momento del suo evolvere il pieno coinvolgimento del cittadino, che da oggetto dell'assistenza del Servizio Sanitario diventa sempre più anche soggetto competente, in grado di determinarla e di parteciparvi attivamente.

Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche e il loro funzionamento.



Pertanto la centralità del cittadino assume valore strategico assoluto per l'Azienda ed è perseguita mediante specifiche politiche della comunicazione tese all'informazione, alla formazione ed alla partecipazione.

La personalizzazione delle prestazioni ha lo scopo di legare l'intervento dei servizi ad uno specifico piano diagnostico-terapeutico che tenga conto non solo delle evidenze scientifiche, dei protocolli e delle linee guida ma anche della realtà sociale e delle specificità individuali del cittadino cui le prestazioni sono rivolte superando per questa via i rischi di autoreferenzialità dei servizi, individuando il terreno concreto su cui realizzare l'integrazione tra il sociale e il sanitario e acquisendo la capacità di misurare le risorse impiegate per ogni cittadino.

L'informazione, sistematica e tempestiva, ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di indurre un consenso effettivamente informato ai trattamenti e permettere l'esercizio della facoltà di scelta nel rispetto delle regole del gioco.

La partecipazione rappresenta uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte programmatiche condivise, tanto più necessarie con l'evolversi dei rischi, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, che determinano la necessità, sempre più pregnante, di un utilizzo oculato di risorse disponibili non illimitate.

Art. 6

GLI STRUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

L'Azienda si impegna ad adottare strumenti che favoriscono la partecipazione dei cittadini secondo il principio dell'art.118 u.c. della Costituzione Italiana adottando sia strumenti previsti dalla normativa, quali la Carta dei Servizi pubblici sanitari e l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, sia con altre forme partecipate di valutazione della qualità dei servizi e di rendicontazione dell'operato dell'organizzazione quali l'Audit civico e il bilancio sociale.

Sono individuati quali specifici strumenti di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi erogati:

- 1. L'Ufficio per le relazioni con il pubblico;**
- 2. la Carta dei servizi;**
- 3. la Conferenza dei Servizi;**
- 4. l'audit civico;**
- 5. il bilancio sociale**
- 6. la mediazione interculturale**
- 7. la mediazione civile e commerciale**

Ufficio per le relazioni con il pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e



relative modalità di accesso. Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando per tale finalità idonei ed adeguati strumenti. In particolare l'U.R.P. acquisisce le osservazioni e i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai Dirigenti competenti e provvede a dare tempestivo riscontro agli utenti. Raccoglie, classifica e archivia le segnalazioni e gli esposti in apposita banca dati e predispone con cadenza trimestrale una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni e sui reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'Azienda garantisce che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato, le Associazioni di tutela dei cittadini e trasmette periodicamente alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

Carta dei servizi pubblici sanitari

La carta dei servizi rappresenta lo strumento per informare l'utente sull'organizzazione aziendale, sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso e di fruizione delle stesse. In particolare la Carta dei servizi rappresenta lo strumento attraverso il quale l'azienda orienta le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. È il patto con cui l'azienda assume impegni nei confronti del cittadino/utente. La Carta dei servizi permette all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda si impegna ad erogare, ma, anche in che quantità, in che modo e con quali impegni di qualità. La Carta dei servizi indica il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati e indica le modalità per potere presentare reclamo, per ricevere risposta.

L'Azienda si impegna ad aggiornare la carta dei servizi annualmente dandone ampia diffusione nei modi e nelle forme più adeguati prevedendone la pubblicazione sul sito dell'Azienda e su quello della Regione Lazio.

Conferenza dei servizi

La Conferenza dei Servizi è indetta dal Direttore Generale almeno una volta l'anno al fine di rendere noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei Servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato accordi o protocolli d'intesa con l'Azienda.

Audit civico

L'Audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione da parte dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali.



L'azienda promuove appositi progetti di Audit civico coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale, anche ai sensi dell'art.141 della Legge regionale n.4/2006.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'azienda, attraverso l'utilizzo di strumenti metodologici che comportino la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta di tali dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi (per esempio accreditamento, segnalazioni dei cittadini, anche attraverso la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, liste di attesa, interviste alla direzione generale e sanitaria, consultazione delle organizzazioni civiche).

Bilancio sociale

In conformità alla Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica del 17 febbraio 2006, l'Azienda adotta lo strumento del Bilancio Sociale, al fine di monitorare e valutare i benefici sociali prodotti, in coerenza con la missione di cura dell'azienda ospedaliera.

Applicando le linee guida internazionali (GBS e Copenaghen charter), il documento di Bilancio Sociale si fonda sul coinvolgimento degli operatori e sul dialogo con i cittadini ed è pertanto l'esito di un processo di rendicontazione che vede coinvolti tutti i portatori di interesse e di valori, a cominciare dagli stakeholders chiave, quali il Personale e gli Utenti.

Il Bilancio Sociale coopera alla promozione di una cultura aziendale attraverso l'identificazione di valori condivisi che animano le attività di diagnosi, cura ed assistenza svolte quotidianamente dall'Azienda Ospedaliera, quali: il sollievo del dolore, l'appropriatezza e l'innovazione, l'integrazione e la continuità assistenziale, la sicurezza, la solidarietà, il dialogo e la partecipazione, il rispetto delle regole.

Quale espressione della cultura della responsabilità sociale e dell'accountability, il Bilancio Sociale risponde ad una esigenza di maggiore trasparenza, di esplicitazione delle finalità e delle politiche gestionali e si configura come leva strategica di programmazione, in quanto concorre ad orientare le scelte aziendali in ragione del bisogno di salute delle persone.

La mediazione interculturale

Soprattutto nel corso dell'ultimo decennio, risultano sempre più rilevanti i movimenti migratori dei cittadini stranieri, inoltre l'accentuata mobilità della vita moderna, rendono inevitabilmente più elevati i tassi di intreccio inter-etnici, inter-culturali, inter-religiosi e inter-linguistici nel nostro Paese.

Al fine di facilitare l'espressione dei bisogni delle persone provenienti da altri paesi da un lato e delle caratteristiche, risorse e vincoli del sistema d'offerta dell'altro, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con propria nota del 08/04/2009, prot. n. 09/030/CR/C9, ha riconosciuto il profilo professionale del "mediatore culturale" e cioè colui che ha il compito di facilitare la comunicazione tra individuo, famiglia e comunità nell'ambito dell'azioni volte a



promuovere e facilitare l'integrazione sociale dei cittadini immigrati, dando così una definizione e validazione tecnica dello standard di detta professionalità.

La normativa nazionale e regionale, nonché le azioni degli enti locali e le molteplici esperienze di mediazione interculturale realizzate nell'ultimo decennio si richiamano prioritariamente a tre principi generali:

1. pari opportunità:

la mediazione contribuisce a realizzare per la popolazione immigrata le pari opportunità nell'accesso ai servizi, nel rispetto del principio costituzionale sancito all'art. 3;

2. partecipazione attiva:

la mediazione offre spazio di ascolto, attenzione alla comunicazione, riconoscimento e interazione consapevole, promuovendo la partecipazione;

3. intercultura:

la mediazione adotta la prospettiva interculturale quale via privilegiata per la conoscenza e valorizzazione reciproca di modelli culturali, valori, tradizioni, sistemi sociali e per rimuovere pregiudizi, stereotipi e discriminazioni tra le persone. È strumento di reciproco arricchimento, in quanto promuove il confronto, il dialogo, le relazioni umane.

Nell'ambito dei principi sopra elencati e nell'ottica di consentire il più facile accesso dell'utente straniero ai servizi presenti nel territorio di residenza, nonché nello spirito di agevolare il momento formativo e informativo degli operatori preposti alla erogazione dei servizi medesimi affinché siano consapevoli delle logiche, dei codici comportamentali, abitudini e norme a cui l'utente straniero fa riferimento, il mediatore interculturale assume un compito di facilitatore dei processi di integrazione.

Il ruolo di questo operatore acquista particolare rilevanza nell'ambito di una struttura sanitaria deputata a fornire assistenza, senza patire il limite derivante dalle difficoltà di ciascun operatore che produce salute, difficoltà determinate in via esclusiva da ragioni di integrazione non solo linguistica ma anche culturale. Obiettivo primario delle attività in questione è mediare tra cittadini e società locale, promuovendo, sostenendo e accompagnando le parti nella rimozione delle barriere culturali linguistiche, nella promozione della cultura dell'accoglienza e dell'integrazione socio - economica, nella conoscenza e nella pratica dei diritti e dei doveri vigenti in Italia, in particolare nell'accesso e nella fruizione dei servizi pubblici e privati.

Proprio in ragione dell'alta densità di immigrazione in Italia e, per quanto di interesse, nella Regione Lazio, e per le acute criticità che ne scaturiscono, questa Azienda intende promuovere e sviluppare l'educazione e la prevenzione sanitaria tra gli immigrati e garantire una pronta accoglienza ed assistenza socio-sanitaria dei pazienti stranieri, nel principio generale dell'integrazione di persone di diversa provenienza etnica.



La mediazione civile e commerciale

Il Decreto Legislativo n. 28 del 04/03/2010 e s.m.i., nel dettare la nuova disciplina della mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali, hanno regolato in maniera più articolata la materia.

La conciliazione, o mediazione (i termini, nella letteratura anglosassone, sono considerati alternativi), come ben noto, è un metodo stragiudiziale di soluzione delle controversie, caratterizzato dalla presenza di un terzo neutrale, autorevole e qualificato (in tecnica della comunicazione e gestione di quest'ultima, non necessariamente un esperto del diritto - di conseguenza non obbligatoriamente laureato in giurisprudenza o con una conoscenza specifica della materia legale), il quale non analizza diritti e obblighi giuridici, ma riattivando e gestendo la comunicazione tra le parti in lite, fa in modo che queste superino le posizioni e si concentrino sugli interessi e siano loro stesse a raggiungere un accordo, il loro accordo.

Le norme in questione hanno dato una definizione degli istituti distinguendo tra mediazione intesa come "l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa" e conciliazione intesa come "la composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione".

Le disposizioni in questione, che evidenziano l'inconfutabile sforzo del legislatore delegato di offrire tutti i mezzi necessari per rafforzare la giustizia alternativa e rendere accessibile a tutti uno strumento rapido, economico ed efficace come la mediazione hanno quale obiettivo la deflazione dei processi e la diffusione della cultura del ricorso a soluzioni alternative: dette disposizioni trovano applicazione anche in ambito sanitario. Infatti il tentativo di mediazione presso gli organismi accreditati costituisce condizione di procedibilità nelle controversie in numerose materia tra le quali anche il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e da diffamazione con mezzo della stampa o con altro mezzo idoneo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari.

Dal 20 marzo 2011 è obbligatorio tentare la conciliazione per risolvere il contenzioso medico-paziente senza andare in tribunale. Tale evento è di portata storica. Infatti le richieste di risarcimento di danni per casi, veri o presunti, di *malpractice* sanitaria hanno avuto, negli ultimi anni, un costante e progressivo aumento. Tanto che le stime parlano di circa 15 mila controversie medico-legali l'anno, pendenti presso i Tribunali. Un numero destinato a crescere se si considera che, secondo gli ultimi dati diffusi dall'Ania, il numero di sinistri denunciati in ambito professionale medico (Aziende sanitarie e singoli professionisti) è cresciuto del 200% dal 1994 al 2007. Ad aumentare sono soprattutto i casi intentati contro i singoli medici. Un fenomeno che mette ulteriormente in crisi il rapporto medico-paziente. Ma oggi una soluzione viene offerta dall'obbligo del tentativo di conciliazione per i contenziosi civili medici sancito dal decreto legislativo n. 28/2010. La legge stabilisce infatti che a partire dal 20 marzo 2011, non sarà possibile rivolgersi direttamente alla magistratura per le controversie in materia di responsabilità medica se prima non si è cercato di arrivare a una conciliazione.



Titolo IV

Le politiche sanitarie

Art. 7

LA CONTINUITÀ DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

L'assistenza e in particolare la gestione della cronicità pone l'esigenza della continuità assistenziale e si basa sulla "presa in carico" del paziente. La finalità della presa in carico è garantire la continuità dell'assistenza nelle varie fasi della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone orientando e accompagnando l'assistito nei vari passaggi sostenendone la libertà e autonomia della scelta attraverso processi di "rafforzamento del potere dei cittadini". *La presa in carico costituisce la premessa indispensabile per avviare le persone assistite in "percorsi assistenziali" appropriati in relazione alle loro specifiche condizioni di salute.*

L'Azienda assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità assistenziale basata sui percorsi di cura, nell'ambito del più complesso processo di integrazione con le ASL territoriali a partire dalla RM D in ossequio alle direttive regionali.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, la integrazione massima dei singoli momenti, che si realizza praticamente attraverso l'uso integrato delle risorse necessarie, sia umane che strumentali e finanziarie.

I vantaggi che se ne ricavano sono rilevanti innanzitutto per l'assistito perché viene notevolmente migliorata l'accessibilità ai servizi, nell'ambito di percorsi senza soluzione di continuità, nei quali i cittadini sono orientati e guidati verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati.

Altrettanto significativi sono i benefici per la struttura perché si creano le condizioni migliori per integrare le necessarie competenze multidisciplinari ed i diversi profili professionali, oltre che configurare la struttura organizzativa e funzionale più adeguata per permettere l'utilizzo ottimale dei beni strumentali e delle risorse finanziarie disponibili.

La continuità assistenziale basata sui percorsi di cura si realizza attraverso diversi momenti di integrazione: tra i servizi di guardia medica territoriale e la medicina generale, tra quest'ultima e l'assistenza domiciliare, nei percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera, nella stessa assistenza ospedaliera.

L'Azienda promuove, d'intesa con la ASL RM/D, lo sviluppo di strumenti operativi in grado di assicurare la continuità assistenziale: i day service dell'assistenza specialistica ambulatoriale, i percorsi integrati di accesso all'ospedale e di dimissione protetta.



Art. 8
IL GOVERNO CLINICO

L'Azienda adotta come strategici i principi e le logiche del governo clinico basato sull'appropriatezza inteso come *"la continua e attiva ricerca, a tutti i livelli dell'azienda, da parte dei professionisti sanitari della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate, in quanto possibili sulla base delle risorse disponibili"*.

Il decreto n. 229 del 1999 pone l'appropriatezza tra i principi fondanti il SSN e all'art. 1, comma 6 bis, recita: *"sono esclusi dai livelli assistenziali erogati dal SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:*

- *Non soddisfano il principio dell'efficienza e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondano alle indicazioni raccomandate;*
- *In presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza"*.

In generale l'appropriatezza può essere definita come la capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, e cioè capaci di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa individuale, familiare e sociale.

Dal punto di vista dell'assistenza erogata sono appropriate le prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, ecc.) che sono di efficacia comprovata, che vengono prescritte per le indicazioni cliniche per le quali sono state indicate e i cui benefici sono superiori ai rischi.

Il governo clinico basato sull'appropriatezza permette di coniugare nella pratica professionale la responsabilità di elevati livelli di efficacia delle prestazioni, con la responsabilità di un consumo di risorse appropriato di risorse con la finalità di:

- Orientare i comportamenti professionali all'utenza;
- Focalizzare l'attenzione sulla produzione, ovvero sulle prestazioni erogate;
- Dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità;
- Contenere l'incertezza tecnico-professionale;
- Orientare i comportamenti professionali ad appropriatezza contrastando la variabilità in medicina e nell'assistenza;
- Orientare i professionisti sanitari e le organizzazioni sanitarie alla ricerca e neutralizzazione degli sprechi e degli errori.

Tra gli strumenti del governo clinico, figurano:

l'EBM, il Miglioramento continuo della Qualità, le linee guida, i protocolli, le procedure, i profili di cura o percorsi diagnostico terapeutici, il disease management, l'accreditamento, i sistemi di indicatori, l'aggiornamento, la revisione tra pari, il risk management.



Il governo clinico presuppone la costituzione di contesti che favoriscano la responsabilizzazione dei singoli professionisti, e delle comunità professionali cui essi appartengono, rispetto all'adozione di comportamenti professionali orientati all'appropriatezza e basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Il Direttore Sanitario è complessivamente responsabile, a livello aziendale, del governo clinico e della costituzione dell'Azienda quale contesto che ne favorisca lo sviluppo.

Il Direttore medico di presidio ospedaliero, è complessivamente responsabile, a livello d'ospedale del governo clinico e della costituzione del presidio ospedaliero quale contesto che ne favorisca lo sviluppo.

Il dipartimento, le UU.OO. rappresentano i livelli di responsabilità per la diffusione e la concreta applicazione delle conoscenze riguardanti gli strumenti del governo clinico che hanno la comune finalità del contenimento della variabilità e dell'incertezza tecnica in medicina e nell'assistenza.

L'Azienda assume la strategia di integrare all'interno dei propri sistemi operativi (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione) il governo clinico, finalizzato alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse gestite dai professionisti sanitari, con gli strumenti sinora adottati nella generalità delle aziende sanitarie.

Titolo V

LE POLITICHE GESTIONALI

Art. 9

LE RAGIONI DELLE SCELTE

Sotto il profilo gestionale, l'Azienda si caratterizza per i seguenti aspetti distintivi:

- le grandi dimensioni, la forte articolazione e la quantità di risorse impiegate, che determinano elevata complessità e difficoltà di governo;
- l'elevata diversificazione funzionale-professionale, dovuta all'ampia gamma delle prestazioni prodotte e dei servizi offerti, che rendono particolarmente difficoltoso ricondurre a unità l'azione di assistenza e sviluppano logiche centrifughe, di aggregazione per famiglie professionali omogenee;
- il grado elevato di qualificazione-specializzazione dei servizi, sotto il profilo tecnico-professionale indotto dalla criticità del "bene" prodotto, la salute, e dalla difficoltà e complessità delle problematiche assistenziali trattate;
- le interdipendenze e gli intrecci dei servizi attorno agli utenti, lungo i processi continui di assistenza e di cura, che richiedono elevati livelli di integrazione professionale e operativa anche oltre i confini dell'organizzazione aziendale;

- la variabilità dei bisogni della popolazione e delle soluzioni da adottare, che richiedono forte flessibilità, capacità di *problem solving* della struttura e attitudine all'osservazione ed all'analisi dei fenomeni mediante flussi informativi adeguati;
- la tempestività di risposta, a fronte, molto spesso, della rapidità di insorgenza del bisogno, che richiede forti capacità reattive da parte dei servizi;

In coerenza con le caratteristiche sopra evidenziate, l'Azienda adotta politiche gestionali basate sui seguenti principi:

- **condivisione delle strategie**, in presenza di una struttura operativa "attiva", che, attraverso canali organizzati, supporta la direzione in tal senso ed organizza il coinvolgimento attivo dei diversi livelli nei quali sono impegnate le risorse umane aziendali e quelle complementari;
- **decentramento della gestione**, in presenza di una direzione generale che, utilizzando le leve della delega e della valutazione, facilita i processi e governa i risultati (mantiene la rotta);
- **capillarizzazione degli obiettivi e pianificazione "circolare" diffusa**, intesa come sollecitazione al *problem solving* e all'ideazione mirata di tutto il sistema aziendale, all'interno delle linee guida politico-strategiche della direzione;
- **forte integrazione verticale e orizzontale**, verso lo sviluppo di un sistema decisionale e operativo centrato sulla diffusione delle informazioni e sulla condivisione delle scelte;
- **costante attenzione allo sviluppo della professionalità** tecnico-specialistica, gestionale e organizzativa di tutto il personale dell'Azienda e dei professionisti che operano nell'ambito del sistema sanitario per conto dell'Azienda;

Art. 10

LA PROGRAMMAZIONE

La programmazione dell'Azienda fa riferimento agli atti e agli indirizzi nazionali e regionali. In tale ambito, assumono un'elevata rilevanza strategica il Piano Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario Regionale.

La programmazione dell'Azienda, inoltre, fa riferimento al **piano strategico**, elaborato secondo le indicazioni del Piano Sanitario e della Programmazione Regionale: esso rappresenta la specificazione della configurazione organizzativa dei servizi.

Il governo e la gestione dell'Azienda si basano, inoltre, sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, che qualificano il sistema di azioni aziendali e ottimizzano l'impiego delle risorse disponibili. La gestione per obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli (integrazione verticale) e ambiti (integrazione orizzontale) di responsabilità dell'Azienda, rappresenta il fattore unificante principale del sistema e delle sue macro e micro articolazioni. Bisogni e risultati di salute sono i riferimenti fondamentali per la definizione di scelte assistenziali, gestionali e organizzative efficaci, in quanto in grado di favorire il raggiungimento degli obiettivi identificati, di sviluppare le azioni a sostegno dei risultati e di consentire la



miglior espressione delle potenzialità professionali della struttura e della sua efficienza operativa.

L'Azienda utilizza la cultura e la pratica del governo per obiettivi, adottando un sistema diffuso di pianificazione e controllo "circolare", che coinvolge tutti i livelli di responsabilità. Il sistema di pianificazione circolare è incardinato sull'incontro e sull'integrazione fra gli indirizzi generali provenienti dalla Regione, e dalla direzione, propri della funzione di "committenza" (*top-down*), e le proposte tecnico-operative provenienti dai nuclei produttivi, a partire dai livelli di responsabilità di base, propri delle funzioni di produzione (*bottom-up*).

L'incontro fra i due flussi programmatori ha lo scopo di mettere a punto e di realizzare una programmazione aziendale a doppia congruenza, in quanto in linea sia con le politiche macro sanitarie nazionali e regionali, che con i bisogni specifici della popolazione assistita e con i suggerimenti e le proposte tecniche e organizzative dei professionisti e degli operatori presenti a tutti i livelli di produzione-erogazione. Il processo di pianificazione circolare, in quanto strumento forte di coinvolgimento e di responsabilizzazione delle figure sanitarie sugli obiettivi e sui processi sia tecnici, che economico-gestionali, rappresenta uno dei percorsi più efficaci per l'affermazione del principio del governo clinico dell'Azienda.

Il processo di pianificazione circolare contempla infatti il raccordo e la compatibilizzazione degli obiettivi, delle azioni e delle risorse delle strutture interdipendenti, che devono operare in sintonia e in sinergia reciproca, per massimizzare i livelli di qualità e di efficienza produttiva. Il piano operativo, in particolare, rappresenta, per tutti i livelli di responsabilità coinvolti, il punto di riferimento per la definizione del budget delle risorse necessarie a realizzare gli obiettivi e le azioni previste.

Gli strumenti specifici della programmazione aziendale sono:

- **il piano triennale della performance**, documento programmatico che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Azienda e che tutte le amministrazioni pubbliche debbono adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009. Il piano individua nella sua interezza la chiara e trasparente definizione delle responsabilità dei diversi attori in merito alla definizione degli obiettivi ed al relativo conseguimento delle prestazioni attese e realizzate. Il Piano della performance triennale è parte integrante del ciclo di gestione della performance che in base all'art. 4 del citato decreto e si declina nelle seguenti fasi:
 - a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
 - b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
 - b) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
 - c) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
 - d) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
 - e) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi;

- **il piano programmatico aziendale**, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo che rappresentano gli strumenti operativi per il raccordo tra le attività previste e le risorse a disposizione;
- **i piani di produzione annuali**, mediante i quali l'Azienda esercita la propria funzione di committenza verso tutte le articolazioni erogatrici presenti all'interno della azienda; essi si traducono, in buona sostanza, come veri e propri contratti di fornitura che specificano gli aspetti quali-quantitativi delle prestazioni che l'Azienda intende assicurare agli utenti.
- **il piano operativo annuale** (budget d'azienda), elaborato da tutte le unità e le funzioni aziendali e negoziato con i livelli organizzativi superiori, che specifica e traduce operativamente gli obiettivi della programmazione aziendale, ne definisce le modalità di realizzazione e identifica specifiche proposte di miglioramento dei livelli di qualità e di efficienza della struttura.

Art. 11

BUDGET AZIENDALE

L'Azienda attua il principio della distinzione tra le attività di indirizzo, programmazione e controllo di competenza della Direzione Generale e attività di gestione di competenza dei Dirigenti nell'ambito delle attribuzioni proprie e delle deleghe ricevute.

Nell'ambito delle funzioni gestionali assegnate e nel rispetto degli indirizzi della Direzione Generale è riconosciuta ai dirigenti autonomia gestionale ed operativa, cui è collegata la diretta responsabilità sui risultati raggiunti.

Questi principi vengono attuati attraverso il budget, strumento con il quale vengono assegnate a ciascun Centro di Responsabilità le risorse umane, strumentali e finanziarie correlate a specifici obiettivi di attività e di risultato, nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Gli obiettivi devono possedere alcuni indicatori quali rilevanza, misurabilità e diretta controllabilità.

Con periodicità almeno trimestrale vengono fornite ai responsabili di budget le necessarie informazioni, in termini di attività e di utilizzo di risorse, per consentire un confronto tra i risultati raggiunti e quelli programmati, al fine di porre in essere le opportune azioni correttive.

Qualora le condizioni interne lo impongano il Dirigente responsabile di budget può richiedere alla Direzione Generale di riformulare gli obiettivi assegnati, adattandoli ai nuovi contesti.

Art. 12

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Con l'adozione dei piani operativi, l'Azienda si propone di incrementare l'efficacia e la tempestività dei sistemi di verifica, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali. L'esplicitazione chiara e concreta a tutti i livelli di responsabilità dei

risultati attesi e delle azioni e risorse necessarie a produrli, mette a disposizione dei diretti responsabili (autocontrollo e autoregolazione) e della struttura cui fanno riferimento (valutazione e regolazione) significativi e validi indici e indicatori di efficacia e di efficienza gestionale.

L'Azienda articola il proprio sistema di controlli interni in 4 funzioni, ed in particolare:

- valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (**valutazione e controllo strategico**).
- verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (**controllo di gestione**);
- garanzia della legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (**controllo di regolarità amministrativa e contabile**);
- valutazione delle prestazioni del personale ed attivazione dei meccanismi di verifica (**valutazione della dirigenza e del personale del Comparto**);

12.1. LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E TRASPARENZA

Il decreto legislativo 150/2009 ha introdotto, tra le altre, alcune importanti novità che si applicano a tutte le amministrazioni pubbliche e, pertanto, anche alle Aziende sanitarie:

- un ciclo di gestione della performance, mirato a supportare una valutazione delle amministrazioni e dei dipendenti volta al miglioramento e al riconoscimento del merito;
- la selettività nell'attribuzione dei premi;
- il rafforzamento delle responsabilità dirigenziali.

Inoltre, il citato decreto, all'art. 30, ha abrogato - a decorrere dal 30 aprile 2010 - i commi 2 e 3 dell'art. 6 del D. Lgs. 286/1999 relativi all'istituzione dei servizi di controllo interno, disponendo contestualmente - all'art. 14 - che ogni amministrazione pubblica si doti di un Organismo indipendente di valutazione (OIV) e preveda l'attivazione di una struttura tecnica di supporto al predetto organismo.

Con la legge regionale n. 1 del 16/03/2011 "norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali", la Regione Lazio ha recepito - in modo pressoché integrale - i principi dettati in materia dalla normativa nazionale, stabilendo in particolare che gli organismi di valutazione e le strutture tecniche debbono essere costituiti presso le amministrazioni regionali entro il termine del 31 dicembre 2011.

PERFORMANCE

Il decreto legislativo n. 150/2009 consente di organizzare il lavoro in un'ottica di miglioramento continuo. A questo fine, è prevista l'introduzione di un ciclo generale di gestione



della performance. Per produrre un miglioramento tangibile e garantire una trasparenza dei risultati, il ciclo di gestione della performance offre un quadro di azione che realizza il passaggio dalla logica dei mezzi (input) a quella dei risultati (output ed outcome).

Per facilitare questo passaggio, il decreto definisce le seguenti azioni:

- Le amministrazioni redigono un Piano triennale di performance, nel quale vengono elencati gli obiettivi strategici e quelli operativi, nonché le azioni specifiche di miglioramento. L'obbligo di fissare obiettivi misurabili e sfidanti su varie dimensioni di performance (efficienza, customer satisfaction, modernizzazione, qualità delle relazioni con i cittadini), costituisce una delle sfide della riforma, perché mette il cittadino al centro della programmazione (customer satisfaction) e della rendicontazione (trasparenza);
- Annualmente, le amministrazioni presentano una relazione sui risultati conseguiti, evidenziando gli obiettivi raggiunti e motivando gli scostamenti, il tutto nel rispetto del principio di trasparenza che implica il coinvolgimento di cittadini e stakeholders;
- Una correlazione forte tra performance delle organizzazioni e performance dei dirigenti e dei dipendenti. In sintesi, non si possono avere amministrazioni scarse e dirigenti e dipendenti eccellenti. È importante rilevare che il decreto prevede che gli obiettivi possano essere assegnati anche a più dipendenti, in modo tale da garantire uno spirito di coesione ed un lavoro di squadra laddove i processi amministrativi coinvolgono più strutture all'interno di una stessa amministrazione.

VALUTAZIONE

La valutazione delle performance organizzative ed individuali è una tappa fondamentale del ciclo di gestione della performance istituito dal decreto legislativo 150/2009.

- **Valutazione delle organizzazioni:**

I sistemi di valutazione preesistenti, ancorché operanti da anni, confinavano le amministrazioni pubbliche in una logica auto-referenziale. Viceversa la riforma introdotta dal legislatore, prevedendo l'utilizzo di modelli di misurazione e di valutazione riconosciuti e validati dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), attraverso l'utilizzo di regole condivise e modelli paragonabili obbliga la valutazione a diventare funzionale alla trasparenza e al miglioramento.

- **Valutazione dei dirigenti e dei dipendenti:**

Come è noto, una delle novità del decreto legislativo 150/2009 è rappresentata dalla estensione della sottoposizione di tutti i dipendenti alla valutazione, nessuno escluso, siano



dirigenti che personale esecutivo. Tant'è che nessun premio può essere erogato ad alcun dipendente che non abbia superato positivamente la propria procedura valutativa.

Tuttavia, gli elementi di cui sopra presuppongono necessariamente la previa identificazione delle competenze e degli obiettivi – della struttura e di ciascun dipendente ad essa assegnato – che l'Azienda dovrà definire in fase di programmazione, perché ogni dipendente deve essere consapevole delle competenze chiave su cui verrà valutato. Questo sistema implica la partecipazione di tutti, dirigenti e dipendenti, al processo di miglioramento e di trasparenza che caratterizza la riforma.

Associando la performance organizzativa a quella individuale, si ricollega inevitabilmente la valutazione delle organizzazioni a quella dei dirigenti e dei dipendenti, anche ai fini della premialità. Finora, infatti, si poteva verificare che strutture con scarsi rendimenti dipendenti che percepivano il 100% delle indennità collegate alla performance individuale, invece gli Organismi indipendenti di valutazione all'interno di ciascuna amministrazione dovranno far sì che ciò non accada più. Per questo motivo, il decreto legislativo 150/2009 prevede, in caso di sistemi non adeguati, il divieto di erogazione dell'indennità di risultato ai dirigenti responsabili.

TRASPARENZA

Il decreto legislativo 150/2009 rafforza ulteriormente le disposizioni sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, attraverso due elementi principali:

- l'obbligo, per le amministrazioni, di predisporre una apposita sezione sul proprio sito internet, che contiene tutte le informazioni concernenti l'organizzazione, gli andamenti gestionali, l'utilizzo delle risorse per il perseguimento dei risultati, nonché l'attività di misurazione e valutazione. Questo obbligo mira a favorire forme diffuse di controllo interno ed esterno, anche da parte del cittadino;
- l'adozione, per ogni amministrazione, di un Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da pubblicare online.

12.2. COLLEGI TECNICI

Il processo di aziendalizzazione realizzatosi nelle aziende sanitarie ha evidenziato la necessità di gestire la complessità organizzativa a livello diffuso mediante una forte responsabilizzazione dei diversi livelli dirigenziali al raggiungimento degli obiettivi strategici. Ne consegue l'esigenza di un sistema di valutazione inteso come strumento di monitoraggio delle funzioni di responsabilità attribuite ai dirigenti e del grado di partecipazione del singolo all'organizzazione aziendale.

Il sistema di valutazione costituisce evidentemente solo una parte di un più ampio modello organizzativo aziendale che, prendendo le mosse dalla definizione della missione aziendale e degli obiettivi strategici, deve essersi già delineato mediante la mappatura delle posizioni



organizzative, la definizione dei contenuti professionali e manageriali degli incarichi, la definizione delle aree di responsabilità lavorativa, la graduazione delle funzioni, il conferimento formale degli incarichi, la definizione e l'assegnazione di obiettivi di budget di struttura e individuali, la verifica dei risultati mediante indicatori predefiniti, la costruzione di sistemi premianti, ecc.

Affinché la valutazione possa perfettamente integrarsi con gli altri sistemi operativi aziendali ed essere in linea con la pianificazione e con la gestione aziendale è pertanto essenziale che la costruzione dell'intero sistema origini dal modello organizzativo e dagli obiettivi che l'Azienda intende perseguire.

Il valore aggiunto della valutazione per il singolo dirigente va ricercato nel ritorno che il sistema gli fornisce in ordine al proprio posizionamento nell'azienda, alla misurazione delle proprie performance ed alla possibilità di mettere in evidenza le proprie capacità dirigenziali, rapportandosi costantemente con il proprio Responsabile.

Avuto riguardo all'attività professionale del dirigente l'organismo deputato al relativo processo di verifica e valutazione, ai sensi del combinato disposto dell'art. 15, comma 5 del d.lgs.vo 229/99 e dell'art. 26 comma 2 del CCNL 2002/2005 - Area Dirigenza Medica ed S.P.T.A. è il Collegio Tecnico.

Il Collegio Tecnico procede alla verifica:

- delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito;
- dei dirigenti di nuova assunzione, al termine del periodo di prova, anche ai fini del conferimento di incarico;
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusiva.

Il sistema delle valutazioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera "S. Camillo - Forlanini" risulta quindi orientato ai principi ed alle finalità del d.lgs.vo 229/99 nonché a quelli dei contratti collettivi vigenti ed è improntato ai seguenti principi:

- ▶ *trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo della motivazione della valutazione espressa;*
- ▶ *informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio nella valutazione di prima e seconda istanza;*
- ▶ *diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.*

In linea di massima la valutazione delle attività professionali e dei risultati raggiunti è legata sostanzialmente alle modalità di raggiungimento di un obiettivo, andando ad indagare i comportamenti dirigenziali con riferimento alle capacità cliniche e/o professionali, alla capacità di valutare l'appropriatezza delle prestazioni, alla capacità di interazione con l'utenza, alla capacità di collaborare con altri servizi e strutture nella prospettiva dell'organizzazione dipartimentale, ecc.

In tal senso i contratti collettivi nazionali individuano, elencandoli, alcuni oggetti specifici della valutazione, rimandando alla contrattazione l'integrazione dei seguenti elementi:

- a) Professionalità espressa;
- b) Collaborazione interna e livello di partecipazione multiprofessionale nell'organizzazione dipartimentale;
- c) Livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;
- d) Capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività;
- e) Risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi;
- f) Capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, nonché i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;
- g) Raggiungimento del minimo credito formativo;
- h) Osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati;
- i) Rispetto del codice di comportamento dei dipendenti;
- j) Per la sola dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa: semplificazione e snellimento delle procedure nell'attività amministrativa.

Art. 13

IL GOVERNO TECNOLOGICO

L'obiettivo che persegue il governo del sistema tecnologico è quello della valutazione delle tipologie di impatto delle tecnologie sulla funzionalità dei processi operativi che delineano i Percorsi di Cura e sulle sue innovazioni. In particolare, con riferimento a studi e analisi nel settore della Sanità (es. Davenport, Dosi, Coriat, Levinthal e Marengo, etc.), le tipologie considerate sono:

- Automazionale: eliminazione del lavoro umano da un processo;
- Informazionale: "cattura" delle informazioni relative ai processi per scopi di comprensione;
- Sequenziale: cambiamento della sequenza delle attività che compongono il processo;
- Ricerca (tracking): controllo dello status di processo;
- Analitica: miglioramento dell'analisi dell'informazione e delle decisioni;
- Geografica: coordinamento dei processi composti da attività svolte in luoghi geograficamente distanti tra loro;
- Integrativa: allargamento e arricchimento delle mansioni lungo la dimensione di processo;
- Intellettuale: raccolta e distribuzione della conoscenza;
- Di disintermediazione: eliminazione degli intermediari da un processo.



In questo modo il **governo del sistema tecnologico** si trova al centro tra l'innovazione, gli individui (nella generica accezione di "risorse umane") e l'organizzazione, finalizzata al "problem solving" e dotata di "competenze specifiche".

Il Governo del Sistema Tecnologico è finalizzato a massimizzare le attività di produzione di prestazioni e di servizi tecnico professionali, alla gestione, monitoraggio, programmazione e ottimizzazione nell'utilizzo e nei costi relativi alla tecnologia (Alta, Media e Bassa) e alla integrazione con i sistemi informatici aziendali.

Con il termine "tecnologia" si intende correntemente l'insieme omogeneo e autosufficiente di conoscenze tecniche, organizzative e gestionali, il cui utilizzo consente al possessore di queste conoscenze di ottenere risultati percepiti come positivi dopo un opportuno uso. Queste tecnologie possono risiedere:

- in impianti, macchinari, infrastrutture;
- in documenti, come brevetti, rapporti tecnici, registrazioni;
- in persone, attraverso un lento accumulo di esperienza.

Art. 14

IL DECENTRAMENTO

L'Azienda promuove il decentramento della gestione, per favorire sistemi decisionali e gestionali, che avvicinano nettamente il momento della decisione al punto di insorgenza del problema. Obiettivo della scelta del decentramento è di rendere efficaci, per competenza, e tempestive, per vicinanza, le scelte della struttura operativa, che deve esprimere la massima professionalità riguardo alle problematiche trattate. Con l'adozione del sistema di pianificazione circolare e del decentramento gestionale l'Azienda intende sviluppare un sistema organizzativo caratterizzato da "intelligenza", propositività, decisionalità e responsabilizzazione diffuse, per realizzare una conduzione partecipata e qualificata dei servizi, integrando la filosofia della "**committenza**", con il valore della "appartenenza consapevole" degli operatori al sistema organizzativo. La condivisione dei valori e degli obiettivi aziendali da parte del personale è fattore fondamentale, oltre che per la qualità dell'assistenza, che, come tutte le organizzazioni professionali, risulta difficilmente governabile in una situazione di contrapposizione e di divaricazione fra ambito politico-strategico e ambito tecnico-operativo.

Art. 15

LA DELEGA E L'ATTRIBUZIONE DI RESPONSABILITÀ

La pianificazione circolare, l'assegnazione di compiti, responsabilità e poteri decisionali, attraverso gli strumenti della delega e dell'attribuzione, e la verifica sistematica dei risultati e dei processi, rappresentano i veicoli principali del decentramento. L'istituto della delega, in particolare comporta il trasferimento dell'esercizio del potere da un soggetto ad un altro

soggetto, restando inalterata la titolarità dello stesso in capo al delegante. Tale esercizio deve essere assicurato dal delegato in base alla preventiva regolamentazione del trasferimento da parte del delegante, in nome proprio e con diretta responsabilità, che potrà in ogni momento procedere alla revoca del provvedimento di delega in caso di difformità alle regole ed alla disciplina del conferimento di potere. La leva che l'Azienda intende privilegiare per sviluppare il processo di decentramento e di partecipazione dei professionisti alla gestione del sistema è rappresentata dallo strumento dell'attribuzione, che permette di assegnare formalmente precise finalità e poteri a specifiche posizioni organizzative, che ne assumono la responsabilità in piena e diretta autonomia.

Il meccanismo dell'attribuzione permette di affermare in modo compiuto il principio della contestabilità, quale condizione per il chiaro riconoscimento delle responsabilità e per la gestione meritocratica dei dirigenti. Tale approccio è favorito e stimolato dall'evoluzione del sistema di norme che caratterizza il contratto individuale di lavoro, che lega tutti i dirigenti alle strategie e agli obiettivi aziendali mediante un'obbligazione di risultato, modernizzando e contestualizzando la figura, il ruolo e il sistema correlato di responsabilità dei dirigenti stessi.

L'elevata competenza professionale, tecnico-specialistica e gestionale - operativa, rappresenta la condizione di base per affidare responsabilità crescenti alla struttura, che presenta, già oggi, notevoli capacità e potenzialità in tal senso.

L'Azienda disciplina con apposito funzionigramma l'articolazione delle responsabilità e dei poteri ai dirigenti.

Art. 16

TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

L'Azienda adotta una prassi di affidamento degli incarichi ai dirigenti che prevede, preliminarmente, l'elaborazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire, per indirizzare la selezione del candidato verso la scelta più appropriata. In linea di massima tale profilo è definito dalle capacità di:

- programmare e gestire le risorse umane, percependone e analizzandone esigenze, potenzialità, vocazioni e quelle economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'intero sistema Azienda, oltre che dell'ambito organizzativo di "competenza";
- instaurare un sistema organizzativo e un sistema di relazioni con gli utenti in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini, basato su flussi trasparenti e sistematici di informazioni utili alla partecipazione ed al consenso;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati (problem solving), anche proponendo soluzioni innovative;



- operare in modo massimamente efficace nell'area specifica di affidamento dell'incarico (competenze tecnico-specialistiche).

Per **struttura**, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista una diretta responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

L'Azienda procede al conferimento delle seguenti tipologie di incarico, relativamente al ruolo sanitario:

1. **incarichi con responsabilità di struttura**, distinguibili in:
 - 1.1. **incarichi con responsabilità di struttura complessa**,
 - 1.2. **incarichi con responsabilità di unità semplice dipartimentale**;
 - 1.3. **incarichi con responsabilità di struttura semplice (incardinati in una struttura complessa)**;
2. **incarichi di natura professionale ad elevata specializzazione**;
3. **incarichi di natura professionale**, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;
4. **incarichi di natura professionale**, conferibili a dirigenti con meno cinque anni di servizio, al superamento del periodo di prova.

Per i dirigenti del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo, oltre all'attribuzione di incarichi di struttura complessa e semplice, si prevede la possibilità di conferire incarichi dirigenziali di natura professionale in presenza di aree specialistiche ad elevato contenuto tecnico in qualità di supporto al responsabile della struttura, configurando così un'articolazione analoga a quella sopra definita per i dirigenti del ruolo sanitario. Con appositi atti regolamentari l'Azienda definisce le modalità ed i percorsi attuativi specifici.

Art. 17

POSIZIONI ORGANIZZATIVE

Nei limiti e con le modalità previste dal CCNL del comparto sanità l'Azienda istituisce con deliberazione del Direttore Generale posizioni organizzative con responsabilità affidata a personale non dirigente del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo.

Tali posizioni organizzative possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

Art. 18

LA GESTIONE E LO SVILUPPO DELLE PROFESSIONALITÀ E DEL PERSONALE

La valenza della missione e dei compiti primari dell'Azienda, l'ampiezza e il livello di complessità dell'organizzazione e della gestione, le specificità del suo sistema produttivo,

 57

l'impegno previsto dalla pratica del governo clinico e le scelte di decentramento e di coinvolgimento gestionale dei professionisti, definiscono i professionisti ed il personale tutto come fattore critico e strategico del sistema Azienda.

L'Azienda mira, quindi, ad acquisire la collaborazione di professionisti e di operatori fortemente qualificati e a sviluppare le loro capacità per mettere a disposizione del cittadino un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona.

L'Azienda adotta metodi di reclutamento in grado di individuare, influenzare e orientare le fonti di "approvvigionamento" di personale, in particolare delle figure professionali ad elevata criticità operativa e di difficile reperimento. Utilizza criteri e strumenti di selezione meritocratici, in grado di identificare, oltre alle conoscenze teoriche, le capacità e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione.

L'Azienda è fortemente orientata allo sviluppo professionale del personale, inteso come incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.

Obiettivo primo della struttura è di creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi di assistenza, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.

Mette in atto, quindi, tutte le iniziative e le azioni possibili utili alla crescita dei livelli di qualità e di "maturità" professionale di tutte le risorse umane della struttura, dagli operatori di base, ai vertici aziendali. Particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale, quali fattori fondamentali della crescita professionale. Scopo dell'Azienda è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico - assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati annessi agli obiettivi.

La convinzione di disporre di personale in grado di incrementare i propri livelli di professionalità, orienta la struttura a ricercare e sviluppare al proprio interno professionisti e operatori in grado di gestire ruoli e incarichi di complessità crescente.

L'Azienda basa la gestione delle risorse umane sui principi della informazione, del coinvolgimento e della partecipazione, nel rispetto delle responsabilità/autonomie proprie di ciascun ruolo organizzativo, della sistematica verifica, valutazione e regolazione delle prestazioni professionali e dei processi operativi, attraverso il confronto chiaro ed esplicito fra i diversi livelli di responsabilità. L'Azienda intende orientare in misura crescente tutta la struttura verso tali "stili" gestionali, consapevole della loro forte valenza formativa. Fornire informazioni e spiegazioni, stimolare proposte, valutare i risultati e le modalità attraverso le quali sono stati raggiunti significa, infatti, crescere all'interno dei processi gestionali, realizzando veri e propri percorsi formativi sul campo ed affermando il "modello" dell'organizzazione che apprende.

L'Azienda adotta quali strumenti fondamentali per la gestione dei professionisti e degli operatori sistemi chiari e certi di impostazione, programmazione e gestione delle attività, dei processi e delle risorse. L'identificazione di obiettivi, la definizione di azioni e di risorse, l'adozione di sistemi e metodiche qualificate di intervento, l'effettuazione di verifiche sistematiche dei risultati e dei processi prodotti, rappresentano gli strumenti fondamentali di ciascun responsabile per la gestione professionale dei collaboratori.

L'Azienda realizza una gestione "meritocratica" del personale a tutti i livelli, adottando sistemi di valutazione delle posizioni organizzative e delle prestazioni professionali equi e trasparenti.

I fattori di valutazione delle prestazioni fanno riferimento al raggiungimento dei risultati previsti in sede di programmazione e alle capacità professionali espresse, rispetto alle competenze previste per ricoprire il ruolo assegnato.

I criteri di valutazione e di "pesatura" delle posizioni organizzative e di definizione delle strutture semplici e delle strutture complesse fanno riferimento ai seguenti fattori :

- la discrezionalità, intesa come autonomia richiesta per gestire i "compiti" assegnati;
- l'influenza sui risultati, intesa come qualità del contributo fornito al raggiungimento degli obiettivi;
- la dimensione, intesa come volumi produttivi e quantità di risorse gestite;
- il *problem solving*, inteso come capacità di identificare soluzioni professionali e gestionali efficaci;
- le competenze professionali e manageriali richieste, per presidiare i processi assegnati.

Art. 19

LA FORMAZIONE CONTINUA: STRUMENTO PER LA QUALITÀ ED IL GOVERNO CLINICO

Poiché è evidente che il miglioramento dei risultati aziendali e della qualità appaiono strettamente interconnessi tra loro e con l'acquisizione di sempre nuove conoscenze e competenze da parte dei medici, dei professionisti e degli operatori delle aziende sanitarie, le funzioni di sviluppo del governo clinico, della qualità e di sviluppo delle attività formative debbono tendere ad una integrazione organizzativa.

La funzione organizzativa preposta allo sviluppo della formazione troverà la sua espressione più alta nella capacità di promuovere a livello decentrato, a partire da quello dipartimentale, la ideazione, proposizione e realizzazione di attività formative da parte delle diverse articolazioni aziendali, di gruppi professionali e interprofessionali, di singoli professionisti così da costituire un'*offerta formativa* dinamicamente e continuamente arricchita nel corso dell'anno dalle iniziative proposte a livello decentrato.

La funzione formativa deve essere, altresì, promossa, come previsto dalla Regione per l'attuazione della legge n. 251/2000, nell'area delle professioni infermieristiche e delle altre professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Il *piano formativo* aziendale annuale sarà costituito:

- dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali e della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali e strategici;
- da iniziative formative promosse a livello centrale sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi ulteriori;
- dall'offerta formativa dinamicamente costituita nel corso dell'anno, fermo restando che è funzione delle strutture aziendali deputate alla formazione quella di selezionare le attività formative da realizzare in funzione della loro coerenza con gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali.

Lo sviluppo della formazione in funzione del governo clinico e della qualità avverrà attraverso una strategia tesa a favorire:

- il decentramento dell'ideazione e della proposizione delle attività formative;
- lo sviluppo di iniziative formative basate sull'autoapprendimento organizzativo;
- l'accreditamento in ECM delle ordinarie attività di reparto (riunioni e meeting di reparto, revisione della casistica, elaborazione e verifica di progetti, percorsi assistenziali, linee guida, piani assistenziali, etc.)
- il coordinamento con altre aziende per l'adozione di iniziative rivolte alle così dette "professionalità rare" scarsamente rappresentate nelle singole aziende;
- la diffusione tempestiva e capillare delle informazioni sulle iniziative formative in programma.

Art. 20

LE RELAZIONI SINDACALI

L'Azienda attribuisce particolare rilievo al sistema delle Relazioni Sindacali per uno sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane. L'Azienda, pertanto, adotta politiche e "stili" relazionali improntati alla lealtà, alla chiarezza e trasparenza delle scelte e dei propri comportamenti, nonché al costante coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali, nel rispetto della normativa prevista nei vigenti contratti di lavoro e delle funzioni e responsabilità proprie dei sindacati.

Le Relazioni Sindacali, si connotano, pertanto, come:

- strumento per la corretta gestione dell'informazione, della contrattazione collettiva integrativa aziendale, della concertazione e della consultazione, con riferimento alla contrattazione collettiva;
- elemento di confronto per la migliore definizione dei programmi di tutela e promozione della salute.

Le modalità operative che regolamentano lo svolgimento degli incontri con le Organizzazioni Sindacali per la contrattazione, concertazione e consultazione a livello aziendale sono previste in un apposito regolamento.

TITOLO VI

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Art. 21

CRITERI GENERALI DI ORGANIZZAZIONE

Il modello organizzativo aziendale è finalizzato al supporto delle strategie e dei processi operativi; esso è improntato al rispetto di alcuni principi fondamentali:

- la semplicità intesa come aggregazione delle unità affini per contenuti, processi e risultati al fine di ridurre il più possibile i livelli di responsabilità e di sviluppare i processi professionali ed operativi sia orizzontali che verticali;
- l'integrazione quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, con la consapevolezza che l'efficacia e la qualità dei risultati di salute per i cittadini dipendono, in buona misura, dalla capacità dell'Azienda di operare in modo organico e continuo in una logica di processo;
- il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la chiarezza, cioè la precisa definizione delle finalità delle unità di staff, della tecnostruttura e della linea produttiva, condizioni necessarie per una piena responsabilizzazione verso i risultati da ottenere;
- impersonalità ovvero la costruzione e la gestione della struttura organizzativa basata sull'analisi dei bisogni di salute e sui processi operativi;
- l'orientamento al dinamismo inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla direzione aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi nel rispetto dei rapporti gerarchici.

Art. 22

L'OSPEDALE

Nella situazione di alta complessità propria dell'Azienda S. Camillo – Forlanini l'applicazione del modello dipartimentale dovrà rappresentare lo strumento per assicurare:



- la soluzione di problemi ovvero per il raggiungimento di obiettivi riconducibili alla massima espressione della professionalità degli operatori sanitari;
- la massima flessibilità, ovvero la capacità di adattarsi continuamente alle richieste provenienti dall'ambiente esterno e di saper cogliere le occasioni offerte dal continuo processo di innovazione in atto nel settore della sanità;
- la massima integrazione tra diverse UUOO al fine dell'appropriatezza e qualità delle attività poste in essere e delle prestazioni erogate con particolare riferimento ai percorsi o profili di cura.

L'Ospedale costituisce il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

L'Azienda è articolata nei due distinti ospedali: l'ospedale S. Camillo e l'ospedale C. Forlanini. Le funzioni specialistiche esercitate da ciascuno dei due Ospedali dell'Azienda sono quelle previste dalla programmazione regionale.

Ciascuno dei due ospedali dell'Azienda viene assunto come un sistema organizzativo compiuto, dotato di un proprio centro di direzione, integrazione, coordinamento interno e di raccordo con la Direzione Generale, rappresentato dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale.

L'ospedale rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

Ai fini dell'organizzazione e della gestione degli Ospedali dell'Azienda si terrà conto delle funzioni o specificità assistenziali che richiedono nuovi modelli organizzativi (intensità delle cure, conduzione infermieristica, day surgery, etc.) che permettano di superare la divisione in reparti e di pervenire ad una più razionale gestione delle diverse competenze professionali e delle risorse di degenza.

Ferme restando le specifiche vocazioni, caratteristiche e attività dei due presidi ospedalieri, gli stessi si integrano e cooperano per la realizzazione della missione aziendale, per l'organizzazione delle attività e per la erogazione delle prestazioni.

L'Ospedale è preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute o riacutizzate che comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure, non può essere preso in carico dai servizi territoriali.

I due ospedali dell'Azienda, nel loro insieme, rappresentano un polo erogante prestazioni di emergenza e di alta specialità; costituiscono, per i cittadini residenti nel bacino d'utenza, il polo di riferimento ed attuano ogni possibile forma di cooperazione e integrazione con i distretti e i servizi dell'Azienda USL RMD al fine della presa in carico dei pazienti e della continuità dell'assistenza.



Art. 23

I DIPARTIMENTI

Per Dipartimento si intende un' articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Il Dipartimento costituisce una macro struttura composta da unità operative complesse e semplici dipartimentali i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa. Il dipartimento assume il suo pieno significato in quanto si costituisce come un contesto per il governo clinico con particolare riguardo al governo e all'autogoverno dei comportamenti professionali e alla loro continua valutazione.

A questo livello vanno costantemente promosse:

- le integrazioni e le sinergie necessarie alla presa in carico del paziente e all'implementazione e manutenzione dei percorsi assistenziali;
- la diffusione mirata delle conoscenze riguardanti gli strumenti del governo clinico e il massimo della loro concreta applicazione alle pratiche assistenziali.

L'Azienda adotta il modello dipartimentale funzionale che non svolge, di norma, un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative afferenti, ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione finalizzati in generale allo sviluppo del governo clinico ed in particolare a:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Generale gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- utilizzare in modo coordinato ed integrato le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per conseguire interventi appropriati ovvero che corrispondano ai criteri dell'efficienza ed dell'efficacia;
- definire percorsi assistenziali, o profili di cura, basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere e adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse UUOO, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Sono organi del Dipartimento il Direttore ed il Comitato di Dipartimento le cui funzioni e composizione è demandata ad apposito regolamento aziendale.



Art. 24
LE UNITÀ OPERATIVE

Unità Operative Complesse

Ogni Unità Operativa Complessa, si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

Le Unità Operative Complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richiedono un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- gestione di risorse finanziarie la cui consistenza sia significativa per il bilancio aziendale;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- afferenza di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica.

Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali, sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, e sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento di altre UUOO e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

Unità Operative Semplici

Le Unità Operative semplici sono l'articolazione di una struttura complessa definita in base sia alle caratteristiche delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e solo in via secondaria a dare soluzione a problemi organizzativi.

Art. 25
MODELLI OPERATIVI

Reti professionali

L'azienda promuove e riconosce la costituzione di reti professionali.



Una rete professionale connette quanti sono partecipi di un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale e permette di coordinare più contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate realizzabili sulla base del collegamento di più linee di attività e/o più professionisti, strutture operative, o loro articolazioni interne, che non sono direttamente collegabili tra loro in base al loro posizionamento nell'organigramma aziendale.

Una rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UU.OO. e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca.

L'azienda promuove - tra le altre - la costituzione di una rete professionale riguardante l'erogazione delle prestazioni assistenziali in materia di trapianto e donazione di organi, con particolare riferimento alla necessità di assicurare, anche attraverso la definizione di uno specifico modello organizzativo e funzionale, un qualificato indirizzo e coordinamento scientifico di tali prestazioni.

Gruppi Operativi Interdisciplinari

I gruppi operativi interdisciplinari sono intesi come momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità, della diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico e come supporto per i dipartimenti, le aree funzionali e le UUOO.

Sono costituiti da un insieme di professionisti appartenenti a discipline e/o UU.OO. differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca, da perseguire in via transitoria o permanente. Tra i gruppi operativi interdisciplinari potranno essere compresi gruppi formalmente costituiti in Azienda per la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative agli strumenti del Governo Clinico, tra i quali: EBM, Linee Guida, Procedure, Protocolli, MCQ, Clinical Audit, Profili di Cura, Percorsi Diagnostico-Terapeutici, Risk Management, Disease Management, Revisione di Appropriatezza del Ricovero Ospedaliero, Technology assessment, Sistemi di Indicatori.

Art. 26

LA DIREZIONE STRATEGICA

La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla la realizzazione.

La direzione strategica esercita il governo strategico dell'Azienda. È composta dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e si avvale del collegio di direzione.

La direzione strategica definisce:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi pluriennali;



- l'organizzazione aziendale e programmazione della produttività e delle qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo di gestione.

Art. 27

IL DIRETTORE SANITARIO E IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo sono nominati, in rapporto fiduciario, dal direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti. Il direttore generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta regionale, che trasmetterà alla Regione entro 10 giorni.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo fanno parte della direzione strategica e concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Essi esprimono parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

- esprimono parere su ogni questione che venga loro sottoposta;
- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal direttore generale;
- formulano, per le parti di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda e attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale degli importi determinati dallo stesso;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del direttore generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del direttore sanitario e/o del direttore amministrativo le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal direttore generale, su proposta degli stessi.

Art. 28

IL DIRETTORE SANITARIO

Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi.

E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa e l'integrazione tra i presidi ospedalieri, i dipartimenti e le UUOO dell' Azienda.

Al fine del coordinamento unitario delle attività e dei professionisti promuove lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il direttore sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale di tutte le strutture di staff, delle due Direzioni di Presidio nonché delle loro articolazioni interne e/o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi finalizzate all'epidemiologia valutativa;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie (technology assessment);
- accreditamento;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;
- piani di prevenzione attiva e screenings;
- coordinamento locale trapianti;
- coordinamento della programmazione e dello sviluppo di attività integrate con le Aziende USL ed in particolare con l'azienda USL RMD;



Il direttore sanitario svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.

Egli presiede il consiglio dei sanitari.

Il direttore sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e utilizzazione degli strumenti che gli sono propri promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico. Presiede e/o coordina gli stessi e/o vi partecipa secondo quanto previsto dalle normative vigenti e dagli atti regolamentari aziendali.

Art. 29

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo concorre al governo dell'azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica. Al Direttore Amministrativo vengono inoltre attribuiti i seguenti compiti:

- sovrintende ai servizi amministrativi ed è responsabile dell'attività svolta dalle articolazioni organizzative tecnico/amministrative aziendali;
- partecipa attivamente alla funzione di committenza aziendale, con particolare riguardo alla verifica delle risorse necessarie, sia nel breve che nel medio periodo, per lo svolgimento delle attività direttamente prodotte, valutando in tal senso la congruenza tra piani di attività e le compatibilità economico-finanziarie;
- è responsabile dei flussi informativi di supporto alla gestione ed è garante dei debiti informativi interni ed esterni all'Azienda;
- assicura la completezza, la correttezza e la trasparenza dei processi di formazione e dei documenti rappresentativi delle dinamiche finanziarie e patrimoniali dell'Azienda, sovrintendendo alle competenze specifiche dei dirigenti preposti ai servizi;
- garantisce l'assolvimento degli adempimenti informativi relativi alla gestione economico-finanziaria dell'Azienda e di quelli relativi alle relazioni sindacali attinenti all'attuazione dei CCNL, avvalendosi del potere di delega nei confronti dei responsabili delle macro-articolazioni, e delle unità di staff dotate di competenza nelle materie in questione.

Il Direttore Amministrativo supporta il Direttore Generale nell'elaborazione delle strategie e delle politiche aziendali e dei budget delle macro articolazioni organizzative e nella verifica sistematica dei risultati raggiunti.

Il Direttore Amministrativo svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.



Il Direttore Amministrativo, su indicazione del Direttore Generale, può avocare a sé la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area amministrativa, adottando tutti i correlati atti all'uopo necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono svolte secondo le modalità previste dal regolamento aziendale.

Art. 30

IL DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI

Il direttore della UOC Risorse economiche e finanziarie è nominato "dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili", ai sensi dell'art. 9 della legge regionale n° 27/2006, al quale sono conferiti dal direttore generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei propri compiti.

Gli atti e le comunicazioni contabili dell'Azienda sono accompagnate da apposita dichiarazione al fine di attestarne la veridicità.

È compito del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, predisporre adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio e, ove previsto, del bilancio consolidato nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.

Il direttore generale e il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

La responsabilità del direttore generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche ai dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili in relazione ai compiti loro spettanti, salvo azioni esercitabili in base al rapporto di lavoro con la propria amministrazione.

Art. 31

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA

31.1. LA PROGETTAZIONE ESTERNA

Riguardo alla proiezione strategica dell'Azienda verso gli interlocutori istituzionali e i possibili committenti pubblici e privati, che siano interessati ad avvalersi del risultato delle alte competenze professionali presenti, l'Azienda intende offrire una specifica linea di attività dedicata alla progettazione esterna che si integra con le funzioni di pianificazione strategica indicate dalla Direzione generale. Tale attività si sostanzia nella predisposizione, la gestione ed il controllo dei progetti di ricerca nazionali ed internazionali relativi a fonti di finanziamento esterne rispetto alla dotazione ordinaria regionale per lo svolgimento delle attività sanitarie



correnti. La metodologia applicata in questo contesto gestionale è quella relativa al Project Life Cycle Management.

Le sperimentazioni gestionali

Nella progettazione esterna di particolare rilievo strategico l'Azienda può utilizzare l'istituto della sperimentazione gestionale, introdotta dall'art. 9 bis del D. Lgs. 502/92, quale strumento che apre a forme di collaborazione con soggetti privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, nonché finalizzata ad acquisire competenze gestionali, professionali e finanziarie per migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

Pertanto, ai sensi dell'art. 9-bis e delle modifiche ad esso apportate dall'art. 10 del D. Lgs. 229/9 nonché dall'art. 3 della legge 16 novembre 2001 n. 405, l'Azienda acquisirà la previa prescritta autorizzazione da parte della Regione per programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali di collaborazione con soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato, motivando il progetto gestionale da ragioni di convenienza economica e di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale.

Inoltre, ai sensi del citato art. 10 del D.Lgs n. 229 del 1999, sarà necessario che, oltre a motivare le ragioni di convenienza economica, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di funzionalità rispetto alla programmazione regionale, si evidenzino, nell'elaborazione dei progetti di sperimentazione gestionale, determinati criteri di garanzia in ordine alla composizione dell'assetto societario e alle caratteristiche dei soggetti privati coinvolti. Quali scopi di tale sistema di garanzia sono stati individuati: la tutela della continuità del pubblico servizio; la puntuale distribuzione delle responsabilità e dei rischi fra i partecipanti alla sperimentazione; la prevenzione del rischio di conflitti di interesse e/o di riduzione della contendibilità dell'offerta.

Infine, fermo restando l'esplicito divieto normativo alla costituzione di società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute al fuori della procedura di autorizzazione e verifica regionale, saranno possibili - ed escluse dal procedimento di autorizzazione regionale - le forme di collaborazione fra pubblico e privato inerenti le attività strumentali e di supporto.

Da ultimo, l'Azienda si rende disponibile ad eventuali ulteriori forme sperimentali promosse dal Ministero della salute mediante il finanziamento di progetti di ricerca finalizzati a sviluppare modelli organizzativi e gestionali innovativi ai sensi dell'art. 12 del citato D. Lgs. 502/92.

La cooperazione sanitaria internazionale

La cooperazione sanitaria internazionale a livello regionale è costituita da una vasta gamma di attività: interventi finalizzati ad ospitare nei propri ospedali pazienti stranieri di paesi che non dispongono di sufficienti strutture e competenze mediche per la loro cura; progetti diretti al trasferimento di risorse nei paesi destinatari, come medicinali, apparecchi e personale medico; progetti volti alla formazione di medici locali tramite un sistema di visite e di scambi, in forma



anche di gemellaggi tra ospedali; progetti finalizzati alla prevenzione e alla diffusione di conoscenze igienico-sanitarie.

L'azienda, oltre a farsi carico di tutte le attività sopradescritte nell'ambito di progetti finalizzati alla cooperazione internazionale sanitaria, finanziati dalla Regione, dal Ministero degli Affari esteri o altri soggetti pubblici o privati, fornisce il suo contributo con attività che comprendono: l'assistenza sanitaria e tecnica nonché la formazione nei Paesi in via di sviluppo e presso le aziende sanitarie regionali tramite il diretto coinvolgimento del personale ospedaliero; rapporti internazionali e gemellaggi istituzionali; gestione di progetti sanitari di cooperazione decentrata ed istituzionale.

31.2. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'Organismo, ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo n. 150/2009, svolge, all'interno dell'Azienda, un ruolo fondamentale nel processo di misurazione e valutazione delle strutture e dei dirigenti e nell'adempimento degli obblighi di integrità e trasparenza posti alle amministrazioni.

L'Organismo è infatti individuato dalla legge come uno dei soggetti che concorrono a costituire il Sistema di misurazione e valutazione delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 7, essendo, in primo luogo, chiamato a garantire la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso in relazione ai suoi processi e, di riflesso, a presentare una proposta di valutazione dei dirigenti di vertice.

L'Organismo, tra gli altri compiti, svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del Sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso, valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 12.1, garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate in materia dalla CIVIT ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) del decreto legislativo n. 150/2009, la cui corretta applicazione è rimessa alla sua vigilanza e responsabilità.

L'Organismo supporta la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi. Contribuisce altresì, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione, all'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione. A tal fine, l'Organismo rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

Riguardo all'istituzione e funzionamento dell'Organismo indipendente di valutazione si rinvia all'apposito regolamento aziendale.

31.3. IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ (CUG).

L'istituzione del CUG è prevista dall' art. 21 della L. 183/2010 (*il cosiddetto collegato lavoro*) che, insieme all'art. 57 del D.lgs 165/2001 e al D.lgs 150/2009, disciplina il rapporto di lavoro

dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche e riunisce in sé le competenze sia del comitato pari opportunità che di quello paritetico sul fenomeno del *mobbing*.

Il CUG è nominato con deliberazione del Direttore Generale, come da Regolamento di costituzione a cura della U.O.C. "Attività Libero Professionale e Affari Istituzionali".

Le linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG sono contenute nella direttiva emanata il 4 marzo 2011 di concerto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il CUG ha composizione paritetica. Sono presenti perciò un ugual numero di componenti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e di rappresentanti dell'amministrazione. Il comitato è unico per dirigenza e comparto e il Presidente è designato dall'amministrazione.

Il nuovo organismo assume tutte le funzioni che la legge e i contratti collettivi attribuivano ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del *mobbing* e rappresenterà un interlocutore unico, al quale i lavoratori potranno rivolgersi nel caso subiscano una discriminazione e vogliano porvi rimedio.

La lotta contro le discriminazioni sul luogo di lavoro si può avvalere di uno strumento efficace e completo. Il Comitato unico di garanzia, infatti, lavorerà per prevenire e battere le discriminazioni dovute non soltanto al genere, ma anche all'età, alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza, e, per la prima volta, all'orientamento sessuale. Una tutela che comprende, il trattamento economico, le progressioni in carriera, la sicurezza e che viene estesa all'accesso al lavoro.

Gli obiettivi del comitato sono molteplici:

- Assicurare parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualsiasi forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- Favorire l'ottimizzazione della produttività, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti del personale;
- Razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione ottenuta mediante l'unificazione delle competenze, che l'organizzativa e dei costi.

I compiti che il CUG esercita sono di tipo propositivo, consuntivo e di verifica.

Propositivi:

- predisporre di piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sul lavoro fra uomini e donne;
- promuovere e/o potenziare le iniziative di conciliazione vita privata/lavoro;
- proporre temi ai fini della contrattazione collettiva;
- diffusione delle conoscenze ed esperienze sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate;



- proporre azioni atte a favorire le condizioni di benessere lavorativo;
- proporre azioni positive, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche.

Consuntivi:

- progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza;
- piani di formazione del personale;
- orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione;
- criteri di valutazione del personale;
- contrattazione integrativa.

Di verifica:

- risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
- esiti delle azioni di contrasto delle violenze morali e psicologiche;
- assenza di ogni forma di discriminazione nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

31.4. IL RISK MANAGER

L'Azienda adotta un sistema organico di azioni finalizzato a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.Lgs. n. 187/2000. In particolare al fine di dare piena attuazione a quanto previsto dall'art. 1, comma 6 del D.Lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali è prevista l'istituzione della figura del *risk manager*, finalizzata a garantire la sicurezza della pratica medica.

Il "risk manager" opera in staff alla direzione strategica ed assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento, inoltre risponde del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario) che alle infezioni ospedaliere, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performances del direttore generale e, ove coincidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali.

31.5. TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO - S.P.P.

L'Azienda tutela la sicurezza negli ambienti di lavoro attraverso la costituzione del Servizio di Prevenzione e Protezione (S.P.P.).

La sicurezza sul luogo di lavoro consiste in tutta quella serie di misure di prevenzione e protezione (tecniche, organizzative e procedurali), che devono essere adottate dal datore di



lavoro, dai suoi collaboratori (i dirigenti e i preposti), dal medico competente e dai lavoratori stessi.

Le misure di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori hanno il fine di migliorare le condizioni di lavoro, ridurre la possibilità di infortuni ai dipendenti dell'Azienda, agli altri lavoratori, ai pazienti, ai collaboratori esterni ed a quanti si trovano, anche occasionalmente, all'interno dell'Azienda. Misure di igiene e tutela della salute devono essere adottate al fine di proteggere il lavoratore, da possibili danni alla salute come infortuni sul lavoro e malattie professionali, nonché la popolazione in generale e l'ambiente.

La salute e la sicurezza sul lavoro sono regolamentate dal D. Lgs. 81/2008 nel quale sono elencate le misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, nonché gli obblighi del datore di lavoro tra i quali la predisposizione di un apposito Documento di Valutazione dei rischi per i lavoratori, sotto la responsabilità indelegabile del datore di lavoro (che eventualmente può farsi supportare dalla consulenza di professionisti esperti della materia).

Il citato D. Lgs. 81/2008 prevede che il Documento di valutazione dei rischi riporti obbligatoriamente le misure di prevenzione e protezione, nonché i dispositivi di protezione individuale da adottare e gli interventi di adeguamento che dovranno poi essere attuati immediatamente o a breve termine se hanno carattere di urgenza, o saranno inseriti nella programmazione aziendale se si tratta di lavori di adeguamento previsti a medio o a lungo termine.

31.6. MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE (P.R.P.)

Si tiene a sottolineare l'impegno dato dalla partecipazione dell'Azienda al Piano della Prevenzione Regionale che rappresenta un importante strumento di crescita nel contesto regionale e un momento di confronto, interno ed esterno, con le nuove istanze che il mondo scientifico e l'evoluzione culturale degli ultimi anni hanno prepotentemente portato all'attenzione degli operatori e dei decisori.

In particolare devono essere accantonati modelli di intervento, quali quelli espressi in larga maggioranza dalle strutture pubbliche in questi anni, basati esclusivamente sull'iniziativa dei singoli operatori, spesso non controllati dal punto di vista metodologico, condotti con approcci non uniformi e a forte rischio, tra l'altro, di generare disuguaglianze.

Altro elemento comune di molti dei programmi passati era la carenza, se non l'assenza, di un piano di valutazione che misurasse l'impatto delle azioni introdotte.

Il termine che meglio esprime questa veste fortemente sfaccettata della prevenzione, e della sanità in generale, è "complessità"; la complessità dei programmi di prevenzione si esprime in un coacervo di azioni che si traducono in strategie ampie ed integrate, in grado di coniugare obiettivi differenti.



Art. 32

IL DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO E OSTETRICO (D.I.T.R.O.)

A livello aziendale, al fine di conferire unicità alle funzioni professionali, riconoscendone l'autonomia organizzativa e tecnica e le conseguenti responsabilità, nonché allo scopo di rappresentare la trasversalità della funzione dell'assistenziale, è istituito il Dipartimento Infermieristico, Tecnico Sanitario, Riabilitativo ed Ostetrico (D.I.T.R.O.).

La definizione organizzativa e il funzionamento del D.I.T.R.O. sono demandati al regolamento di cui all'art. 33. In particolare detto regolamento terrà conto della specificità del D.I.T.R.O. in funzione dei contributi che lo stesso darà:

- al processo di pianificazione strategica aziendale;
- alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità;
- alla definizione dei criteri generali di organizzazione dei servizi;
- all'attuazione dei programmi e dei piani dell'Azienda.

Il D.I.T.R.O. coadiuva la Direzione Aziendale contribuendo ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

Il D.I.T.R.O. agisce per la promozione e lo sviluppo delle aree professionali sanitarie elaborando e proponendo alla Direzione Aziendale modelli organizzativi ed assistenziali, metodi e strumenti di programmazione, di gestione e di verifica delle attività infermieristiche e tecniche riabilitative e ostetriche.

A tal fine il D.I.T.R.O. individua standard e criteri per un'appropriata distribuzione del personale infermieristico, tecnico, riabilitativo ed ostetrico e per l'analisi, il monitoraggio dell'impiego delle risorse infermieristiche, tecniche, ostetriche e ginecologiche e per la valutazione dei carichi di lavoro e dei livelli qualitativi e di appropriatezza dell'assistenza erogata.

Utilizzando tali standard e criteri il D.I.T.R.O. concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali operando sulla base degli indirizzi della Direzione Aziendale che, nell'ambito del sistema di budget, supporta nella fase di assegnazione delle risorse infermieristiche e tecniche.

Ai diversi livelli aziendali, il D.I.T.R.O. promuove lo sviluppo del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico da parte degli operatori appartenenti alle professioni ad esso afferenti. Assicura, nel rispetto delle autonomie professionali e delle responsabilità gestionali, la cooperazione e l'integrazione tra le diverse professioni tutte ad ogni livello e nell'ambito delle diverse articolazioni dell'azienda.

 75

A livello aziendale, per le professioni ad esso afferenti, il D.I.T.R.O. è complessivamente responsabile dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate.

A livello di presidio ospedaliero e di dipartimento il D.I.T.R.O. promuove la concreta utilizzazione degli strumenti propri del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico da parte delle professioni e delle equipe professionali ad esso afferenti e inserite nelle diverse UU.OO.

Il D.I.T.R.O. partecipa dello sviluppo della formazione e del governo clinico e dell'individuazione dei i bisogni formativi delle professioni ad esso afferenti e collabora attivamente con le altre UU.OO. afferenti alla Direzione Aziendale alla formulazione dell'offerta formativa aziendale annuale anche attraverso la progettazione e gestione diretta di attività formative.

Il D.I.T.R.O. partecipa, unitamente alla componente amministrativa, all'applicazione omogenea degli istituti contrattuali, sviluppa, per le materie di competenza, attività di consulenza per le altre strutture aziendali contribuendo a definire politiche e sistemi di reclutamento, selezione, gestione e sviluppo della risorsa infermieristica, tecnica, riabilitativa ed ostetrica.

Il DITRO è suddiviso al suo interno in unità organizzative complesse, semplici e dipartimentali ognuna delle quali, pur costituendo un autonomo centro di responsabilità, interagisce sinergicamente nell'ambito della macrostruttura dipartimentale.

I concetti chiave che ne caratterizzano l'orientamento gestionale sono quelli propri della *learning organization*: organizzazione intesa come un sistema per creare conoscenza, progettazione in fieri, massimazione delle abilità, integrazione dei processi, focalizzazione sul team e sulla conoscenza.

In tal senso, il modello organizzativo diviene lo strumento di integrazione tra attività clinico – assistenziale e attività di ricerca scientifica, che persegue il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'adattamento dei percorsi di cura, lo sviluppo della cultura, della qualità continua, del governo clinico e della formazione professionale, la promozione dell'integrazione fra professionisti, l'appropriatezza professionale e organizzativa, il rafforzamento del rapporto di fiducia tra operatori e pazienti, l'umanizzazione dell'assistenza.

In quest'ottica l'individuazione di servizi con responsabilità dirigenziale per le aree delle professioni del comparto è utile per il raggiungimento dei livelli di autonomia richiesti, in applicazione della Legge 251/00.

Il Direttore del D.I.T.R.O. è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/00 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente ed è nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, nonché delle norme del CCNL 3/11/2005 s.m.i., con il conferimento di un incarico triennale rinnovabile.

 76

Art. 33

NORME FINALI E DI RINVIO

Il presente atto aziendale di diritto privato formalizza principi e i criteri fondanti di organizzazione e di funzionamento dell'Azienda.

Sono rimesse all'esercizio del potere regolamentare della Azienda la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari alla attuazione della normativa contenuta nel presente atto, fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali in materia per quanto non espressamente contemplato.

Nello svolgimento dei propri compiti il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ciascuno per le proprie competenze.

Il Direttore Generale può delegare le funzioni di carattere gestionale, non rientranti in quelle di governo e di alta amministrazione, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario ed ai Dirigenti secondo criteri e modalità propri della disciplina dell'istituto: atto scritto e motivato, individuazione del delegato, contenuti della delega, arco temporale, controlli sull'esercizio della delega con previsione esplicita di revoca in caso di accertato inadempimento.

Gli atti istruttori dei provvedimenti e gli atti esecutivi di provvedimenti di alta amministrazione già adottati dal Direttore Generale rientrano nelle attribuzioni e nella responsabilità dei singoli dirigenti per le aree di competenza.

Nei confronti dei Dirigenti cui viene conferita specifica delega, il Direttore Generale esercita il potere sostitutivo qualora si riscontri, nel comportamento del Dirigente, l'inosservanza degli indirizzi della Direzione o il compimento di atti che pregiudichino la corretta gestione dell'Azienda.

Tale potere si esercita con provvedimento motivato del Direttore Generale e comporta altresì l'avvio del procedimento di verifica del Dirigente interessato.

Fermo restando il diritto di verifica e supervisione su qualunque atto, il Direttore Generale può avocare a sé la trattazione di qualsiasi problematica di particolare rilevanza, e può altresì trattare problematiche anche se facente parte di delega conferita ai Dirigenti, in caso di motivate esigenze.

Gli atti adottati dal Direttore Generale assumono la denominazione di deliberazione o di ordinanza.

Gli atti adottati dai Dirigenti assumono, di norma, la denominazione di determinazione dirigenziale, sono giuridicamente imputabili all'Azienda e comportano la responsabilità del Dirigente che li adotta.

Gli atti aziendali si distinguono in **deliberazioni e ordinanze (A)**, **determinazioni dirigenziali (B)** e **atti vari diversi dalle determinazioni dirigenziali (C)** e sono indicati a titolo meramente esemplificativo nel funzionigramma di cui all'allegato (A). Tale allegato potrà essere modificato ed integrato con atto amministrativo del Direttore Generale.

Le determinazioni dei dirigenti devono essere portate a conoscenza del Direttore Generale, numerate progressivamente dalle singole strutture e registrate a livello aziendale dall'ufficio



preposto nell'ambito della struttura complessa "U.O.C. Attività Libero Professionale e Affari Istituzionali".

Ai fini di una corretta e completa applicazione di quanto previsto dalla Linee guida aziendali recate dal decreto commissariale n. 40 del 10/06/2011 e dalla normativa vigente, si provvederà all'adozione dei regolamenti aziendali interni, compiutamente ricompresi in un apposito manuale organizzativo, entro i tre mesi successivi all'adozione dell'Atto Aziendale. I regolamenti atterranno le seguenti materie:

1. modalità di affidamento, cambiamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi dirigenziali e le modalità di valutazione degli stessi;
2. relazioni sindacali;
3. modalità con le quali l'azienda appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del D.Lgs. 12/04/2006, n. 163;
4. modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione di budget, nonché di collegamento con il sistema premiante;
5. modalità di organizzazione e funzionamento dei dipartimenti;
6. modalità di funzionamento degli organismi individuati nell'Atto aziendale;
7. procedure di controllo interno;
8. modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ex art. 57 del D.Lgs. 30/03/2011 e s.m.i..
9. procedimenti disciplinari;
10. affidamento di incarichi a soggetti esterni;
11. autorizzazione incarichi per il personale dipendente;
12. procedure comparative per l'affidamento di incarichi ex articolo 15-septies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

L'Azienda ritiene inoltre di adottare anche ulteriori regolamenti interni per l'organizzazione di settori di attività non già ricompresi nell'elencazione sopra riportata, al fine di una migliore organizzazione del lavoro oltre a quelli previsti in attuazione di specifiche disposizioni nazionali o regionali, ivi compreso quello disciplinante le modalità di svolgimento dell'attività libero professionale "intramoenia" che dovrà essere trasmesso alla Regione Lazio per la preventiva approvazione prima della sua applicazione.

Il predetto manuale organizzativo comprendente i regolamenti interni sarà oggetto di pubblicazione sul sito aziendale e sul sito della Regione Lazio, secondo le vigenti disposizioni in materia di trasparenza e pubblicità degli atti.



Gli atti regolamentari di cui al redigendo Manuale organizzativo sono da considerarsi allegato dell'Atto Aziendale e ne costituiscono applicazione, pertanto - quali atti di esecuzione - possono essere modificati nel rispetto dei medesimi principi e criteri.

Tuttavia, al fine di aggiornare la conoscenza dei ruoli, dei processi e delle relazioni interaziendali, ove se ne ravvisino i presupposti e le necessità, l'Azienda provvederà ad elaborare apposite modifiche al manuale organizzativo esplicativo di tali aspetti senza con ciò dover modificare l'atto aziendale.



ALLEGATO A
FUNZIONIGRAMMA

UU.OO.	TIPOLOGIA DEGLI ATTI	CATEGORIA
Area Risorse Umane e Finanziarie		
U.O.C. Risorse Umane	Applicazione istituti contrattuali o disposizioni di legge a carattere discrezionale concernenti lo stato giuridico ed economico del personale	A
	Applicazione istituti contrattuali o disposizioni di legge a carattere vincolato concernenti lo stato giuridico ed economico del personale	B
	Atto Aziendale e adempimenti connessi	A
	Programmazione annuale assunzioni	A
	Gestione della dotazione organica	A
	Indizione concorsi e avvisi pubblici	A
	Avvisi interni	A
	Nomina Commissioni, Avvisi e Incarichi	A
	Ammissione candidati	B
	Conferimento e revoca incarichi ai dirigenti e p.o.	A
	Stipula contratti di incarico	A
	Assunzioni a tempo indeterminato	A
	Assunzioni a tempo determinato	A
	Contratti atipici	A
	Mobilità esterna e comandi	A
	Stipula contratti di lavoro Dirigenti	A
	Stipula contratti di lavoro personale non dirigente	A
	Tenuta repertorio contratti personale dip. e atipico	B
	Nomina Collegi tecnici	A
	Valutazione del personale e degli incarichi	A
	Supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione	B
	Risoluzione, recesso e sospensione cautelare	A
	Risoluzioni del rapporto di lavoro a vario titolo	B
	Riammissione e trattenimento in servizio	A
	Gestione presenze/assenze del personale	B
	Aspettative e part-time	A
	Congedi parentali	B
	Riconoscimento 150 ore diritto allo studio	B
	Cause di servizio	B
	Certificati di servizio	B
	Riconoscimento servizi pregressi	C
	Atti a carattere vincolato in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	Determinazione fondi contrattuali dirigenza e comparto	B
	Riconciliazione cedolino	B
	Liquidazione incentivazioni	B
	Liquidazione compensi e competenze	B
	Liquidazione indennità accessorie	B
	Liquidazione ferie	B
	Equo indennizzo	B
	Rimborsi spese	B
	Assegni familiari	B
	Cessioni stipendio	B
	Pensioni	B
	Riscatti e ricongiunzioni	B



	Atti a carattere vincolato in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	Formazione dirigenti PTA e personale tecnico amministrativo di comparto	B
	Piano annuale della formazione amministrativa, determinazione e gestione del relativo budget	A
U.O.C. Attività Libero professionale, affari istituzionali e legali	Ufficio delibere	A
	Tenuta Albo Aziendale	A
	Gestione Protocollo Generale	A
	Convenzioni e consulenze	B
	Contratti di assicurazione	B
	Relazioni sindacali	C
	Stesura accordi sindacali	C
	Convocazioni organizzazioni sindacali	B
	Verbalizzazioni riunioni sindacali	B
	Verifica e ripartizione monte ore - permessi	C
	Segreterie Consiglio Sanitari e Collegio di Direzione	C
	Trasmissione alla Regione atti soggetti a controllo	B
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	C
	Pianificazione e Programmazione della attività libero professionale	C
	Programmazione della qualità anche ai fini dell'accreditamento	B
	Verifica e controllo qualità e produzione	A
	Autorizzazione attività libero professionale	A
	Autorizzazione produttività aggiuntiva	A
	Liquidazione compensi attività libero-professionale	B
	Liquidazione compensi produttività aggiuntiva	B
	Patrocini legali	A
	Costituzioni in giudizio	A
	Transazioni	A
	Liquidazioni parcelle legali	B
	Pareri giuridico-legali	B
	Recupero crediti	B
U.O.C. Risorse economiche e finanziarie	Anticipazioni di cassa	A
	Transazioni	A
	Rapporti e liquidazioni interessi al Tesoriere	B
	Vincolo destinazione presso tesoriere	B
	Cessioni di credito	B
	Certificazioni di credito	B
	Tenuta registri obbligatori	B
	Situazione e verifiche di cassa	B
	Ciclo attivo entrate, emissione fatture attive	B/C
	Gestione finanziaria fornitori	B
	Ordinativi di pagamento	B
	Ordinativi d'incasso	B
	Liquidazione compensi organi	B
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	Programmazione economico-finanziaria	B
	Contabilità generale e analitica	A
	Bilancio d'esercizio	A



Flussi trimestrali C.E.	A
Gestione Tributaria	B
Gestione Fiscale	B/C
Gestioni cespiti	B/C

UU.OO.	TIPOLOGIA DEGLI ATTI	CATEGORIA
Area tecnologia e appalti		
U.O.C. di Ingegneria e patrimonio	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare	A
	Atti relativi alla progettazione e Direzione Lavori interna ed esterna per nuove opere e grandi ristrutturazioni	B
	Atti relativi alla Gestione della Riparazione e Manutenzione e controllo dei processi relativi degli immobili e degli impianti	B/C
	Atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione dei contratti	B
	Atti relativi alle attività tecniche relativi al patrimonio e per l'aggiornamento dell'inventario dei beni immobili	B
	Atti relativi al controllo sulle attrezzature degli immobili attraverso la predisposizione e la tenuta di schede per ogni singola apparecchiatura con annotazioni degli interventi, riparazioni ed eventuali sostituzioni dei componenti	B
	Rapporti con Regione ed invio progetti	A
	Relazioni tecniche	B
	Gestione utenze	B
	Collaudi degli immobili	B
	Atti relativi alla gestione informatizzata ordini lavori e gestione fatture relative	B
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	U.O.C. Provveditorato	Pianificazione e Programmazione acquisizione beni e servizi
Approvazione capitolati generali speciali di gara		A
Nomina Commissioni di gara		B
Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare di importo superiore ad euro 25.000 IVA esclusa		A
Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare di importo fino ad euro 25.000 IVA esclusa		B
Estensione di gara nei casi ammessi dalla norma		A
Atti consequenziali ad aggiudicazione gare		B
Svincolo cauzioni		B
Liquidazioni		B
Tenuta e aggiornamento Elenco Fornitori		B
Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale		B
Gestione fondo economale		B
Liquidazioni		B
Tenuta e aggiornamento Elenco Fornitori		B



	Stipula contratti a seguito di aggiudicazione di gara	A
	Cessioni di credito (di concerto con UOC Risorse economiche e finanziarie)	A
	Gestione inventario beni mobili	B

U.O.C. Governo tecnologico	Atti di elaborazione protocolli valutazione delle tecnologie biomediche	C
	Atti relativi alla sicurezza, valutazione tecnica, infungibilità e appropriatezza	A
	Atti relativi alle evidenze economiche e all'impatto organizzativo	B
	Atti di pianificazione, programmazione, acquisti di attrezzature e beni sanitari	A
	Ricezione e gestione delle richieste di approvvigionamento, verifica consistenze di magazzino ed emissione delle proposte di acquisto	B
	Realizzazione di Atti derivanti da disposizione di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	Controllo e verifica dell'inventario dei beni fisici con il libro cespiti, in coordinamento con la U.O. Risorse economiche e finanziarie e con le società di certificazione del bilancio	C
	Autorizzazioni di dispositivi medici in conto visione	B
	Monitoraggio budget assegnato	C
	Magazzini, verifica delle consistenze di magazzino e relativi scarichi al centro di costo	C
	Verifica e collaudo della merce	B
	Ricezione e gestione delle richieste di merce da parte dei centri di costo, controllo della consegna della merce richiesta	C
	Tenuta del registro di inventario beni fisici e gestione informatizzata dell'anagrafica prodotti materiali e immateriali.	C
	Atti consequenziali all'aggiudicazione delle gare	B
	Pianificazione e programmazione delle acquisizioni tecnologiche, definizione delle linee guida dei bandi di gara e loro indizione ed aggiudicazione	A
	Atti relativi alla gestione, controllo e monitoraggio delle attività espletate dal Global Service	C
	Supporto al collaudo delle attrezzature e presa in esercizio delle stesse	C
	Supporto al Governo per l'applicazione delle metodologie di Technology assessment	C
	Censimento e controllo, attraverso un supporto informatico, delle attrezzature e dei loro movimenti all'interno dell'Azienda e riparazioni	C



UU.OO.	TIPOLOGIA DEGLI ATTI	
Staff Direzione Sanitaria		
U.O.C. Sviluppo della formazione per la dirigenza medica e sanitaria e del governo clinico	Piano Annuale Formazione dirigenza medica e sanitaria	A
	Regolamento disciplina formazione (di concerto con restanti strutture competenti per la formazione)	A
	Convenzioni Scuole Specializzazione ed Enti	A
	Contratti di sponsorizzazione	A
	Partecipazione a corsi al di fuori del piano	A
	Gestione centro ECM	A
	Liquidazione compensi docenti formazione di competenza	B
	Tirocini Obbligatorii	B
	Frequenza volontari	B
	Gestione corsi di formazione	B
	Certificazione partecipazione corsi	C
	Autorizzazione a corsi di aggiornamento obbligatorio e facoltativo in esecuzione dei criteri stabiliti dall'Azienda con atto regolamentare	B
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B



UU.OO.	TIPOLOGIA DEGLI ATTI	
Staff Direzione Generale		
Area Controllo Direzionale, Applicazione e Diffusione del programma		
U.O.C. Controllo di gestione	Predisposizione del Piano dei Centri di Costo e dei Fattori Produttivi	A
	Costruzione dei flussi informativi utili al sistema di programmazione e controllo di gestione	C
	Requisiti inerenti i sistemi di controllo (diverse tipologie e configurazioni di costo), analisi dei risultati e degli scostamenti per il rispetto delle strategie aziendali	C
	Redazione del sistema di reporting direzionale	C/B
	Studi ed analisi specifiche per la valutazione dell'utilizzo delle risorse	C
	Budget per le UU.OO., coordinamento nella negoziazione e consolidamento dei budget per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico e Piano Investimenti	C/B
	Verifiche trimestrali dei budget, analisi degli scostamenti e valutazione degli effetti sul Bilancio Preventivo Economico	C/B
	Determinazione indicatori per il monitoraggio degli obiettivi legati alla programmazione aziendale	C
	Contabilità direzionale	C
	Classificazione e gestione dei costi e ricavi	C
Metodologia di ribaltamento dei costi generali di gestione	C	
U.O.C. U.R.P.	Piano di comunicazione interna sia per la negoziazione degli standard di qualità percepita al fine della pubblicazione sulla carta dei servizi, sia per la distribuzione dei prodotti di comunicazione al cittadino: carta dei servizi e guida pocket in tasca	A
	Produzione e aggiornamento della carta dei servizi	A
	Regolamento gestione esposti	B
	Relazione annuale esposti	A
	Produzione e aggiornamento della guida pocket in tasca	A
	Accordi di convenzione con le associazioni di volontariato e tutela dei cittadini	A
	Rapporti con i cittadini legati all'attività dell'U.O.C. U.R.P.	B/C
	Applicazioni di disposizioni di legge a carattere discrezionale concernenti i rapporti con i cittadini (gestione delle controversie in via extragiudiziale)	A
	Applicazioni di disposizioni di legge a carattere vincolato L. 241/90 concernente i rapporti con i cittadini	B
	Programmazione degli interventi di customer satisfaction (diaristica)	A
Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B	
U.O.C. Sistema Informativo Aziendale ed epidemiologia clinica	Produzione statistica per soggetti istituzionali (Regione, Ministero della Salute, ecc.)	C
	Controllo dell'invio dei flussi informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C
	Produzione bollettino trimestrale aziendale	C
	Disegno di studi sia osservazionali che sperimentali (studi clinici controllati), inclusa la stesura e la revisione dei protocolli	C
	Analisi uni- e multivariata dei dati	C

stesura e revisione della parte statistico-epidemiologica dei manoscritti da sottoporre a riviste scientifiche	C
Analisi delle decisioni cliniche ed economia sanitaria	C
Analisi dei processi clinici e sanitari ed elaborazione di percorsi clinici	C
Elaborazione, implementazione e verifica di linee guida per la pratica medica	C

UU.OO.	TIPOLOGIA DEGLI ATTI	
Staff Direzione Generale		
UOC Programmazione strategica e progettazione esterna	Pianificazione strategica e programmazione operativa aziendale	A
	Rapporti Istituzionali	A
	Coordinamento piano sponsorizzazioni e marketing	A
	Attivazione di progetti relativi a finanziamenti da enti esterni e istituzioni	A
	Gestione progetti affidati da Enti esterni	C
	Monitoraggio progetti affidati da Enti esterni	C
	Rendicontazione progetti affidati da Enti esterni	C
	Progettazione e gestione Sperimentazioni gestionali	A
	Coordinamento sito aziendale	A
	Predisposizione ed aggiornamento del piano di informatizzazione aziendale	C
	Aggiornamento del Documento Programmatico della Sicurezza relativo alla gestione/trattamento dati informatizzati	A
	Definizione degli standard aziendali in termini di attività di hardware e software	C
	Atti relativi all'indizione e atti consequenziali all'aggiudicazione di gare per implementazione, manutenzione, aggiornamento e messa in sicurezza delle procedure informatiche	A
	Progettazione e realizzazione di applicazioni informatiche per l'erogazione di servizi di Telemedicina	C
	Progettazione, sviluppo e monitoraggio di sistemi informatici su requisiti delle linee aziendali: staff, amministrativi e sanitaria	C
	Servizio Prevenzione e Protezione	Deleghe in materia di sicurezza e di tutela della salute
Applicazione Regolamento D.L.vo 626/94		B
Individuazione e valutazione fattori di rischio		A
Individuazione misure per la sicurezza e salubrità ambienti di lavoro		A
Elaborazione procedure di sicurezza		A
Analisi del fenomeno infortunistico e relativa relazione		C
Collaborazione per l'elaborazione di piani di emergenza		C
Collaborazione per l'elaborazione dei DUVR per le attività affidate a Ditte esterne		C
Informazione e formazione per la sicurezza		B
Partecipazione alla programmazione dell'attività di formazione		C



Coordinamento corsi di formazione sulla sicurezza	B
Interventi urgenti nei luoghi di lavoro	B
Supporto nei rapporti con Organi di Vigilanza	C
Supporto Gestione prescrizioni impartite da Organi di Vigilanza	C
Supporto nei rapporti con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	C
Consulenza e pareri per la sicurezza ai vari dirigenti responsabili delle singole attività	C
Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B



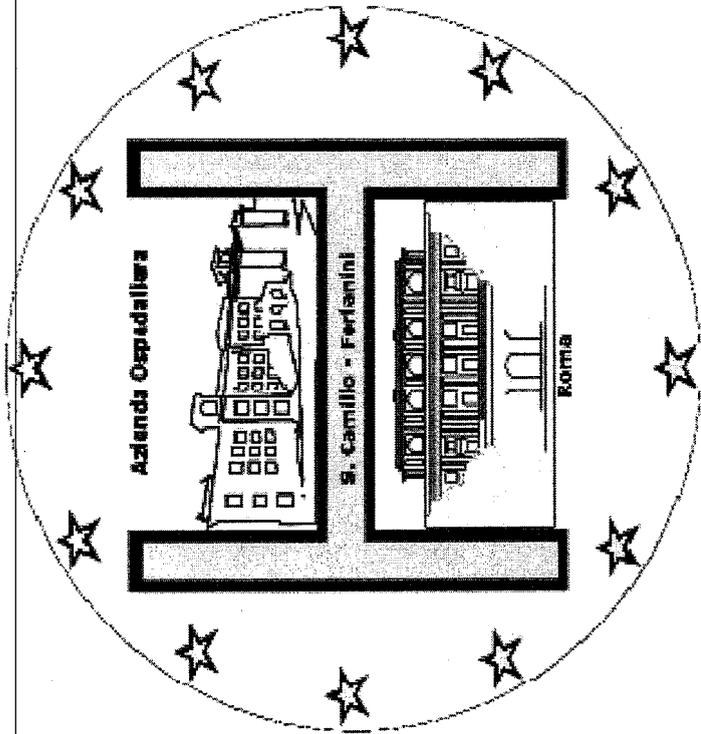
ORGANIGRAMMA

L'Azienda è articolata nelle sue strutture operative in dipartimenti, strutture complesse, strutture semplici dipartimentali e strutture semplici. Tali strutture risultano quantificate come di seguito specificato:

	Atto Aziendale Vigente	Atto Aziendale proposto	Differenza
Strutture :	numero	numero	numero
Dipartimenti	12 (*)	12 (*)	0
Coordinamenti	3	3	0
subtotale	15	15	0
UOC	83	77	- 6
UOSD	38	33	- 5
UOS	41	41	0
Totale unità operative	162	151	- 11
Totale generale	177	166	- 11
(*) di cui 1 Dipartimento interaziendale			

L'organigramma, nella sua forma analitica, è allegato all'atto aziendale ai fini di una completa informazione.





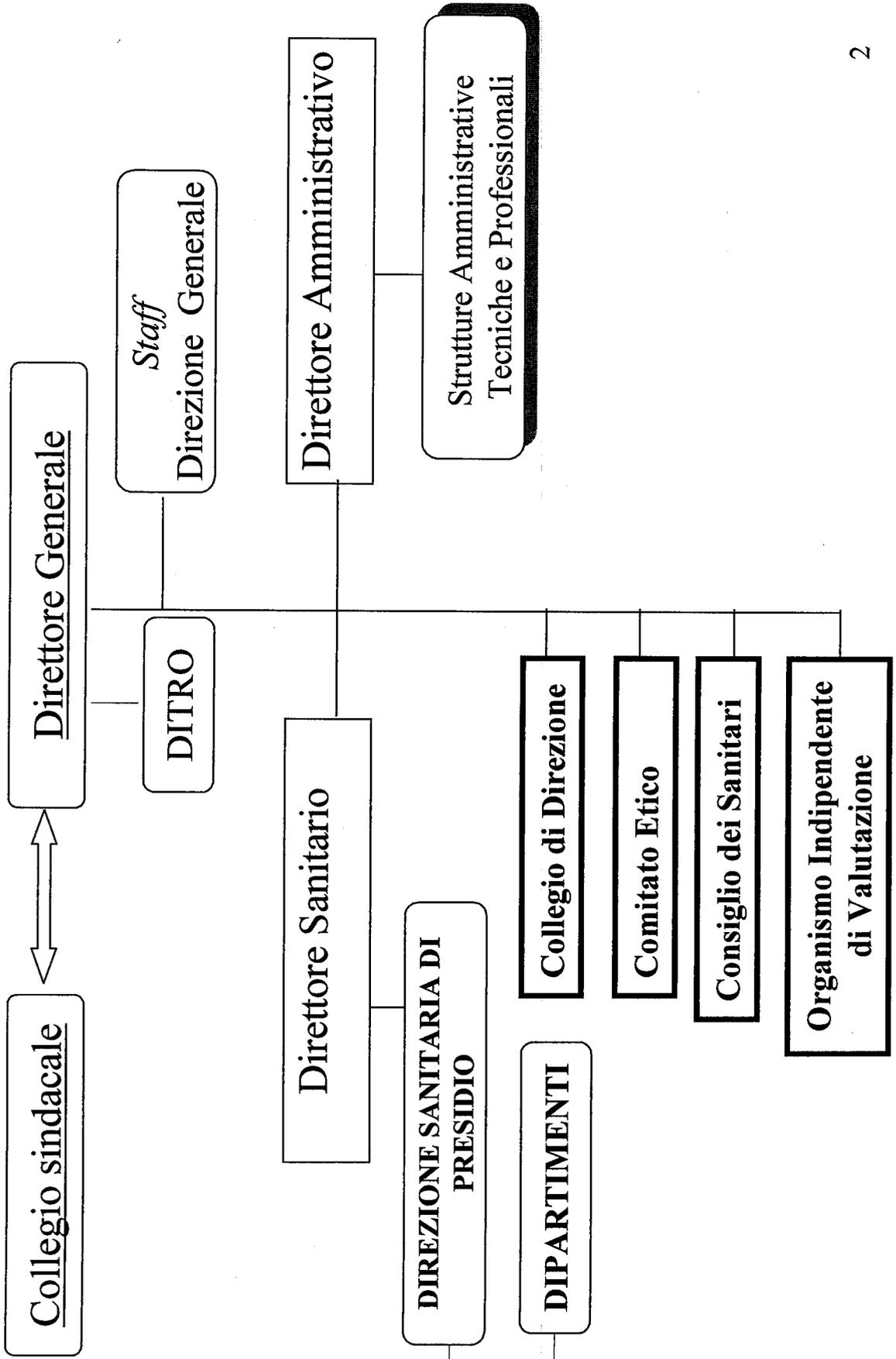
AZIENDA OSPEDALIERA

S. Camillo - Forlanini

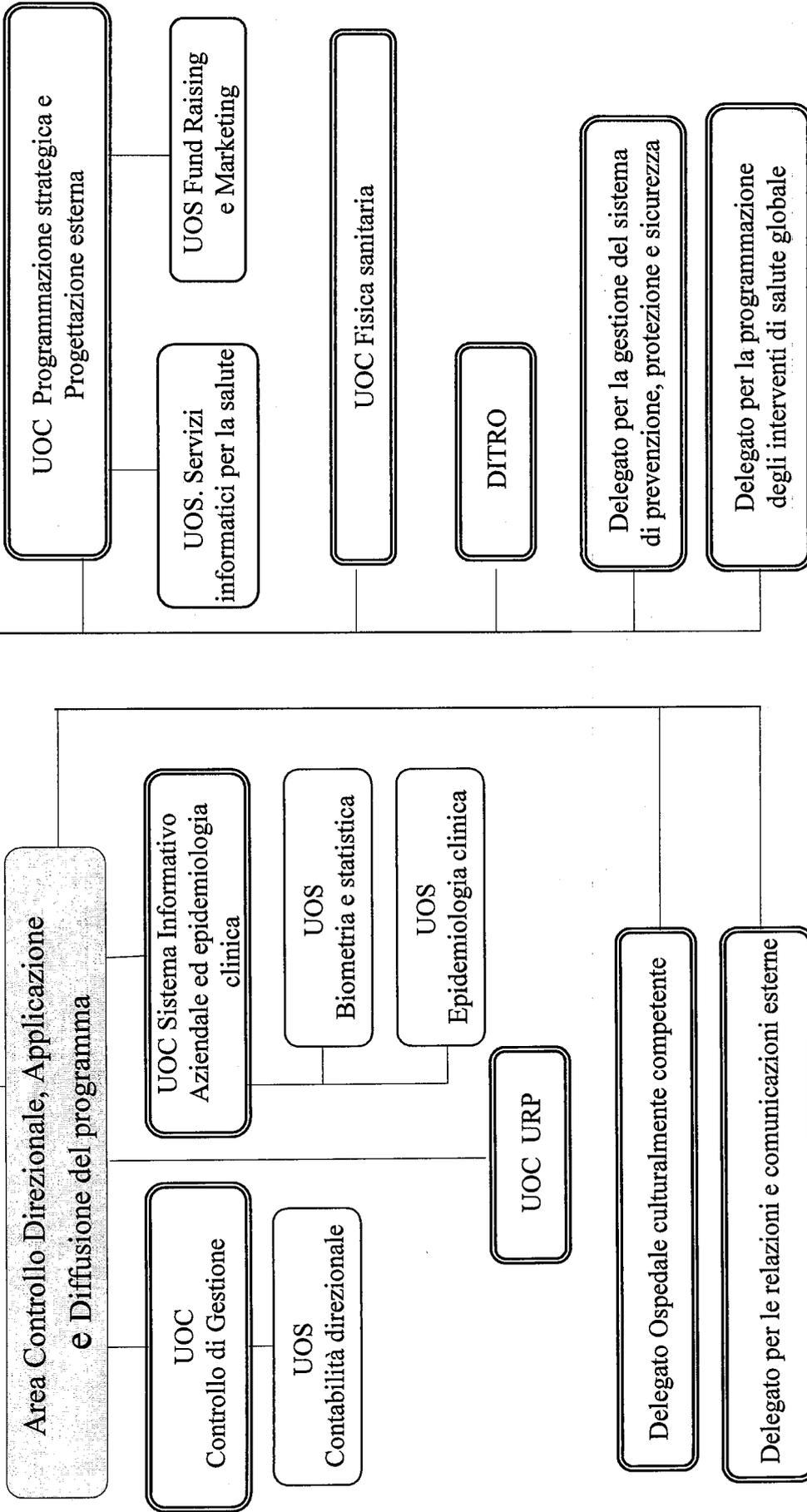
ORGANIGRAMMA

AZIENDALE

f



Staff
Direzione Generale



Direzione Amministrativa

Area Risorse Umane e Finanziarie

UOC
Risorse Umane

UOC
Attività Libero
Professionale,
Affari Istituzionali
e legali

UOC Risorse
economiche
e finanziarie

UOS
Reclutamento e
valutazione del personale

UOS
Contratti, Gestione incarichi dirigenziali
e formazione

UOS
Contabilità

Area Tecnologia e Appalti

UOC
Provveditorato

UOC
Ingegneria
e Patrimonio

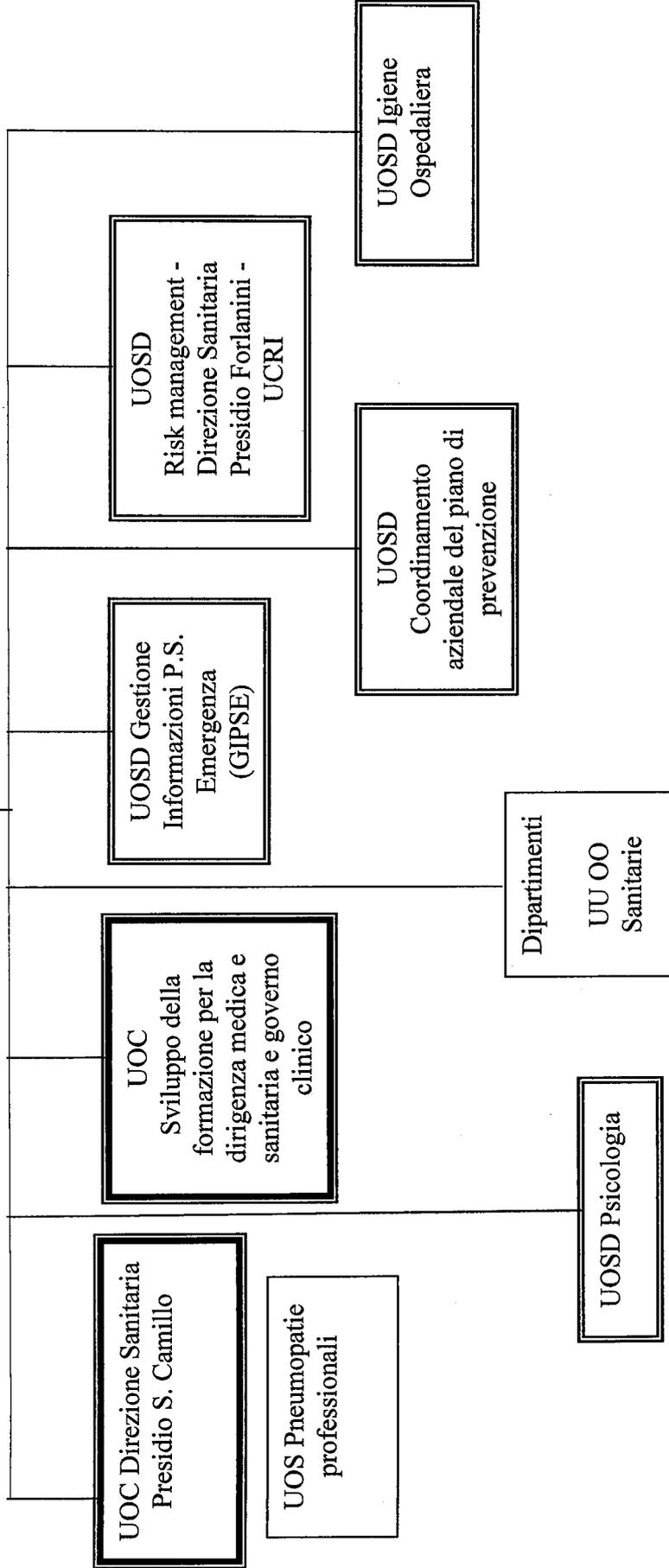
UOC Governo
tecnologico

UOS
Valutazione
delle tecnologie
biomediche

UOS
Procedure
di appalto

UOS
Logistica e
Gestione Servizi

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE



1. Dipartimento Medicina interna e Specialistica
2. Dipartimento delle Attività Oncologiche Integrate
3. Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica
4. Dipartimento di Emergenza - Accettazione
5. Dipartimento Materno Infantile
6. Dipartimento Cardioscienze
7. Dipartimento Neuroscienze e Testa - Collo
8. Dipartimento Malattie Polmonari
9. Dipartimento di Diagnostica e dei Servizi
10. Dip. Interaziendale di Chirurgia dei Trapianti – Centro Silvio Natoli - POIT
11. Dip. di Genetica, Immunoematologia e Malattie rare
12. Dip.to dell'assistenza Infermieristica Tecnica Riabilitativa Ostetrica
D.I.T.R.O.



Dipartimento Medicina Interna e Specialistica

UOC Medicina I

UOC Medicina II

UOC Medicina III

UOC Epatologia

UOSD Endocrinologia

UOC Geriatria

UOC Riabilitazione

UOC Gastroenterologia

UOC Fisiopatologia ed endoscopia digestiva

UOSD promozione della salute nutrizionale

UOSD Medicina delle scienze motorie

Dipartimento delle Attività Oncologiche Integrate

UOC Oncoematologia e Trapianti di Cellule Staminali

UOC Oncologia toracica e cure palliative

UOC Oncologia medica

UOC Oncologia Pneumologica e terapie sperimentali

UOC Anatomia Patologica

UOC Radioterapia

UOC Medicina Nucleare

UOSD Chirurgia oncologica della mammella

UOSD Oncologia della mammella

UOSD Laboratorio Galenico

UOSD Psicologia oncologica

Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica

UOC Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico

UOC Chirurgia Ortopedica

UOC Urologia

UOC Chirurgia della Mano e microchirurgia ricostruttiva

UOC Chirurgia Generale, Endocrina e Bariatrica

UOS Colonproctologia

UOC Ortopedia in urgenza

UOSD Chirurgia Plastica e ricostruttiva

Dipartimento Emergenza e Accettazione

UOC Chirurgia Generale e d'urgenza

UOC Terapia intensiva post-chirurgica generale e pediatrica

UOC Anestesia

UOC Medicina d'Urgenza, pronto soccorso
e osservazione breve intensiva

UOS Pronto soccorso e OBI

UOS Medicina d'urgenza

UOC Trauma Center (CTS)

UOC Diagnostica per Immagini nel DEA
e per le urgenze

UOS Radiologia interventistica

UOSD Stroke Unit

Dipartimento Cardioscienze

UOC Cardiologia

UOS U.T.I.C.

UOS Elettrofisiologia

UOC Anestesia e Rianimazione

UOC Cardiocirurgia e Centro Trapianti

UOS Scopenso chirurgico
e Follow up trapianti

UOC Chirurgia Vascolare

UOS Chirurgia vascolare d'urgenza

UOS Flebologia chirurgica

UOC Cardiologia Interventistica

UOC Cardiologia con indirizzo all'emergenza - urgenza

UOS Scopenso cardiaco

UOC Angiologia

UOSD Radiologia cardiovascolare

UOSD Cardiologia riabilitativa e preventiva

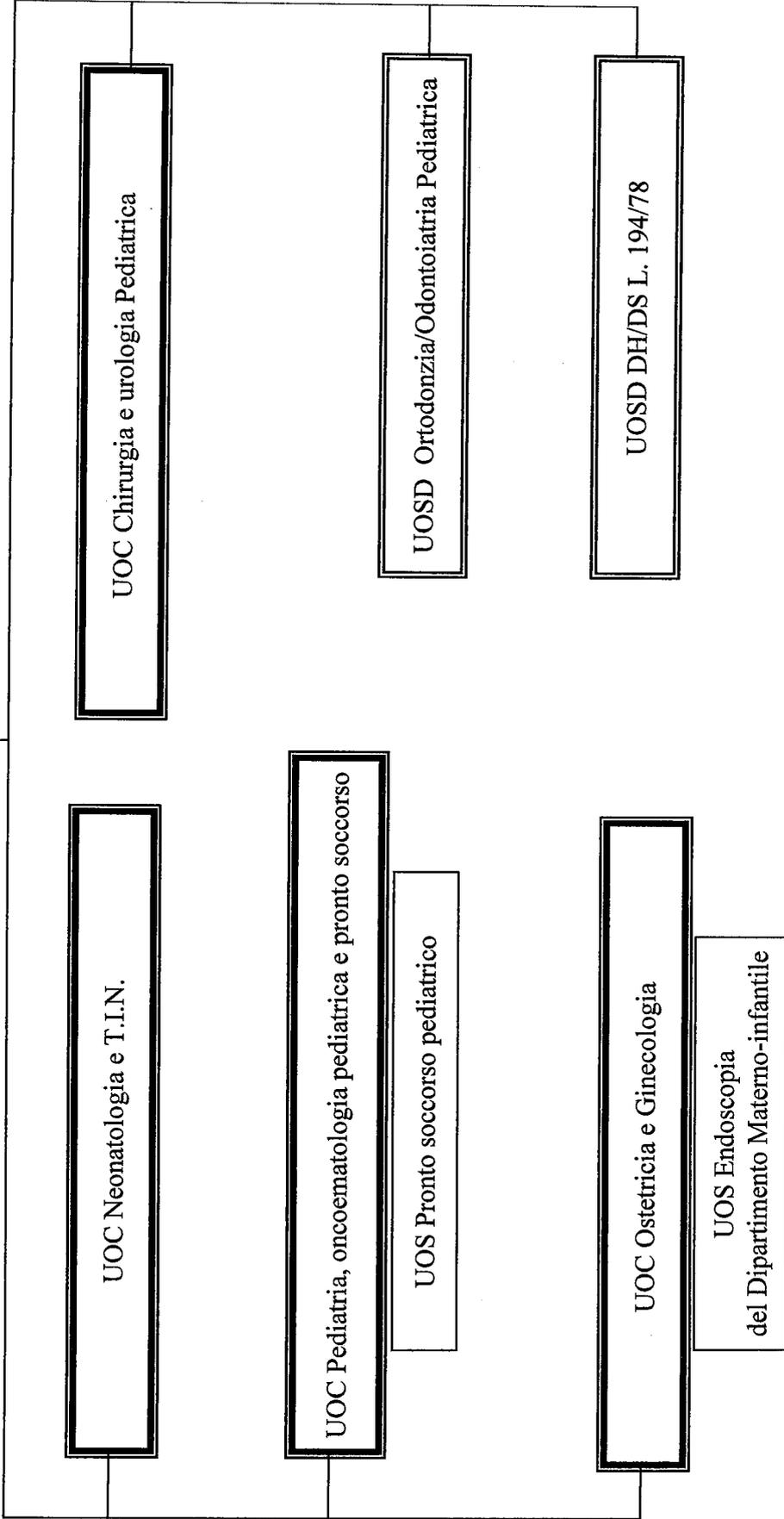
UOSD Telemedicina

UOSD Ecografia Cardiovascolare integrata

UOSD DH unificato e Day Service del
Dipartimento Cardioscienze

UOSD Studio flusso coronarico
e cardiologia

Dipartimento Materno Infantile



Dipartimento Neuroscienze / Testa e Collo

UOC Otorinolaringoiatria

UOC Neurologia e neurofisiologia

UOC Neurochirurgia

UOC Neuroradiologia diagnostica ed interventistica

UOC Oculistica

UOSD D.H. Neurologico e neurochirurgico

UOS Oculistica per l'emergenza

UOC Chirurgia Maxillo Facciale

UOS Ambulatorio di odontostomatologia

UOC Anestesia e Rianimazione
dipartimento neuroscienze – testa -collo

Dipartimento Malattie Polmonari

UOC Pneumologia e Infettivologia respiratoria

UOS pneumopatie interstiziali

UOC Anestesia, Rianimazione
e Terapia Antalgica

UOC Broncopneumologia e Tisiologia

UOS Riabilitazione respiratoria

UOC Chirurgia Toracica

UOSD Endoscopia Toracica

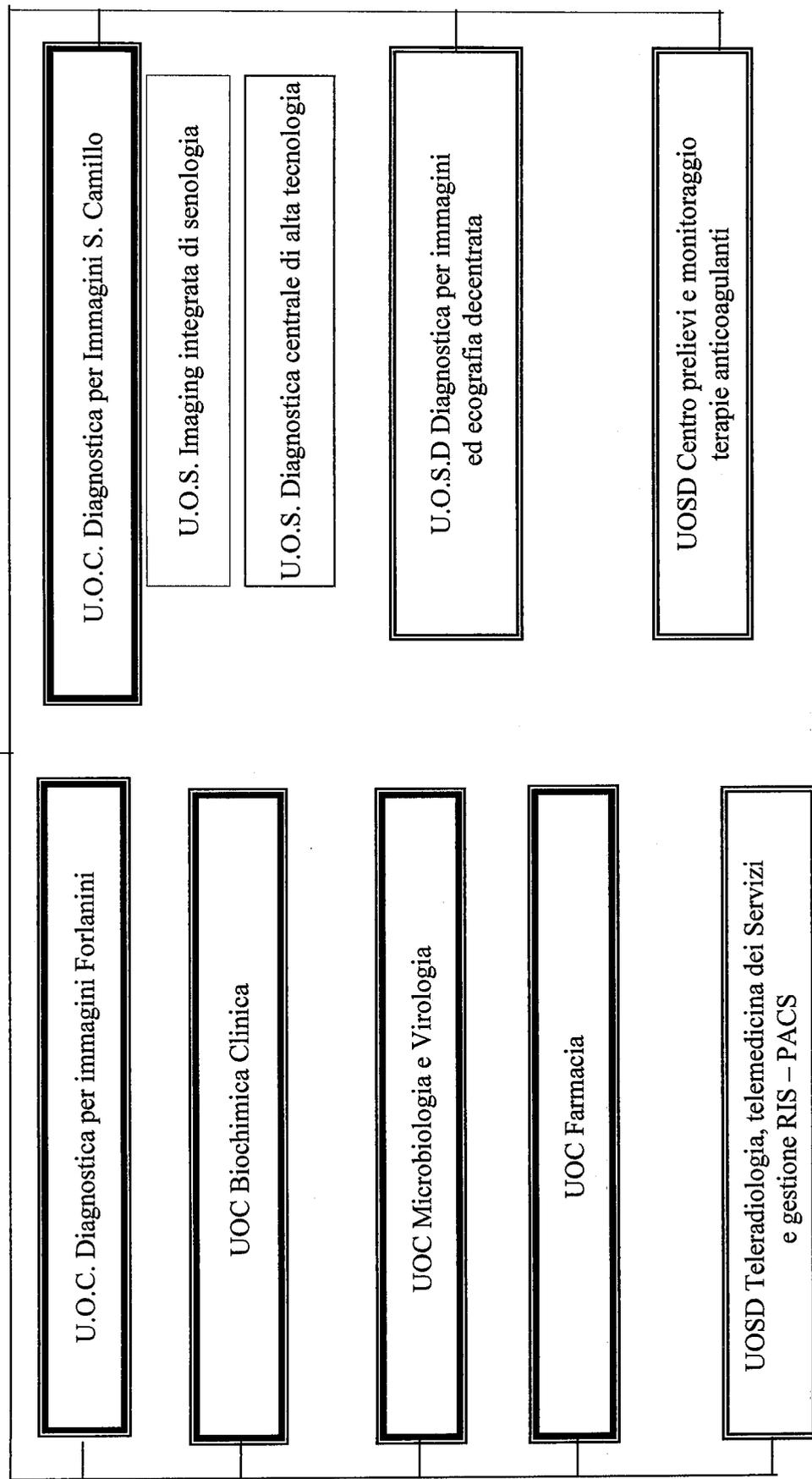
UOSD Insufficienza Respiratoria e riabilitazione

UOSD fisiopatologia respiratoria

UOSD DH centralizzato di continuità
assistenziale in broncopneumologia

UOSD S.T.I.R.S.
(Servizio Terapia Insufficienza Respiratoria Scompensata)

Dipartimento di Diagnostica e dei Servizi



Dipartimento di Genetica,
Immunoeematologia e Malattie rare

UOC Reumatologia

UOC Servizio di Immunoeematologia
e Medicina Trasfusionale (SIMT)

UOS Coordinamento e appropriatezza
dell'assistenza trasfusionale-

UOS Raccolta delle cellule staminali ed
effettori per terapia cellulare

UOC Laboratorio Genetica Medica
(a direzione universitaria)

UOS laboratorio tipizzazione HLA

UOC Dermatologia

**Dipartimento Interaziendale di Chirurgia dei trapianti
– Centro Silvio Natoli – POIT**

Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini

I.R.C.C.S. Lazzaro Spallanzani

UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto

U.O.S. Nefrologia interventistica

UOS Nefrologia e Dialisi nelle
patologie infettive

U.O.S. Nefrologia e dialisi nei pazienti
critici e trapianto di rene

U.O.S. Diabetologia con DH

UOC Chirurgia Generale e dei trapianti d'organo

U.O.S.D. Chirurgia dell'uremico e
trapianto di rene

**Dipartimento dell'assistenza Infermieristica Tecnica
Riabilitativa Ostetrica
D.I.T.R.O.**

