

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 19 marzo 2015, n. U00109

Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Roma H.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

OGGETTO: Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Roma H.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'Arch. Giovanni Bissoni, con decorrenza 2 dicembre 2014, quale Sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamando in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*" ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: "*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";

IL COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, comma 180, della Legge 311/2004”*;
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*;

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTI altresì:

- il decreto legge c.d. *“Spending Review”* 6 luglio 2012, n. 95 recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il decreto legge c.d. *“Balduzzi”* 13 settembre 2012, n. 158 recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;
- il decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l'efficienza degli uffici giudiziari”*;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTO il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione;

VISTO il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con cui sono state adottate le Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

VISTO il DCA n. U00259 del 6 agosto 2014 che ha approvato il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

DATO ATTO, in particolare, che al punto 2, lettere c) e d), del dispositivo dei DCA n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

U00251/14 e n. U00259/14 veniva previsto che i Direttori Generali trasmettessero le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale entro il termine del 15 ottobre 2014 e che la Regione procedesse alla verifica ed approvazione di dette proposte entro il termine del 15 dicembre 2014;

DATO ATTO, altresì, che con il DCA n.U00331 del 15 ottobre 2014 si è disposto di differire i termini anzidetti per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, stabilendo in particolare:

1. che i Direttori Generali delle Aziende territoriali ed ospedaliere, entro il 15 novembre 2014, presentassero le proposte in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il successivo 15 gennaio 2015;
2. che i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere universitarie osservassero, invece, il seguente duplice termine:
 - a) entro il 30 novembre 2014 presentazione delle proposte al Rettore dell'Università per l'espressione del parere ed il raggiungimento dell'Intesa;
 - b) entro il 31 dicembre 2014 adozione delle proposte con atto formale e conseguente trasmissione in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il 31 gennaio 2015;

VISTO il DCA n. U00426 del 16 dicembre 2014 con cui, dando esecuzione a quanto disposto al punto 2, lettera e), dei DCA n.U00251/14 e n.U00259/14, si è proceduto alla costituzione della Commissione di Esperti preposta alla verifica congiunta delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale presentate alla Regione secondo i nuovi termini sopra riportati, composta da tre membri interni all'Amministrazione Regionale e da tre membri esterni scelti in ragione delle professionalità maturate in materia di organizzazione aziendale e di pianificazione strategica;

VISTO, altresì, il DCA n.U00048 del 2 febbraio 2015 con cui si è così disposto:

1. di prendere atto dell'impossibilità di rispettare i termini fissati per l'esame e l'approvazione delle proposte di atto aziendale e di piano strategico fissati con il DCA n.U00331/14;
2. di fissare il nuovo termine per l'esame e l'approvazione degli atti aziendali e per la condivisione dei Piani Strategici al 15 marzo 2015;
3. di prevedere che detto termine sia da considerarsi quale termine finale del procedimento, entro il quale si possa, comunque, procedere di volta in volta all'approvazione, con decreto commissariale, dei singoli piani strategici ed atti aziendali valutati positivamente dalla Commissione di Esperti a ciò deputata;
4. di rinviare a successivo provvedimento la determinazione del termine finale di approvazione dei Piani Strategici e degli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie, attesa la necessità di addivenire prioritariamente alla stipula definitiva dei Protocolli d'intesa Regione-Università;

TENUTO CONTO che la ASL Roma H, in conformità alle indicazioni ed alla procedura formale di cui al DCA n.U00251/14 ed al DCA n.U00259/14, ha approvato le proposte di Atto Aziendale e di Piano Strategico, rispettivamente, con le deliberazioni n. 676 e n. 677 del 14 novembre 2014, delle quali è stata debitamente inviata copia alla Regione per l'avvio del procedimento di verifica ed approvazione;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

PRESO ATTO che la Commissione istituita con il DCA n.U00426/14 si è insediata il giorno 19 gennaio 2015, data della prima convocazione;

TENUTO CONTO che, come risultante dal verbale, i membri della Commissione, nel corso della prima riunione, hanno, tra l'altro, stabilito di procedere subito all'esame degli atti che, sulla base della prima verifica istruttoria eseguita dagli Uffici regionali, presentassero minori criticità e che, quindi, potessero essere approvati, rispetto agli altri, secondo una tempistica più rapida;

RILEVATO che, tra detti atti, la Commissione ha annoverato quello redatto dalla ASL Roma H, che è stato, quindi, esaminato nel corso della seconda seduta fissata per il giorno 29 gennaio 2015;

DATO ATTO che, sulla base delle criticità rilevate dalla Commissione, la ASL Roma H, con nota prot n. 58487 GR/11/26 del 03/02/2015, è stata invitata a rivedere l'Atto Aziendale ed a fornire i chiarimenti richiesti, con l'intesa di approvare l'Atto a seguito del recepimento di dette osservazioni;

DATO ATTO che il Direttore Generale della ASL Roma H, con nota prot. n. 012819 dell'11/02/2015, in riscontro alla citata nota della Regione Lazio prot n. 58487 GR/11/26 del 03/02/2015, ha fornito tutte le delucidazioni richieste ed ha, quindi, trasmesso la nuova proposta di revisione dell'Atto Aziendale elaborata in recepimento delle indicazioni fornite dalla Commissione;

DATO ATTO che la Commissione, nella seduta del 16 febbraio 2015, ha preso visione della nota della ASL Roma H prot. n. 012819 dell'11/02/2015 anzi citata ed ha espresso una piena condivisione rispetto ai chiarimenti ed alle integrazioni forniti dalla Direzione Generale Aziendale, ritenendo dunque il Piano Strategico condivisibile (fermo restando che la sua concreta attuazione resta comunque subordinata all'ottenimento di tutte le necessarie autorizzazioni regionali), e l'Atto Aziendale approvabile;

VISTA la nota prot. n. 85539 GR/11/26 del 17.02.15 con cui la Regione ha conseguentemente comunicato quanto sopra al Direttore Generale invitandolo ad adottare nuovamente l'Atto Aziendale;

VISTA la deliberazione del Direttore Generale della ASL Roma H n. 96 del 18 febbraio 2015 avente ad oggetto "*Integrazione Deliberazione n. 676 del 14/11/2014: ricalibrazione della proposta di Atto di Autonomia Aziendale ai sensi del DCA n.U00259 del 06/08/2014 come da indicazioni regionali*", adottata in conformità alla procedura formale prevista dal DCA n.U00259/14, e la nota prot. n. 15106 del 18/02/15 con la quale detta deliberazione, corredata dei relativi allegati, è stata trasmessa in Regione;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto,

1. approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA H, come adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 96 del 18 febbraio 2015 avente ad oggetto "*Integrazione Deliberazione n. 676 del 14/11/2014: ricalibrazione della proposta di Atto di Autonomia Aziendale ai sensi del DCA n.U00259 del 06/08/2014 come*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

da indicazioni regionali”, la cui copia, custodita presso gli uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare l’Atto Aziendale della ASL ROMA H, come adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 96 del 18 febbraio 2015 avente ad oggetto *“Integrazione Deliberazione n. 676 del 14/11/2014: ricalibrazione della proposta di Atto di Autonomia Aziendale ai sensi del DCA n.U00259 del 06/08/2014 come da indicazioni regionali”* la cui copia, custodita presso gli uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e comunicato alle Aziende ed agli Enti interessati.

NICOLA ZINGARETTI



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° : 96

DEL : 18/02/2015

OGGETTO : Integrazione Deliberazione n° 676 del 14/11/2014: ricalibrazione della proposta di Atto di Autonomia Aziendale ai sensi del DCA U000259 del 06/08/2014
come da indicazioni regionali

CENTRO DI COSTO: _____

Tipo Atto : ATTO IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, si attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

IL DIRIGENTE DIREZIONE GENERALE

(_____)

FABRIZIO D'ALBA

L'estensore

Il Dirigente addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta l'assunzione di oneri a carico del bilancio dell'Azienda

IL DIRIGENTE DIREZIONE GENERALE

(_____)

Parere del Direttore Amministrativo :

FAVOREVOLE

FIRMATO

DRSSA Francesca Merli

NON FAVOREVOLE

Data : 18/02/2015

Parere del Direttore Sanitario :

FAVOREVOLE

FIRMATO

DR. Narciso Mostarda

NON FAVOREVOLE

Data : 18/02/2015

IL DIRETTORE GENERALE

FIRMATO

DR. Fabrizio d'Alba

Data : 18/02/2015

DELIBERAZIONE N° 96 del 18/02/2015

composta di n.pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. allegati

La presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale ed è stata affissa all'Albo dell'Azienda

in data 19/02/2015

IL FUNZIONARIO

.....

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

IL FUNZIONARIO DELEGATO

.....

IL DIRETTORE GENERALE

- IN VIRTU'** dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n°T00027 del 30 gennaio 2014;
- PREMESSO** che con Deliberazione num. 676 DEL 14/11/2015, qui da intendersi integralmente ed espressamente richiamata nei presupposti di fatto e di diritto, nelle premesse, nei fini e nei contenuti, questa Direzione Generale, a seguito del complesso procedimento previsto nel DCA num. . U000259 del 06/08/2014, rubricato "*Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di Autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*" ha dato seguito all'adozione ed all'inoltro della propria proposta di Atto Aziendale ai competenti Uffici Regionali e per loro tramite alla Commissione incaricata di supportare l'Amministrazione regionale nel successivo processo di valutazione ed eventuale approvazione, nominata con DCA 426 del 16/12/2014
- CONSIDERATO** che col citato decreto U000259 del 06/08/2014 la Regione Lazio disponeva che i Direttori Generali in prima fase di attuazione adottassero le proposte di atto aziendale, corredate degli allegati previsti, come segue:
1. con atto deliberativo;
 2. previo parere del Collegio di Direzione;
 3. previo parere della Conferenza dei Sindaci;
 4. sentito il Consiglio dei Sanitari;
 5. previa consultazione delle Organizzazioni Sindacali
- DATO ATTO** come ampiamente rendicontato nella citata deliberazione num. 676 DEL 14/11/2015, che tutti i passaggi procedurali previsti sono stati correttamente espletati, con ampia partecipazione dei soggetti sopraccitati al processo decisionale ed alla definizione della proposta di atto trasmessa presso l'Amministrazione Regionale;
- CONSIDERATO** che, successivamente all'inoltro questa Direzione Generale ha partecipato a numerosi incontri tecnici presso la competente Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria finalizzati a verificare congiuntamente, in coerenza con le scelte generali della Regione Lazio quegli aspetti dell'Atto Aziendale che necessitassero parziali adeguamenti, a seguito di un esame congiunto di tutte le altre proposte pervenute dalle Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie del Lazio, anche in relazione a specifiche prospettazioni regionali di razionalizzazione,;
- DATO ATTO** che, a seguito delle proposizioni emerse in tali incontri grazie all'esame congiunto delle soluzioni organizzative adottate da entrambe le parti, la ASL Roma H ha inoltrato, con propria e-mail del 23/01/2015 una prima proposta di ricalibrazione, finalizzata a permettere la migliore compatibilità con l'assetto che la Regione Lazio ha indicato di voler perseguire;
- PRESO ATTO** che la Direzione Regionale in parola ha comunicato con propria nota prot. num. 58487 del 03/02/2015 gli esiti del risultato della prima valutazione della Commissione di supporto dai quali emergeva che:

- l'atto aziendale inoltrato in esame dalla ASL Roma H risultava tra quelli maggiormente coerenti con le linee guida regionali, salvo alcune marginali criticità, e quindi passibile di un iter velocizzato di approvazione;
- le modifiche proposte con la citata e-mail del 23 gennaio 2014, denominata "breve relazione su ricalibrazione atto aziendale" erano da intendersi approvate, a condizione di non comportare aumento del numero di strutture complesse rispetto a quelle originariamente previste;
- ove fosse data adeguata risposta ad alcune richieste di chiarimenti e marginali adeguamenti, con conseguente recepimento delle relative osservazioni, l'Atto sarebbe stato senz'altro approvato;

DATO ATTO che questa Direzione Generale ha dato seguito alle sollecitazioni formulate adeguando di conseguenza la propria originaria proposta di atto aziendale ed il relativo organigramma, dando altresì dettagliato ed esaustivo riscontro a tutte le domande poste ed ai chiarimenti richiesti con la citata nota regionale 58487 del 03/02/2015, alla quale veniva allegata comunque la novellata proposta di atto aziendale

PRESO ATTO delle risultanze dell'ultima riunione della Commissione regionale di valutazione, riunitasi in data 16/02/2015, formalizzate dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria con nota prot. num. 85539 del 17/02/2015, nel corso della quale detta commissione risulta aver *"espresso piena condivisione rispetto ai chiarimenti ed alle integrazioni (...) fornite, ritenuti esaustivi di quanto osservato da questa amministrazione con la precedente nota num. 58487 del 03/02/2015."*

CONSIDERATO che con la medesima nota la Direzione Regionale in parola prosegue comunicando di ritenere pertanto che l'Atto Aziendale presentato sia approvabile, e di restare *"in attesa di ricevere la delibera di adozione con le integrazioni richieste, che verrà senz'altro approvata dalla Regione entro tempi brevissimi"*

RITENUTO opportuno dare seguito comunque, nonostante l'esiguità dei cambiamenti apportati, prima dell'adozione della delibera di integrazione della proposta di Atto Aziendale, allo stesso iter informativo e partecipativo stabilito quale obbligatorio dal DCA U000259 del 06/08/2014 in fase di prima attuazione, ovvero :

1. acquisizione del parere del Collegio di Direzione;
2. acquisizione del parere della Conferenza dei Sindaci;
3. ascolto del Consiglio dei Sanitari;
4. informativa e consultazione delle Organizzazioni Sindacali

DATO ATTO che in data 16/02/2015, per le ore 11:00 è stato convocato il Collegio di Direzione, al quale è stata illustrata in dettaglio la ricalibratura dell'Atto Aziendale ed il connesso organigramma, e che in detta sede è stato raccolto il prescritto parere di detto Organo dell'Azienda, risultato peraltro favorevole;

che in data 16/02/2015, per le ore 17:00 è stato convocato il Consiglio dei Sanitari la ricalibratura dell'Atto Aziendale ed il relativo Organigramma e raccoglierne il prescritto parere, risultato peraltro favorevole;

che in data 17/02/2015 sono state convocate le Organizzazioni Sindacali rappresentative dei lavoratori dell'Azienda per l'informativa e l'illustrazione dei cambiamenti apportati in tre successive sedute, e più precisamente:

- alle ore 11:00 Comparto
- alle ore 12:00 Dirigenza SPTA
- alle ore 14:30 Dirigenza Medica

e che in detta sede non sono emerse criticità ed è stato comunque registrato un generale favore nei confronti della ricalibratura rappresentata;

che in data 18/02/2014, previa convocazione richiesta dalla ASL Roma H, la ricalibratura dell'Atto Aziendale è stata illustrata in dettaglio all'Assemblea della Conferenza dei sindaci della ASL Roma H, e che in detta sede è stato raccolto il prescritto parere, risultato peraltro favorevole alle modifiche proposte con approvazione all'unanimità;

che lettere di convocazione, verbali delle sedute ed ogni altro relativo atto o documento sono correttamente conservati presso le rispettive Segreterie ed i competenti uffici aziendali

CONSIDERATO che il percorso previsto dalla norma può dirsi concluso, che la proposta di Atto Aziendale è redatta secondo le indicazioni tecniche della Regione Lazio, che i numeri massimi di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali sono rispettate, e che il documento, come ricalibrato, è stato dichiarato coerente con le linee guida e le necessità derivanti senz'altro approvabile da parte della Commissione incaricata della valutazione e della Direzione Regionale competente

VISTA l'allegata proposta di Atto Aziendale ricalibrato ed il relativo organigramma;

RITENUTO che, visto quanto sopra premesso, si possa e si debba proseguire, completandolo, l'iter previsto dalla Regione Lazio in ordine a quanto in argomento;

SENTITI il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, che hanno entrambi espresso parere favorevole all'adozione della proposta di Atto Aziendale ricalibrato secondo le indicazioni della competente Commissione e Direzione Regionale, dell'allegato organigramma e del presente provvedimento

DELIBERA

Per tutto quanto sopra esposto:

- 1) di adottare la proposta di Atto di autonomia Aziendale ed il relativo Organigramma, allegati e parte integrante del presente atto, che integra e sostituisce quello allegato alla precedente deliberazione num. 676 del 14/11/2015;
- 2) di disporre l'inoltro, unitamente a copia della presente deliberazione di adozione, presso i competenti Uffici Regionali per il loro seguito;
- 3) di rimandare a successivi atti, da adottare comunque dopo la approvazione regionale e la avvenuta pubblicazione sul BURL ai fini della integrazione di efficacia della proposta, ove la stessa venga accolta senza richieste di modifica, l'adozione dei regolamenti e degli altri provvedimenti previsti a corollario dal DCA 259/2014.

Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Fabrizio d'Alba

ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE ASL ROMA H 2014



RELAZIONE INTRODUTTIVA.....	6
TITOLO I.....	9
L'AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA H.....	9
Costituzione dell'Azienda.....	9
ELEMENTI IDENTIFICATIVI AZIENDALI.....	9
Sede legale, denominazione, logo.....	9
Sito Internet Aziendale	10
Il territorio.....	10
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E STRUTTURALE DELL'AZIENDA.....	11
Articolazione dei servizi.....	11
Articolazione delle strutture	12
Presidi ospedalieri a gestione diretta.....	13
POPOLAZIONE DELL'AZIENDA.....	15
Previsioni sullo sviluppo della popolazione	16
STRUTTURE ACCREDITATE E PRODUZIONE PRIVATA.....	17
PERSONALE.....	20
Dipendenti.....	20
Convenzionati.....	21
Assistenza Primaria.....	21
MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI.....	22
La comunicazione aziendale	22
Gli strumenti di partecipazione	23
L'Ufficio Relazioni con il Pubblico.....	23
La Conferenza locale per la Sanità.....	24
La Conferenza dei Servizi.....	25
La Carta dei Servizi Pubblici Sanitari.....	25
L' <i>Audit Civico</i>	26
Il Tavolo Misto Permanente di Partecipazione	27
Protocollo di Intesa e Accordo di cooperazione.....	29
LA <i>MISSION</i> AZIENDALE	29
TITOLO II.....	31
ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA	31
GLI ORGANI.....	31
Il Direttore Generale.....	31
Il Collegio di Direzione	35
Il Collegio Sindacale	36

LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE	39
ATTORI, RUOLI E COMPETENZE, FUNZIONI DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA	39
Staff della Direzione Generale	40
Staff della Direzione Strategica.....	40
Strutture <i>di line</i> della Direzione Sanitaria	41
Strutture <i>di line</i> della Direzione Amministrativa.....	41
La Dirigenza Aziendale, Incarichi, Poteri, limiti e Modalità di Assegnazione	42
<i>Strutture Complesse</i>	42
<i>Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali</i>	42
<i>Incarichi professionali</i>	43
<i>Competenze e livelli di responsabilità dirigenziali</i>	43
<i>Tipologia e criteri di assegnazione degli incarichi dirigenziali</i>	44
SINOSI DELLE STRUTTURE CENTRALI.....	45
UOC <i>Affari Generali ed Istituzionali</i>	45
UOC <i>Acquisizione Beni e Servizi</i>	46
UOC <i>Ufficio Tecnico e Patrimonio</i>	47
UOC <i>Gestione Economica e Finanziaria</i>	47
<i>Dirigente Preposto</i>	48
UOSD <i>Sistemi Informatici</i>	48
UOC <i>Gestione Risorse Umane</i>	49
UOC <i>Psicologia Clinica di Liaison</i>	49
UOC <i>ALPI ReCUP Specialistica Ambulatoriale Convenzionata e Governo delle Liste di Attesa</i>	50
UOSD <i>Ufficio Speciale Nuovo Ospedale dei Castelli ed Ingegneria Clinica</i>	51
UOC <i>Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli</i>	51
UOC <i>Integrazione sociosanitaria e Welfare di Comunità</i>	51
UOC <i>Risk Management</i>	52
UOC <i>Internal Audit e Compliance aziendale</i>	53
UOC <i>Controllo di Gestione e Contabilità Analitica</i>	54
UOC <i>Sistemi informativi Sanitari</i>	54
UOC <i>di Supporto Amministrativo dei Dipartimenti Territoriali</i>	54
UOC <i>Formazione e Comunicazione</i>	55
<i>Area funzionale dell'Acquisizione e del Governo dei Beni e dei Servizi</i>	55
<i>Progetti aziendali</i>	56
Programma diabete.....	56
Piano aziendale <i>Fragilità</i>	57

Progetto “CENTRO DI SENOLOGIA”	58
IL DIRETTORE SANITARIO E IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO.....	58
ORGANISMI DELL’AZIENDA	59
Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni.	59
Organismo indipendente di valutazione della performance.....	60
COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI.....	61
Comitato unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.....	61
Comitato Etico Unificato Lazio 2 – ASL Roma C.....	62
Commissione per il prontuario terapeutico.....	64
Comitato per il buon uso del sangue.....	64
Comitato per la lotta alle infezioni correlate alla assistenza.....	65
Comitato per l’ospedale ed il territorio senza dolore	65
Commissione per l’appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica.....	66
Comitato Aziendale Valutazione Sinistri	67
Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate.	68
Comitato valutazione e Prevenzione del Rischio Stress-lavoro Correlato.....	68
TITOLO III.....	70
IL MODELLO ORGANIZZATIVO E LE STRUTTURE AZIENDALI.....	70
ORGANIZZAZIONE E STRUTTURE	70
IL DISTRETTO SANITARIO	70
Articolazione territoriale dei distretti.....	72
Il Direttore di distretto.....	73
Sistema delle relazioni Distretti Sanitari-Dipartimento del Territorio.....	73
IL MODELLO DIPARTIMENTALE	74
Dipartimenti Sanitari Aziendali.....	75
Natura organizzativa dei dipartimenti della ASL Roma H	76
Il Comitato di dipartimento.....	77
Dipartimento di Prevenzione	77
<i>Coordinamento Aziendale Attività di Screening</i>	79
<i>Area funzionale di Coordinamento Sanità Pubblica veterinaria- sicurezza alimentare</i>	79
Dipartimento del Territorio	79
La casa della salute	81
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	81

Dipartimento Area Chirurgica.....	83
Dipartimento Area Medica.....	84
Dipartimento di Emergenza.....	85
Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Farmaceutici.....	85
Dipartimento delle Professioni Sanitarie.....	85
Le Aree funzionali sanitarie.....	87
Area Materno-Infantile.....	88
Area Farmaceutica.....	88
Area Direzioni di Polo Ospedaliero.....	89
Area delle Produzioni Agroalimentari.....	89
LA RETE OSPEDALIERA AZIENDALE.....	90
I Poli Ospedalieri.....	91
Il Direttore Medico di Polo Ospedaliero.....	91
Rapporti tra Direttore Medico di Polo e Dipartimenti clinici.....	94
NORME FINALI E DI RINVIO.....	95
ALLEGATI.....	96
APPENDICE NORMATIVA.....	97
ORGANIGRAMMA AZIENDALE.....	99

RELAZIONE INTRODUTTIVA

Come previsto dall'intervento 2, "Riorganizzazione dell'Offerta Assistenziale, azione1: "Riorganizzazione della rete ospedaliera", dei programmi operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio, approvati con DCA 25 Luglio 2014 num. U00247 entro fine 2016 verrà aperto il Nuovo Ospedale dei Castelli, nel territorio del Comune di Ariccia.

La disponibilità del nuovo edificio non comporterà un semplice trasloco di strutture, servizi e sistemi organizzativi già esistenti, ma, in accordo con le previsioni regionali, l'integrale ripensamento del sistema.

La tradizionale organizzazione ospedaliera a "compartimenti stagni", suddivisa in Reparti ed Unità Operative specialistiche, verrà progressivamente riconvertita in organizzazione per intensità assistenziale, non solo nell'Ospedale dei Castelli, ma, progressivamente, in tutti gli stabilimenti di produzione ospedaliera a gestione diretta della ASL ROMA H.

Coerentemente con questa traduzione in modello organizzativo del principio guida della "centralità del paziente", anche l'assistenza territoriale verrà progressivamente riorganizzata per percorsi, con implementazione di sistemi di reti plurispecialistiche, allocate o meno in "Case della Salute" come quella già istituita a Rocca Priora, ed attualmente in corso di rapido efficientamento.

Entrambi gli ambiziosi (e speculari) obiettivi, finalizzati fra l'altro ad eliminare duplicazioni e frammentazione di offerta, impongono l'adozione di un Atto di Autonomia Aziendale di transizione e flessibile, destinato a mutare in sede della revisione annuale prevista dall'art. 11 delle Linee Guida per l'adozione degli atti aziendali, per adattare l'organizzazione ai diversi "Stati di Avanzamento Lavori".

La piena realizzazione dell'integrazione fra ospedale e territorio, e la concordanza tra bisogni di salute, domanda di servizi e produzione di prestazioni sono garantite dalla azione congiunta dell'innovativo "Dipartimento del Territorio", con compiti di coordinamento, omogeneizzazione, integrazione ed indirizzo delle funzioni attribuite ai Distretti Sanitari che a questo afferiscono e dell'Area Funzionale Omogenea "Direzioni di Polo ospedaliero".

L'azione sinergica delle due strutture, nonché l'istituzione presso ciascun distretto di distinte responsabilità per i livelli di cure primarie ed intermedie costituisce la realizzazione in concreto della "funzione di tutela" nei confronti della popolazione della ASL Roma H.

Una peculiare e caratterizzante innovazione di questo Atto Aziendale è la ricollocazione in altri centri di responsabilità di alcune linee di produzione territoriale precedentemente poste in capo ai singoli Distretti Sanitari, quali quelle ascrivibili al

tema delle Dipendenze, che verranno acquisite dal nuovo Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, concepito per rispondere in maniera unitaria alla organizzazione e prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi di specie, rivoluzionandone olisticamente l'approccio e favorendo contaminazione di competenze e condivisione di saperi.

Grazie a tali scelte verranno:

- favorite integrazione, continuità di percorsi ed equità quali-quantitativa del servizio reso nell'ambito delle dipendenze, della salute mentale e della tutela della maternità e dell'infanzia a livello locale;
- liberate nei distretti energie e risorse a livello dipartimentale prima impegnate dalla funzione di produzione e destinate a quelle di committenza;
- attivato il percorso di progressiva separazione delle due attività, obiettivo di lungo periodo finalizzato a superare sia la sostanziale rigidità organizzativa delle attività produttive a gestione diretta che il condizionamento da questa derivante sulle funzioni di analisi dei bisogni e governo della domanda.

L'avvio, a livello territoriale, della separazione della funzione di produzione da quella di committenza non costituisce una *deminutio* della figura istituzionale dei distretti sanitari così come sino ad oggi conosciuta, bensì l'esaltazione delle loro caratteristiche più importanti e distintive, e l'innalzamento del ruolo di garanzia e della funzione di programmazione volta all'individuazione delle principali aree di bisogno ed alla scala di priorità degli interventi, a momento centrale e qualificante della loro stessa ragion d'essere.

In analogia con quanto deciso per le attività sanitarie, anche la progettazione del livello di governo sposa la logica del superamento di recinti e barriere, implementando scelte organizzative orientate al lavoro per piani e progetti, e rispondendo in maniera integrata e di alto profilo tecnico alle sfide della complessità espressa dall'attuale stadio di sviluppo del SSR.

Il modello collegiale della "Direzione Strategica" pur facendo salve le distinte responsabilità e le competenze specifiche ed irrinunciabili delle singole figure che lo compongono e quelle che ne coadiuvano l'attività fa propria l'impostazione della più netta separazione fra funzione di indirizzo e governo e attività di gestione, riservata alla Dirigenza Aziendale sia amministrativa che sanitaria.

Nella loro nuova configurazione i servizi amministrativi e quelli di supporto organizzativo:

- sono consapevoli della trasversalità degli obiettivi da raggiungere;
- individuano in maniera precisa e coerente attori e responsabilità;
- garantiscono puntuale definizione dei tempi e dei modi;
- sono consapevoli delle conseguenze che ogni attore ed intervento produce sugli altri attori e servizi coinvolti direttamente ed indirettamente e modulano in maniera proattiva le loro attività;
- sono soprattutto consapevoli che l'efficienza e l'efficacia sono di processo e non di singolo atto.

Pur riducendo di oltre la metà il numero delle UOC ed UOS, questo Atto Aziendale razionalizza e riorganizza, ma non verticizza. Grandissima importanza e fiducia è riposta nei lavoratori e nelle loro capacità e competenze, indispensabili per il conseguimento degli obiettivi aziendali e valorizzate da specifici incarichi professionali e dal nuovo modello organizzativo per piani, programmi e progetti.

Confronto passato/presente

Strutture	Atto Aziendale 2008	Atto Aziendale 2014	Differenza
Unità operative complesse	105*	84	-21
Unità operative semplici e semplici dipartimentali	294*	112	-182
TOTALE	399	196	-203

*i dati sono aggiornati alla delibera DG n.424/2009 modificativa/integrativa dell'Atto Aziendale 2008

TITOLO I

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA H

Costituzione dell'Azienda

Con il presente atto l'Azienda USL ROMA H, costituita con deliberazione del Consiglio Regionale 2 marzo 1994 n. 907, determina la propria organizzazione e il proprio funzionamento e delinea gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi fissati dalla Costituzione, dalla Legislazione Nazionale e Regionale e in attuazione dell'Atto di Indirizzo approvato dalla Regione Lazio con DCA num. U00259 del 06/08/2014

L'Azienda USL ROMA H è parte del sistema sanitario della Regione Lazio e, per il territorio di propria competenza, assicura l'erogazione dei servizi volti al soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari, così come previsto dalla normativa vigente.

ELEMENTI IDENTIFICATIVI AZIENDALI

Sede legale, denominazione, logo

La sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale ROMA H è sita in Albano Laziale (RM), Borgo Garibaldi n. 12, CAP 00041.

La denominazione ufficiale è la seguente: ASL ROMA H.

Il logo ufficiale è quello riportato di seguito:



Specifiche disposizioni aziendali disciplineranno l'utilizzo del logo e le modalità di comunicazione esterna dell'azienda, in coerenza col nuovo Manuale di Identità Visiva delle ASL e delle Aziende Ospedaliere della Regione Lazio di cui al link www.regione.lazio.it/salutelazio al fine di agevolare la percezione unitaria delle attività aziendali e favorire un efficace impatto delle attività comunicative.

Sito Internet Aziendale

Il sito internet aziendale sul quale, ai sensi dell'art.32 della Legge 18 giugno 2009, n.69 la ASL ROMA H assolve gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione "Amministrazione trasparente" è www.aslromah.it.

Il territorio

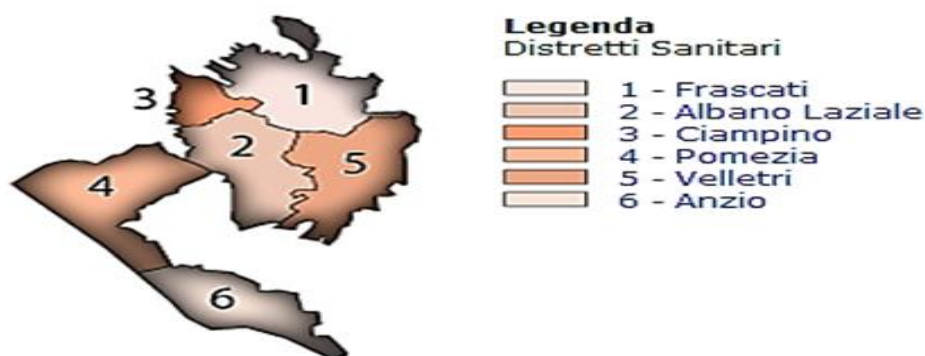
La ASL ROMA H tutela la salute della popolazione insistente nell'ambito territoriale coincidente con i comuni di Albano Laziale, Anzio, Ardea, Ariccia, Castel Gandolfo, Ciampino, Colonna, Frascati, Genzano, Grottaferrata, Lanuvio, Lariano, Marino, Montecompati, Monte Porzio Catone, Nemi, Nettuno, Pomezia, Rocca di Papa, Rocca Priora, Velletri.

Il complesso dell'area di competenza, meglio individuata nella cartina che segue, in cui sono distintamente individuati i singoli comuni e la loro distribuzione nei distretti sociosanitari, ricomprende la porzione sud della Provincia di Roma, ed è caratterizzata da due distinte realtà geografiche e socioeconomiche:

- I Castelli Romani, territorio ricomprendente i comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani;
- Il Litorale latino, territorio ricomprendente le città della porzione sud del litorale romano.



Frascati, Monteporzio Catone, Montecompati Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Grottaferrata
Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma, Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi
Marino, Ciampino
Pomezia, Ardea
Velletri, Lariano
Anzio, Nettuno



	Valore
Superficie: Km²	658,06
Densità popolazione per Km²	853,7
Popolazione al 01-01-2013	538.256
Popolazione al 31-12-2013	561.782

La popolazione è riportata alla data richiesta dalle linee Guida Aziendali, ovvero al 31 Dicembre dell'anno precedente l'approvazione dell'Atto Aziendale

ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E STRUTTURALE DELL'AZIENDA

Articolazione dei servizi

L'Azienda è territorialmente articolata in 6 Distretti correlati fra loro da una unica struttura, denominata il "Dipartimento del Territorio":

Distretto H1 Frascati, Monteporzio, Montecompatri Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Grottaferrata

Distretto H2 Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma, Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi

Distretto H3 Marino, Ciampino

Distretto H4 Pomezia, Ardea

Distretto H5 Velletri, Lariano

Distretto H6 Anzio, Nettuno

ed in una rete di stabilimenti di produzione ospedaliera a gestione diretta:

Polo Osp. H1 - Stabilimento di Frascati- Ospedale a vocazione medica- sede

di Pronto Soccorso

- Ospedale Marino - Ospedale H12

Polo Osp. H2

- Stabilimento Ospedaliero Albano L. sede di Pronto Soccorso

- Stabilimento Ospedaliero Genzano di Roma –Ospedale a vocazione materno-infantile

–Ospedale Ariccia – sede del Servizio di Riabilitazione e di Servizi Ambulatoriali Territoriali

Polo Osp. H3

- Stabilimento Ospedaliero Velletri- sede DEA I° Livello –

Ospedale a vocazione chirurgica

Polo Osp. H4

- Stabilimento Ospedaliero Anzio – sede DEA I° Livello

- Ospedale “Villa Albani” ad Anzio – sede di servizi di riabilitazione e Casa della Salute

Articolazione delle strutture

La ASL Roma H esercita le sue attività avvalendosi inoltre di un totale di:

- 8 Dipartimenti
- 84 Strutture Complesse
- 112 Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali

Presidi ospedalieri a gestione diretta

La ASL ROMA H gestisce direttamente i seguenti presidi ospedalieri, accanto ai quali si indica dettaglio dei posti letto. Il presente atto aziendale è coerente con le previsioni in termini di nuova rete ospedaliera di cui al DCA 368 del 31/10/2014 rubricato "Attuazione programmi operativi 2013-2015 di cui al DCA num. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: "riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio". Di seguito si riporta il quadro sinottico della dotazione di posti letto di cui al citato DCA.

Denominazione struttura	Descrizione disciplina	PL ORD	DH	TOT_PL
OSP. VILLA ALBANI	RECUPERO E RIABILITAZIONE	35	4	39

OSP. ANZIO-NETTUNO	CARDIOLOGIA	14		14
	AREA MEDICA	35		35
	D H MULTISPECIALISTICO		10	10
	AREA CHIRURGICA	63		63
	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		9	9
	TERAPIA INTENSIVA	6		6
	UNITA' CORONARICA	5		5
	ASTANTERIA/BREVE OSS/MEDICINA D'URGENZA	4		4
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		6	6
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15		15
	PEDIATRIA	8		8
	NEONATOLOGIA	2		2
		152	25	177

POLO OSPEDALIERO H/2 ALBANO GENZANO	CARDIOLOGIA	10		10
	AREA MEDICA	38		38
	D H MULTISPECIALISTICO		6	6
	AREA CHIRURGICA	52		52
	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		7	7
	TERAPIA INTENSIVA	6		6
	UNITA' CORONARICA	5		5
	ASTANTERIA/BREVE OSS/MEDICINA D'URGENZA	3		3
	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		6	6
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	34		34
	PEDIATRIA	10	5	15
	NEONATOLOGIA	4		4
PSICHIATRIA	16	3	19	
		178	27	205

OSP. SAN SEBASTIANO FRASCATI	CARDIOLOGIA	10	2	12
	AREA MEDICA	52		52
	D H MULTISPECIALISTICO		4	4
	AREA CHIRURGICA	73		73

	TERAPIA INTENSIVA	5		5
	UNITA' CORONARICA	4		4
	ASTANTERIA/BREVE OSS/MEDICINA D'URGENZA	2		2
	PSICHIATRIA	16	2	18
		162	8	170

OSP. SAN GIUSEPPE MARINO	RECUPERO E RIABILITAZIONE	25	3	28*
	D H MULTISPECIALISTICO		32	32
	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		20	20
		25	55	80

OSP. PAOLO COLOMBO - VELLETRI	CARDIOLOGIA	12		12
	AREA MEDICA	30		30
	D H MULTISPECIALISTICO		7	7
	AREA CHIRURGICA	50		50
	CHIRURGIA VASCOLARE	8	2	10
	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		6	6
	TERAPIA INTENSIVA	6		6
	UNITA' CORONARICA	4		4
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	16		16
	PEDIATRIA	10		10
	NEONATOLOGIA	2		2
		138	15	153

TOTALE POSTI LETTO (no culle)		690	134	824
--------------------------------------	--	------------	------------	------------

* Per quanto attiene il Servizio di Riabilitazione, considerati gli oneri connessi al trasferimento dello stesso presso l'ospedale di Marino, e vista la programmata attivazione del nuovo reparto presso l'edificando Ospedale dei Castelli, le attività continueranno ad essere svolte presso lo Spolverini di Ariccia

POPOLAZIONE DELL'AZIENDA

Nel suo complesso il territorio di competenza dell'Azienda presenta, alla data del 31 dicembre 2013, una popolazione residente di 561.782 abitanti,

Nella tabella sottostante sono riportati i dati relativi alla popolazione per singolo comune all'interno di ogni distretto, suddivisa per fasce di età e per sesso rilevata al 01 gennaio 2013.

L'andamento della popolazione nel tempo ha registrato negli ultimi tre decenni un significativo incremento, dovuto al generale "benessere demografico" dell'intera provincia di Roma, ma anche allo spostamento della popolazione dalla Capitale verso i comuni dell'hinterland e della Provincia conseguente al progressivo aumento, in termini reali, del costo delle abitazioni.

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA H
 FONTE DATI ISTAT
 POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2014

EX USL	COMUNE	0 - 6		0 - 13		14 - 64		65 - 74		> 74		TOTALE COMUNI		
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Totale
I	COLONNA	152	139	299	300	1.448	1.439	178	208	139	203	2.064	2.150	4.214
	FRASCATI	669	699	1.327	1.383	6.944	7.355	1.096	1.259	921	1.476	10.288	11.473	21.761
	GROTTAFERRATA	666	611	1.442	1.328	6.158	6.903	1.074	1.318	829	1.261	9.503	10.810	20.313
	M. PORZIO CATONE	283	275	621	562	2.817	3.033	471	514	301	444	4.210	4.553	8.763
	MONTECOMPATRI	455	497	856	890	4.140	4.059	491	478	310	509	5.797	5.936	11.733
	ROCCA DI PAPA	697	594	1.292	1.200	5.817	5.891	667	726	481	654	8.257	8.471	16.728
	ROCCA PRIORA	411	412	852	778	4.183	4.070	612	608	339	497	5.986	5.953	11.939
	TOTALE EX 28	3.333	3.227	6.589	6.441	31.507	32.750	4.589	5.111	3.320	5.044	46.105	49.346	95.451
II	ALBANO	1.541	1.438	3.003	2.802	13.465	13.935	1.818	2.129	1.402	2.318	19.688	21.184	40.872
	ARICCIA	581	599	1.263	1.242	6.530	6.786	996	1.067	662	986	9.451	10.081	19.532
	C. GANDOLFO	332	337	681	670	2.876	3.073	397	447	312	496	4.266	4.686	8.952
	GENZANO	772	720	1.534	1.498	8.122	8.364	1.163	1.286	875	1.319	11.694	12.467	24.161
	LANUVIO	557	539	1.090	999	4.687	4.760	585	530	376	508	6.738	6.797	13.535
		NEMI	80	67	154	138	632	647	98	97	86	115	970	997
	TOTALE EX 34	3.863	3.700	7.725	7.349	36.312	37.565	5.057	5.556	3.713	5.742	52.807	56.212	109.019
III	CIAMPINO	1.309	1.210	2.538	2.530	12.427	13.219	1.805	2.115	1.433	2.078	18.203	19.942	38.145
	MARINO	1.601	1.556	3.063	2.904	13.712	14.249	1.828	2.075	1.347	2.183	19.950	21.411	41.361
	TOTALE EX 32	2.910	2.766	5.601	5.434	26.139	27.468	3.633	4.190	2.780	4.261	38.153	41.353	79.506
IV	ARDEA	2.002	1.774	3.869	3.602	17.081	16.666	2.138	2.228	1.197	1.524	24.285	24.020	48.305
	POMEZIA	2.533	2.357	4.830	4.452	21.290	21.121	2.607	2.889	1.679	2.319	30.406	30.781	61.187
	TOTALE EX 33	4.535	4.131	8.699	8.054	38.371	37.787	4.745	5.117	2.876	3.843	54.691	54.801	109.492
VI	VELLETRI	1.848	1.737	3.663	3.432	17.743	18.061	2.453	2.761	1.888	2.955	25.747	27.209	52.956
	LARIANO	517	518	1.054	1.024	4.552	4.650	605	626	378	523	6.589	6.823	13.412
	TOTALE EX 31	2.365	2.255	4.717	4.456	22.295	22.711	3.058	3.387	2.266	3.478	32.336	34.032	66.368
01	ANZIO	1.906	1.886	3.798	3.655	17.874	17.834	2.864	2.978	1.942	2.612	26.478	27.079	53.557
	NETTUNO	1.651	1.512	3.318	3.100	16.422	16.566	2.230	2.638	1.623	2.492	23.593	24.796	48.389
	TOTALE EX 35	3.557	3.398	7.116	6.755	34.296	34.400	5.094	5.616	3.565	5.104	50.071	51.875	101.946
	TOTALE RM H	20.563	19.477	40.547	38.489	188.920	192.681	26.176	28.977	18.520	27.472	274.163	287.619	561.782

Negli ultimi dieci anni il fenomeno ha assunto proporzioni notevoli, tanto da far registrare mediamente un incremento nel periodo di oltre il 25%, con un picco di oltre il 50% relativo al solo comune di Ardea (Cfr.: Provincia di Roma. Rapporto annuale 2011)

Sono state individuate tre principali determinanti del fenomeno:

- la ricerca di una migliore qualità della vita in un contesto ambientale pregiato, tanto nella parte collinare e montuosa dei Colli Albani, quanto nel Litorale. Ambedue le aree sono state, anche nei secoli scorsi, luoghi privilegiati di

villeggiatura della nobiltà romana e, in tempi più recenti, della classe di piccola e media borghesia, che oggi preferisce *tout court* il definitivo insediamento residenziale anche per crescente diseconomicità del mantenimento di più abitazioni in un territorio comunque circoscritto;

- una disponibilità più a buon mercato del patrimonio immobiliare, che consente una vantaggiosa acquisizione per chi proviene dalla Capitale.
- una discreta maggiore attrattività economica ed occupazionale dovuta al significativo insediamento di attività produttive, soprattutto nei comuni del litorale, che infatti registrano un più marcato incremento demografico.

Nell'ultimo decennio inoltre l'incremento demografico ha registrato una spinta significativa anche per l'aumento dei cittadini stranieri. Il fenomeno migratorio ha contribuito in misura consistente, con afflussi di provenienza prevalentemente europea (soprattutto neocomunitari), che sceglie il territorio dell'Azienda per avere un accesso più facilitato al bene casa, ma che comunque ha, di norma, un progetto di stabilizzazione familiare e di trasferimento definitivo.

Secondo i dati ISTAT la popolazione certificata alla data del 01 gennaio 2013 in 534.256 unità ha raggiunto al 31 dicembre 2014 un movimento demografico di 561.782 unità, con un incremento percentuale appena inferiore nel periodo rilevato al 4,2%

Previsioni sullo sviluppo della popolazione

L'atto aziendale non può infine trascurare di gettare uno sguardo alle dinamiche future della popolazione di riferimento, con l'intento di orientare la missione dell'Azienda ad una maggiore attenzione verso le prospettive di offerta dei servizi in maniera più aderente ai bisogni della "clientela d'elezione".

Per presentare lo scenario demografico futuro in termini di previsione di evoluzione della struttura della popolazione residente, si fa riferimento al rapporto 2011 della Provincia di Roma, che analizza ed elabora le "previsioni demografiche nazionali" predisposte dall'ISTAT, centrandonole sul solo scenario provinciale, cui ovviamente appartiene il territorio di competenza dell'Azienda e le cui dinamiche sono certamente pertinenti, anche per ciò che concerne il diverso andamento tra la Capitale ed il resto della provincia.

Il rapporto provinciale sottolinea come per la popolazione romana (Capitale più area provinciale) si prevede un aumento della numerosità dei residenti che passerebbero dai 4.154.684 dell'anno 2010 ai 4.435.361 dell'anno 2050. Nonostante tale aumento, si prevede, comunque, una diminuzione del tasso di crescita per la medesima popolazione (dal 11 per mille dell'anno 2010, al -1,3 per mille, dell'anno 2050). Il motivo di tale diminuzione risiederebbe nel fatto che, poiché il tasso di crescita totale di una popolazione è rappresentato dalla somma di quello migratorio con quello naturale, quest'ultimo rappresenterà un addendo negativo. C'è, dunque, da aspettarsi che *la numerosità della popolazione aumenti unicamente grazie al contributo di un saldo migratorio positivo*. Il saldo migratorio totale sarà, sempre secondo tali previsioni, sempre più influenzato da quello estero. Se nel 2010 l'incidenza del saldo migratorio estero sul saldo migratorio totale era dell'88,1%, nel 2050 salirà, addirittura, fino al 99,1%. Ci si

aspetta, dunque, un conseguente *incremento dell'incidenza della popolazione straniera residente sulla popolazione della provincia di Roma.*

Poiché il cosiddetto "*invecchiamento della popolazione*" influenza diversi aspetti socio-demografici, e non solo, di una popolazione, verifichiamo l'andamento previsto per l'età media dei residenti nella provincia di Roma.

In base a questa osservazione, è lecito considerare un conseguente *aumento dell'indice di vecchiaia* (che passerebbe dall'attuale valore di 139,2 del 2010 al valore di 200 del 2050) e dell'indice di dipendenza degli anziani che dal valore del 2010 (29,7) a quello del 2050 (58,5) risulterebbe pressoché raddoppiato.

Per quel che riguarda i fenomeni demografici legati alle nascite, in futuro si attende un certo *aumento del numero medio di figli per donna* (dall'attuale 1,38 all'1,46 del 2050), che, come abbiamo già avuto modo di considerare, sarà determinato anche grazie al contributo delle madri straniere residenti nel territorio. Tuttavia, se il tasso di fertilità farà registrare un aumento, si prevede anche un aumento dell'età media al parto della madre, che potrà raggiungere, nel 2050, 33,5 anni al primo parto. Infine, considerando i tassi di natalità e mortalità, verifichiamo come quello di natalità sia in discesa, mentre quello di mortalità sia in salita. In realtà, l'aumento del tasso di mortalità è dovuto, in larghissima misura, al fatto che la popolazione sarà sempre più caratterizzata da persone in età anziana e saranno proprio queste persone a far registrare un innalzamento del tasso di mortalità che inciderà significativamente sul tasso di mortalità totale.

La popolazione romana (Capitale più provincia), secondo le previsioni Istat, sarà quindi sempre più numerosa, più multietnica, più anziana, ma con una crescita naturale ancora in discesa (Provincia di Roma: rapporto 2011).

E se questo fenomeno segue le dinamiche interne alla provincia riscontrate nell'ultimo decennio, c'è da aspettarsi che nel territorio dell'Azienda questa previsione sia ancora più pertinente.

STRUTTURE ACCREDITATE E PRODUZIONE PRIVATA

La produzione è, inoltre, rappresentata anche da una consistente rete di Strutture Private Accreditate che erogano sia prestazioni di ricovero, sia prestazioni specialistiche ambulatoriali: Ospedale Classificato Regina Apostolorum ad Albano Laziale, Case di Cura: INI a Grottaferrata, S. RAFFAELE a Montecompatri, S. Raffaele a Rocca di Papa, Villa delle Querce a Nemi, S. ANNA a Pomezia, Madonna delle Grazie a Velletri, Villa dei Pini ad Anzio;

Di seguito si riporta il dettaglio, per singoli istituti, con indicazione dei posti letto insistenti ai sensi del DCA 368 del 31/10/2014:

		Posti letto Strutture Accreditate			
Nome Istituto	Nome reparto	P.O. Acc	D.H. Acc	Tot P.L.	Tot Osp.
Reg. Apostolorum	AREA MEDICA	121		121	
	D H MULTISPECIALISTICO		31	31	
	AREA CHIRURGICA	41		41	
	DAY SURGERY MULT.		1	1	
	TOTALE	162	32	194	194
Villa delle Querce	AREA MEDICA	34		34	
	D H MULTISPECIALISTICO		2	2	
	DAY SURGERY MULT.		4	4	
	REC. RIABILITAZIONE	143	5	148	
	LUNGODEGENTI	55		55	
	TOTALE	232	11	243	243
Mad. delle Grazie	AREA MEDICA	33		33	
	D H MULTISPECIALISTICO		1	1	
	AREA CHIRURGICA	28		28	
	DAY SURGERY MULT.		5	5	
	TOTALE	61	6	67	67
S. Raffele R. di Papa	LUNGODEGENTI	95		95	95
V. dei Pini	LUNGODEGENTI	56		56	
	REC. RIABILITAZIONE	29	3	32	
	TOTALE	85	3	88	88
Sant' Anna	CARDIOLOGIA	12		12	
	AREA MEDICA	25		25	
	D H MULTISPECIALISTICO		1	1	
	AREA CHIRURGICA	53		53	
	DAY SURGERY MULT.		6	6	
	UNITA' CORONARICA	4		4	
	TOTALE	94	7	101	101
I.N.I.	AREA MEDICA	59		59	
	D H MULTISPECIALISTICO		14	14	
	AREA CHIRURGICA	22		22	
	DAY SURGERY MULT.		3	3	
	REC. RIABILITAZIONE	60	7	67	
	TOTALE	141	24	165	165
S. Raffaele Montecompatri	AREA MEDICA	15		15	
	REC. RIABILITAZIONE	86	9	95	
	TOTALE	101	9	110	110
TOTALE POSTI LETTO					1063

La consistente produzione privata è infine completata dalle strutture di seguito indicate, che svolgono prevalentemente attività ambulatoriale:

- CENTRO RADIODIAGNOSTICO PROF. F. GIANCOTTI
- FISIOKINESITERAPIA BEAUTY SHOP S.R.L.
- STUDIO MEDICO RISORGIMENTO SRL
- DIAGNOSTICA GAMMA S.R.L.
- CORILAB S.R.L.
- LABORATORIO CASELLA SRL
- ORTOCHINESIS SRL
- CENTRO RICERCHE CLINICHE SRL
- ST. MED. SPEC. DIAGNOSTICO PO. MED S.R.L.
- RICERCHE BIOLOGICHE DELLAVALLE
- CINTHIANUM LABAC S.R.L.
- SALUS SRL
- CENTRO ANALISI SIM.O S.R.L.
- TIRRENO SRL
- C.O.F. CENTRO ORTOPEDICO FISIOTERAPICO S
- EULAB SRL
- CENTRO ANALISI CLINICHE MORENA
- LABORATORIO BUGLIOSI GUIDO SRL
- DIAMANTI SRL
- DI.FI. SRL
- RADIOMEDICA SRL
- KINESITERAPICO POMEZIA SRL
- MEDILAB SRL
- STUDIO RADIOLOGICO CATARINACCI

La ASL Roma H considera la presenza di tale panorama di produttori privati accreditati nella complessiva rete della produzione come una importante opportunità. Perché questa possa trasformarsi in ricchezza ed essere posta al servizio della salute collettiva è indispensabile che la ASL, e più in generale il servizio pubblico, assuma pienamente il ruolo e la funzione di guida e di regolatore del sistema al quale è chiamata dalle attuali condizioni sociali ed economiche, prima ancora che normative.

Nella piena consapevolezza di tale compito la ASL adatta il proprio comportamento organizzativo ed investe le proprie strutture delle connesse responsabilità allo scopo di direzionare la più utile partecipazione del privato accreditato al servizio del sistema ed a salvaguardia e cura della salute della propria popolazione di riferimento. A tal proposito assume, tra l'altro, una significativa funzione di stimolo alla implementazione di interazioni e sinergie con i propri servizi di committenza e di produzione a gestione diretta.

La ASL Roma H tiene conto della presenza del privato accreditato nelle proprie scelte organizzative e direzionali, anche al fine di perseguire ottimali equilibri economici e crescenti economie di scala.

PERSONALE

Dipendenti

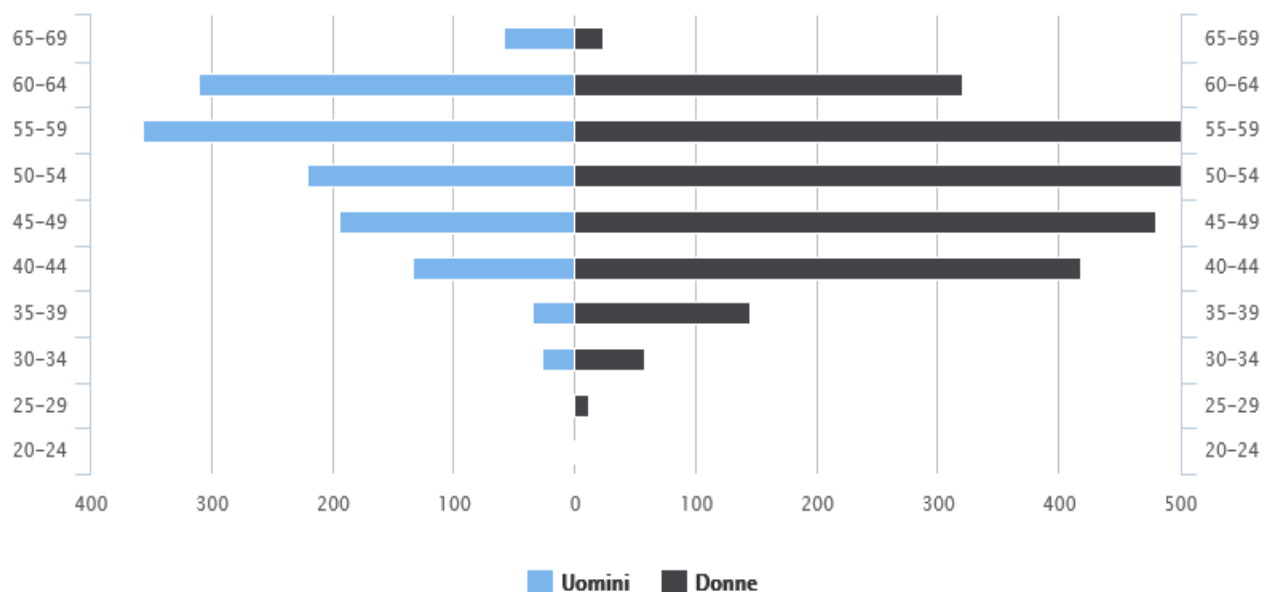
Presso la ASL ROMA H lavorano 3.702 unità di personale dipendente, distinte, per macroaggregazioni, come segue:

Personale	numero
Dirigenti medici	629
Dirigenti veterinari	19
Dirigenti Farmacisti	18
Dirigenti Biologi	10
Dirigenti Chimici	2
Dirigenti Fisici	1
Dirigenti Psicologi	55
Avvocati e Procuratori legali	2
Ingegneri	3
Dirigenti Statistici	1
Dirigenti Sociologi	4
Analisti	1
Dirigenti Amministrativi	13
Collab. didattico-organizzativi	3
Pers.le riabilitazione	115
Pers.le vigilanza ed ispezione	53
Pers.le tecnico sanitario	174
Pers.le infermieristico ed ostetrico	1741
Assistenti sociali	37
Pers.le tecnico	134
Pers.le ausiliario	355
Pers.le amministrativo	332
Totale	3702

Asl Roma H – Piramide personale dipendente al 1 gennaio 2014



Fonte: Gestione Risorse Umane – Elaborazione Controllo di gestione



Highcharts.com

Convenzionati

Sono attive settimanalmente 2771 ore di Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna Medica, 54 ore settimanali di psicologia e biologia, 1322 ore settimanali di Continuità Assistenziale (Guardia Medica), e 810 di Medicina dei Servizi.

Assistenza Primaria

Prestano, inoltre, la loro attività lavorativa in favore della popolazione residente 422 Medici di Medicina Generale e 83 Pediatri di Libera Scelta, di seguito suddivisi per Distretto di afferenza:

DS H1 - 71 MMG; 14 PLS
 DS H2 - 84 MMG; 16 PLS
 DS H3 - 58 MMG; 13 PLS
 DS H4 - 75 MMG; 18 PLS
 DS H5 - 51 MMG; 7 PLS
 DS H6 - 83 MMG; 15 PLS

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, singolo e associato, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi.

L'Azienda intende progettare la partecipazione dei cittadini in senso ampio. A tale scopo:

- promuove la diretta partecipazione del cittadino/paziente/utente con iniziative specifiche;
- definisce collaborazioni con le organizzazioni che esprimono la società civile e, in primo luogo, con le associazioni dei pazienti e delle loro famiglie.

Gli strumenti partecipativi permettono il coinvolgimento dei cittadini alla determinazione delle politiche aziendali di assistenza, e valorizzano il ruolo del terzo settore come una delle componenti cui affidare la erogazione di servizi socio sanitari con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

A tal fine l'Azienda recepisce le indicazioni utili al miglioramento delle attività da parte dei cittadini, favorendo la creazione di gruppi di miglioramento della qualità con la partecipazione di rappresentanze degli utenti dei servizi; riconosce la funzione delle formazioni sociali non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo.

La comunicazione aziendale

La comunicazione è uno degli strumenti fondamentali della sanità pubblica, non solo per contrastare disinformazione e sovraesposizione mediatica a messaggi che, ove non opportunamente contrastati e circoscritti possano comportare una distorta percezione delle priorità ed un eccessivo e potenzialmente iatrogeno consumo di beni e servizi sanitari, ma anche per migliorare i processi decisionali del cittadino in una logica di *empowerment*.

In questa logica la comunicazione in sanità va oltre la concezione della comunicazione pubblica intesa come insieme dei processi che permettono l'attivazione di flussi di comunicazione tra i cittadini, le istituzioni pubbliche e il sistema dei *media*, e diviene, invece, strumento per l'autonoma decisione della persona, superando le vecchie asimmetrie tra ente pubblico e cittadino. In poche parole la comunicazione diviene così *marketing della salute*.

L'Azienda pertanto intende assumere un ruolo di interlocutore attivo per i pazienti attraverso il proprio sito web, facendosi garante della qualità delle informazioni e dei servizi sanitari su internet e, con un apposito **piano di comunicazione aziendale** riorganizzare l'attività attraverso un insieme sistematico di interventi con lo scopo:

- di favorire la conoscenza dei contenuti della Carta dei Servizi e della relativa attuazione;
- di assicurare l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero-professionale intramuraria;

- di promuovere un rapporto più diretto e informale tra l'Azienda e le sue strutture e la popolazione servita, anche attraverso canali innovativi come mail, blog, forum, ecc.;
- creare un rapporto interattivo tra medico e paziente e tra gruppi di pazienti (*community*);
- assolvere ai propri doveri civici di *accountability*;
- contribuire alla promozione di corretti stili di vita e diffondere la cultura della prevenzione primaria, anche in accordo con associazioni ed organizzazioni che condividano le stesse finalità;
- ottenere, nel medio-lungo periodo positive economie di scala non finanziarie ma anche sociali, dal risparmio derivante dalla diminuzione dell'incidenza di patologie evitabili, contribuendo in tal modo, in via indiretta, al miglioramento del benessere della popolazione di riferimento.

Gli strumenti di partecipazione

La ASL Roma H è radicata in un ambito geografico qualificato dalla presenza sul territorio di 21 comuni caratterizzati da una ampia partecipazione civica e da una rete di formazioni sociali di tutela e promozione attive e presenti.

Tale caratteristica viene letta come una valida opportunità, sia di confronto e partecipazione, che di collaborazione nella diffusione delle politiche comunicative dell'Azienda, strumenti entrambi necessari al raggiungimento della *mission* aziendale

La Giunta Regionale ha istituito l'elenco delle formazioni sociali private di cui all'art. 1 comma 18 del D. Lgs 502/92. L'iscrizione all'elenco costituisce presupposto per la partecipazione alla programmazione sanitaria, per l'accreditamento istituzionale e per la stipula dei relativi accordi contrattuali con l'Azienda.

Il presente atto individua quali specifici strumenti di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi erogati:

- L'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- la Carta dei Servizi Pubblici Sanitari
- la Conferenza dei Servizi;
- Protocollo di Intesa e Accordo di cooperazione
- Consulta Sanitaria
- Ufficio di Pubblica Tutela
- Tavolo Permanente di Ascolto
- Audit Civico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico assicura la tutela dei diritti di partecipazione socio-sanitari degli utenti e dei cittadini direttamente come individui. Assicura, altresì, la funzione relativa alla comunicazione bidirezionale con gli utenti, contribuendo a far sviluppare in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso.

Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando per tale finalità idonei ed adeguati strumenti.

In particolare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico acquisisce le osservazioni e i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai Dirigenti competenti e provvede a farsi parte attiva nel processo di tempestivo riscontro agli utenti al fine di una rapida soluzione delle criticità riscontrate e quale strumento di autoapprendimento organizzativo.

Raccoglie, classifica e archivia le segnalazioni e gli esposti in apposita banca dati e predispone relazioni alla Direzione Strategica sulle segnalazioni e sui reclami pervenuti e sull'esito degli stessi.

Dette relazioni sono accompagnate 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, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli utenti di diverse etnie.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, di concerto con la funzione di Audit Civico assume ruolo attivo nei rapporti con le Associazioni di Volontariato e con le Associazioni di tutela dei cittadini.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico raccoglie, altresì, segnalazioni positive proponendo, ove sia il caso, la stesura di lettere di encomio al fine di favorire l'emersione e la comunicazione di buone pratiche ed il miglioramento del senso di appartenenza del personale alla azienda ed alla sua *mission* istituzionale.

Al fine di conferire certezza e concretizzare in impegni certi il patto che la ASL Roma H assume quale proprio onere di mandato, si fa diretto carico della stesura della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, più avanti descritta in maggior dettaglio.

La Conferenza locale per la Sanità

Presso la ASL Roma H è istituita la Conferenza Locale per la Sanità, costituita secondo quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della Legge Regionale 18/1994 e s.m.i. e dall'art. 3, comma 14 del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.

La conferenza Locale per la Sanità concorre alla definizione degli indirizzi ed alla programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie. E' costituita dai 21 sindaci che compongono il territorio della ASL Roma H, ed è presieduta dal Sindaco del Comune con maggior numero di abitanti.

Tale organismo esercita le proprie attività tramite un Comitato di Rappresentanza costituito da cinque membri eletti tra i componenti di diritto, che eleggono il proprio rappresentante a maggioranza. Per la validità delle sedute devono essere presenti la maggioranza dei componenti.

Il Comitato di rappresentanza riferisce direttamente del proprio operato alla Conferenza Sanitaria Locale per la Sanità ed acquisisce direttamente dai sindaci le indicazioni dei bisogni sanitari della popolazione. A tale scopo il Presidente della Conferenza Locale per la Sanità convoca annualmente una assemblea di tutti i sindaci del territorio compreso nella ASL Roma H. All'assemblea partecipano esclusivamente i sindaci, o loro delegati, con obbligo di astensione in caso di decisioni che possano

coinvolgere interessi propri o di familiari, o di società controllate, o nei confronti delle quali abbia rapporti di dipendenza, dirigenza o gerenza, ivi compresa la stessa ASL o significativi debiti o crediti, ovvero nei confronti di soggetti con i quali abbia rapporti di parentela, particolare amicizia o frequentazione abituale o ruolo di tutore, curatore, procuratore o agente. L'obbligo di astensione sussiste in ogni altro caso di sussistenza di gravi ragioni di convenienza.

La Conferenza e il Comitato di Rappresentanza operano secondo un proprio regolamento, proposto dal Presidente e approvato a maggioranza dei componenti. Per ogni altro aspetto di disciplina trova applicazione la normativa regionale e nazionale vigente.

La Conferenza dei Servizi

Il Direttore Generale, sentita la Conferenza locale per la sanità, indice almeno una volta all'anno, una conferenza dei Servizi, al fine di verificare l'attuazione della Carta dei servizi, rendendo 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 sono invitate le associazioni ed aggregazioni sociali del territorio iscritte in apposito elenco. Partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli di intesa con l'Azienda.

Qualora il Direttore Generale non provveda la Conferenza viene convocata, previa diffida, dalla Regione.

Un apposito regolamento aziendale disciplina le modalità di convocazione e di svolgimento della conferenza dei servizi, prevedendo, in relazione alla complessa articolazione territoriale del comprensorio di competenza dell'Azienda, la possibilità di conferenze decentrate di distretto.

La Carta dei Servizi Pubblici Sanitari

La Carta dei Servizi si configura sia come patto mediante cui la ASL ROMA H si impegna nei confronti del cittadino/utente, sia come strumento attraverso il quale orienta e adegua la propria attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti.

Tale strumento definisce le prestazioni ed i servizi che l'Azienda si impegna ad assicurare alla popolazione tutelata, la quantità, le modalità di accesso e di fruizione ed il livello minimo di qualità.

La Carta dei Servizi, nel rispetto dei generali principi ispiratori di personalizzazione e umanizzazione delle attività, individua il Responsabile del Servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, le modalità per poter presentare ricorso, per ricevere risposta e cosa può fare il cittadino/utente nel caso il suo reclamo dovesse essere respinto.

Al fine di garantire la tutela del cittadino verso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, o verso condizioni che impediscono il pieno soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari di

competenza dell'Azienda, sono sempre ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami.

Con separato atto è stato emanato apposito regolamento che disciplina la procedura in materia di osservazioni, opposizioni, denunce o reclami, la presentazione delle quali, peraltro, non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

Il Direttore Generale aggiorna annualmente la Carta dei Servizi, dandone la massima diffusione anche attraverso la pubblicazione sul sito aziendale e su quello della Regione Lazio.

L'Audit Civico

L'Azienda ha sviluppato ed intende continuare ad implementare l'audit civico come strumento di misurazione della percezione dei servizi dell'Azienda, al fine di migliorare le procedure ed i servizi stessi con l'ausilio dei cittadini/utenti che giudicano il servizio reso, attraverso le formazioni sociali che li rappresentano e li tutelano.

La misurazione dei servizi resi diventa così modalità di riorganizzazione in relazione alla qualità percepita. L'*audit civico* è realizzato con la collaborazione delle maggiori associazioni di cittadini e in tale ambito è stato istituito il Tavolo Permanente di Ascolto dell'associazionismo, quale momento di confronto con le associazioni di volontariato.

Compito dello strumento di *Audit Civico* e del Tavolo Permanente di Ascolto è quello di fornire un quadro dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione dei servizi sanitari da un punto di vista civico e contribuire all'individuazione di una scala di priorità d'intervento per il miglioramento del sistema sanitario relativamente all'orientamento al cittadino, allo sviluppo di alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale e alla promozione del coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali.

Coerentemente con i valori di centralità della persona ribaditi nel paragrafo dedicato alla *Mission* l'Azienda, ha aderito fin dal 2009 al processo di *audit civico* promosso da CittadinanzAttiva, quale metodologia per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni erogate, ed ha costantemente partecipato ai vari cicli approvati dalla Regione: 2008-2009; 2010-2011; 2012-2013. A questi cicli di *audit* di carattere generale si aggiunge la partecipazione alle straordinarie rilevazioni per singoli aspetti o servizi sanitari: incontinenza urinaria – fornitura di servizi ed ausili per incontinenti; percorso nascita delle donne immigrate; prevenzione e cura delle malattie cerebrovascolari.

L'audit civico, nella formulazione promossa da CittadinanzAttiva e fatta propria dalla Regione, si caratterizza, nell'esperienza della ASL Roma H, come strumento di misurazione della percezione dei servizi sanitari da parte dei cittadini utenti e consente al *Management* aziendale ed ai Decisori di assumere le giuste determinazioni al fine di migliorare i servizi stessi e le relative procedure. Per lo scopo, alla rilevazione, effettuata sulla base di griglie e questionari messi a punto da tecnici di CittadinanzAttiva, segue la redazione di un *Report* aziendale redatto da apposita equipe composta da personale interno appositamente formato e da cittadini volontari, che hanno accettato di seguire le procedure formative previste.

Il *Report* aziendale fornisce un'oggettiva rappresentazione quanti-qualitativa dei servizi sanitari con l'ottica del cittadino e costituisce patrimonio informativo collettivo in base al quale la misurazione dei servizi resi diventa modalità operativa di scelta per il budget delle unità operative e la predisposizione del piano aziendale di performance.

Lo strumento dell'*audit civico* ha compiuto un ulteriore salto di qualità e con la ricerca corrente sul "grado di umanizzazione ed accoglienza nelle strutture ospedaliere" promosso dall'Agenzia nazionale di sanità –AGENAS – e fatto proprio dalla Regione Lazio va a costituire una metodologia permanente di rilevazione a disposizione delle Aziende sanitarie e della Regione per impostare decisioni politiche e di management.

A differenza di altre metodologie di valutazione della qualità, l'Audit civico ha il valore aggiunto di integrare in un sistema quali-quantitativo di analisi il punto di vista civico con il punto di vista tecnico delle aziende sanitarie generando un processo virtuoso di confronto continuo che parte dalla raccolta dei dati all'individuazione delle priorità d'intervento e delle possibili risposte alle criticità, utile soprattutto in un momento di generale crisi economica e di reingegnerizzazione dei processi in chiave di prioritizzazione nella destinazione delle risorse .

Il Tavolo Misto Permanente di Partecipazione

Il tavolo misto permanente di partecipazione (TMPP) è lo strumento attraverso il quale la ASL Roma H ha attivato un meccanismo di partecipazione popolare, come concreta realizzazione dell'art. 118, ultimo comma, della Carta Costituzionale (sussidiarietà verticale). La disciplina di maggiore dettaglio è stata prevista nel D.Lgs. 502, art. 14, comma 2, concernente l'obbligo di prevedere forme di partecipazione dei cittadini e del volontariato al controllo ed alla valutazione dei servizi sanitari a livello aziendale. Le linee di indirizzo regionali sono state dettate con determina direttoriale n. B8920 del 23 novembre 2011 e la delibera aziendale di istituzione ed attivazione è la num. 138 del 23 febbraio 2012. Il regolamento operativo è stato approvato con deliberazione num. 577 del 03 luglio 2012, integrata successivamente con la deliberazione num 263 del 5 agosto 2014.

Tramite il TMPP l'Azienda garantisce ed assicura la partecipazione degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti ed individua nell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) l'interfaccia istituzionale ed il servizio di riferimento per le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il funzionamento del TMPP e la sua costante interlocuzione con la struttura aziendale viene assicurato inoltre da una segreteria tecnica cui sono chiamati a partecipare, oltre a personale interno formato per lo scopo, anche funzionari del Centro servizi per il volontariato.

Obiettivi :

- Essere il luogo istituzionale e lo strumento operativo nel quale la Direzione Strategica aziendale dà voce alle istanze del territorio rappresentate e sintetizzate da volontariato, associazionismo, cooperazione e gli altri soggetti del Terzo settore;

- Rappresentare una risorsa privilegiata per lo sviluppo di politiche sociosanitarie concretamente orientate alla percezione ed alle istanze della popolazione ed informate dal punto di vista civico;
- Rappresentare un ulteriore riferimento per la valutazione delle performance aziendali e l'individuazione di priorità d'intervento.

Metodo:

Trasformazione dei risultati dei cicli di Audit civico, organizzati in sinergia con CittadinanzAttiva, in obiettivi e azioni di miglioramento della qualità, secondo le criticità emerse. Oltre a ciò il TMPP concretamente opera:

- la verifica attiva del grado di attuazione degli impegni assunti dall'Azienda;
- La ricognizione delle forme di partecipazione presenti nell'Azienda e il loro effettivo funzionamento;
- l'elaborazione di un piano di priorità per lo sviluppo della partecipazione;
- l'individuazione di risposte strategiche in relazione alle tematiche emergenti dal confronto con le rappresentanze delle Associazioni.

Convocazione e Composizione :

Il Tavolo Permanente di Partecipazione è convocato, con cadenza trimestrale a cura della segreteria tecnica di coordinamento, su indicazione del Direttore Generale.

Il Tavolo è costituito da:

- a) Direttore Generale dell'ASL Roma H o suo delegato.
- b) Il Dirigente dell' Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P)
- c) Dirigente della Qualità, il Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie o suo delegato ed un assistente sociale con funzioni di segreteria tecnica;
- d) un rappresentante eletto per ognuna delle macroaree sotto elencate , come previsto dall'art.5 del regolamento aziendale;
- e) un rappresentante per distretto, eletto dall'assemblea delle associazioni partecipanti ai tavoli tematici.

Partecipano alla votazione per l'elezione dei Rappresentanti del terzo settore in seno al tavolo le organizzazioni che hanno formalizzato la loro adesione come disciplinato da regolamento.

Ai lavori del tavolo partecipa, come uditore permanente, il Referente territoriale del centro servizi del volontariato.

Macroaree:

- a) Partecipazione civica e tutela dei diritti del malato
- b) Salute mentale e disabilità
- c) Cittadini stranieri e nuove povertà
- d) Malattie oncologiche, cronico-degenerative e ad alto impatto sociale (donatori di organi e tessuti)
- e) Tutela materno infantile
- f) Assistenza ospedaliera e distrettuale
- g) Educazione e informazione ai cittadini

Modalità di adesione:

Le organizzazioni interessate all'inclusione del Tavolo misto permanente formalizzano la loro adesione con specifica procedura di accreditamento definita a livello di regolamento aziendale e pubblicizzata sul sito web dell'Azienda. L'accreditamento comporta l'accettazione del regolamento e delle altre disposizioni organizzative concordate in sede di Tavolo e/o diramate dalla Direzione generale.

Prospettive:

La Direzione Strategica intende rafforzare l'esperienza del tavolo come strumento di concreta partecipazione della società civile e del terzo settore alla formazione delle scelte aziendali.

Il regolamento è stato recentemente modificato, recependo le istanze mosse dal territorio e quelle delle aree tematiche.

Una conferenza dei servizi dedicata, programmata entro l'anno, procederà alla elezione dei nuovi Rappresentanti delle associazioni al tavolo misto permanente di partecipazione.

Protocollo di Intesa e Accordo di cooperazione

Il protocollo di intesa e l'accordo di cooperazione rappresentano lo strumento attraverso il quale l'Azienda e le associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all'elenco di cui all'art. 2, comma 2 *septies*, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni) stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l'eventuale concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione.

Il Direttore Generale può altresì stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi o particolari metodologie di cooperazione per finalità comuni, anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza.

E' già attivo presso la ASL Roma H un protocollo d'intesa con il centro servizi per il volontariato per il Lazio, gestito da SPES – associazione di promozione e solidarietà – e CESV –centro servizi per il volontariato, al fine di implementare azioni comuni di promozione di percorsi di attività volontaria volta al benessere generale della persona e percorsi congiunti di formazione.

Il protocollo, formalizzato con deliberazione n. 308 del 9 giugno 2014 costituisce il punto di riferimento per aggiungere valore alle risorse esistenti sul territorio, attraverso una rete che permetta alle esperienze ed al patrimonio del volontariato di valorizzarsi e diffondersi tra i gruppi e le associazioni.

LA MISSION AZIENDALE

La ASL ROMA H ha il compito di promuovere, nel territorio di competenza ed in collaborazione con le altre realtà che a vario titolo partecipano al sistema del SSR e/o lo costituiscono, la tutela della salute, sia individuale che collettiva, così come definito

dall'Art. 32 della Costituzione, con particolare, ma non esclusivo, riferimento alla popolazione residente, garantendo con le più attuali e flessibili forme organizzative e strategie operative il soddisfacimento dei bisogni assistenziali così come definiti dai LEA e secondo approccio di integrazione socio-sanitaria.

Nel perseguimento della propria *mission*, la ASL ROMA H agisce assumendo a valori imprescindibili e fondanti del proprio operato la tutela dei diritti e della dignità della Persona umana e la sua centralità, nel rispetto e secondo le priorità dettate dagli alti valori costituzionali. Tra questi assumono particolare rilievo l'eguaglianza, intesa come non discriminazione, la continuità delle cure, l'universalità e l'equità di trattamento e di accesso, l'efficienza ed efficacia dell'azione intesa soprattutto come appropriatezza organizzativa e clinica, nonché la partecipazione e la libertà di scelta.

L'impegno nel garantire la migliore qualità di vita possibile, attraverso interventi appropriati e coordinati di prevenzione, di promozione della salute, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera è costantemente perseguito nel rispetto dell'equilibrio delle risorse e secondo le indicazioni nazionali e regionali a salvaguardia anche degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione.

Consapevole del proprio ruolo nella garanzia della sostenibilità del sistema agisce nel rispetto dei principi di mantenimento dell'equilibrio economico, promuovendone a tutti i livelli dell'organizzazione la cultura, secondo logiche di responsabilizzazione e coinvolgimento crescente e diffuso.



Distretto H1 - Frascati	95.451 abitanti;
Distretto H2 - Albano	109.019 abitanti;
Distretto H3 - Ciampino	79.506 abitanti;
Distretto H4 - Pomezia	109.429 abitanti;
Distretto H5 - Velletri	66.368 abitanti;
Distretto H6 - Anzio	101.946 abitanti.

TITOLO II

ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA

GLI ORGANI

Sono organi dell'Azienda:

- Il Direttore Generale
- Il Collegio di Direzione
- Il Collegio Sindacale

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'Azienda e risponde della gestione complessiva Aziendale mediante la definizione dei programmi di attività, la verifica ed il controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi stabiliti.

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario i quali concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla direzione strategica dell'Azienda, ciascuno assumendosi la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e con i quali costituisce la Direzione Strategica dell'Azienda.

Il Direttore Generale, nell'ambito del perseguimento del fine istituzionale attribuito alle Aziende Sanitarie, esercita le relative funzioni attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi e con atti di diritto privato aventi rilevanza esterna.

In caso di vacanza dell'ufficio del Direttore Generale o nei casi di assenza o temporaneo impedimento, il Direttore Generale è sostituito dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo a ciò delegato o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età. In caso di contestuale assenza o impedimento temporaneo del Direttore Generale e del Direttore individuato sulla base dei criteri precedenti, il Direttore Generale è sostituito dal Direttore presente, ferma la necessità di esercizio delle funzioni di supplenza nei confronti del Direttore, sanitario o amministrativo, assente.

Il Direttore Generale, in particolare provvede:

- a) alla nomina del Collegio Sindacale ed alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- b) alla costituzione del Collegio di Direzione;
- c) alla costituzione del Consiglio dei Sanitari;
- d) alla nomina dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, dei Collegi Tecnici, del Comitato Unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni e di qualunque altro organismo previsto nel presente Atto;
- e) all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- f) all'adozione degli atti di organizzazione interna dei Poli e presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e all'organizzazione dello staff della direzione strategica;

- g) alla nomina e revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda, (Dipartimenti, Aree e Distretti), nonché dei responsabili delle Unità Operative complesse, semplici e semplici dipartimentali e al conferimento degli incarichi professionali;
- h) ai provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti;
- i) all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP);
- j) all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli Organi ed Organismi Collegiali come Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitati di Dipartimenti
- k) all'adozione della dotazione organica aziendale;
- l) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- m) all'adozione del piano attuativo locale del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- n) alla verifica, attraverso il controllo di gestione interno mediante valutazione comparativa dei costi dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse;
- o) alla verifica della qualità dei servizi anche attraverso strutture a ciò preposte;
- p) alla nomina, la sospensione o la decadenza del direttore amministrativo, e del direttore sanitario, dei quali controlla e verifica l'attività;
- q) agli atti di acquisizione e disposizione del patrimonio immobiliare nonché di accettazione di lasciti e donazioni nei limiti di legge;
- r) all'adozione dei provvedimenti concernenti la contrazione di mutui e prestiti, nei limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale.

Il Direttore Generale inoltre:

- a) attua i contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e gli Accordi Collettivi disciplinanti il lavoro convenzionato e adotta gli atti di gestione del personale stesso, stipula le convenzioni, gli accordi e i protocolli di intesa per l'erogazione delle prestazioni nonché per lo svolgimento delle altre attività connesse a quelle di competenza dell'azienda;
- b) fissa le tariffe per le prestazioni a pagamento nel rispetto della normativa nazionale e regionale;
provvede alla nomina dei dirigenti delle strutture organizzative dell'azienda e ne controlla e verifica l'attività;
- c) esercita i poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, definendo i limiti di valore delle spese che i dirigenti possono impegnare;
- d) approva gli atti di gara per lavori e forniture;
- e) stipula i contratti;
- f) provvede alla verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa anche attraverso un apposito servizio;

- g) rappresenta l'azienda nei giudizi attivi e passivi con potere di conciliare e transigere;
- h) esercita tutte le altre attribuzioni conferitegli dalla normativa vigente;

Nell'ambito delle funzioni sopra indicate sono esclusivamente riservate al Direttore Generale quelle non delegabili attinenti il ruolo del Datore di Lavoro nonché quelle ascrivibili al concetto di Atti di Alta Amministrazione, e di indirizzo, nonché di nomina, revoca e sospensione del Direttore Amministrativo e del Direttore Generale. Sono inoltre ad esso espressamente riservate le funzioni assimilabili a quelle previste dal codice societario come non delegabili da parte dell'Organo di Amministrazione.

Sono comunque riservati al Direttore Generale, i seguenti atti:

- a) gli atti di programmazione aziendale
- b) la programmazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico anche ex art. 20 L. n. 67 dell'11.03.1988, richiamato dall'art. 5 bis del D. Lgs. 31.12.1992 n. 502;
- c) l'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- d) l'adozione dei regolamenti attuativi;
- e) gli atti di adozione del bilancio economico pluriennale di previsione, del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio di esercizio;
- f) l'atto di adozione del piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare;
- g) gli atti di richiesta alla Regione di variazioni della destinazione di beni del patrimonio;
- h) gli atti del procedimento di richiesta di autorizzazione alla Regione per il trasferimento a terzi di diritti reali su immobili di proprietà dell'ASL;
- i) gli atti ed i contratti di compravendita di beni immobili di proprietà dell'ASL, di costituzione su di essi di diritti reali, oneri reali ed *obligationes propter rem*;
- j) l'accettazione di donazioni, eredità e legati;
- k) gli accordi contrattuali ex art.8 *quinquies* del D.Lgs n. 502 del 31.12.1992;
- l) gli atti di competenza dell'ASL in materia di sperimentazioni gestionali ex art. 9 bis del D.Lgs n. 502 del 31.12.1992;
- m) la sottoscrizione di atti costitutivi e statuti (ed eventuali loro modificazioni ed integrazioni) di società miste ex art. 9 bis c. 4 del D.Lgs n. 502 del 31.12.1992;
- n) gli atti di conferimento di incarico dei Direttori Amministrativo e Sanitario, dei Direttori di Dipartimento, dei Dirigenti Responsabili di Polo Ospedaliero e di Distretto, degli altri dirigenti di struttura complessa o semplice e l'attribuzione ai Dirigenti di incarichi e compiti professionali, nonché gli atti relativi agli incarichi di cui agli artt. 15 *septies* e 15 *octies* del D. Lgs n. 502 del 31.12.1992 e s.m.i.;
- o) tutti gli atti, relativi al personale con qualifica dirigenziale, di revoca degli incarichi, di licenziamento, di accettazione delle dimissioni, di trasferimento ad altra azienda o ente o di assunzione per trasferimento da altra Azienda o Ente, di applicazione o ricezione di comandi;
- p) l'individuazione dei membri delle Commissioni ex art. 15 ter del D. Lgs. n. 502 del 31.12.1992, di competenza del Direttore Generale e la nomina delle relative Commissioni
- q) la nomina del Collegio Sindacale;
- r) la costituzione del Consiglio dei Sanitari;
- s) la costituzione del Collegio di Direzione;

- t) le dotazioni organiche ed il piano del personale, anche convenzionato, che determina annualmente le tipologie ed il numero di unità di personale necessarie per il fabbisogno aziendale, nonché le risorse all'uopo destinate;
- u) il piano delle acquisizioni di beni e servizi, che determina annualmente il fabbisogno di beni e servizi per l'Azienda e le risorse specificamente destinate;
- v) il piano delle opere edili, piano delle manutenzioni straordinarie ed ordinarie, che determinano annualmente lo sviluppo degli interventi edilizi, dei fabbisogni di manutenzione e le risorse all'uopo destinate;
- w) gli atti di costituzione in giudizio innanzi alle Autorità Giudiziarie, arbitri rituali o irrituali;
- x) il conferimento di procura alle liti;
- y) il conferimento di procure o deleghe aventi ad oggetto poteri spettanti al Direttore Generale;
- z) gli incarichi di consulenza e collaborazione continuata e periodica di qualsiasi natura;
- aa) l'approvazione e l'attivazione di convenzioni, corsi e progetti relativi alla formazione e all'aggiornamento.

Delega di funzioni

Il Direttore Generale, con riferimento ad ambiti settoriali di attività ovvero all'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico, può delegare, con proprio provvedimento, l'emanazione di atti di gestione di propria competenza al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, nonché ai dirigenti.

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilire i limiti e la durata della delega stessa. L'originale dell'atto di delega è conservato in apposito registro presso la U.O.C. Affari Generali ed Istituzionali.

Il Direttore Generale può in qualsiasi momento revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per il conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato. Il delegante conserva i poteri di convocazione e sostituzione in caso di inerzia, di annullamento e di revoca nelle forme di autotutela previste dall'ordinamento.

Il Direttore Generale, e secondo competenza o delega il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, nell'ambito dell'attività di controllo e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, possono annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato, nonché assumere le iniziative consentite dal codice civile rispetto agli atti gestionali di diritto privato non validi o non convenienti assunti dai delegati.

I Dirigenti adottano i provvedimenti o gli atti di diritto privato a rilevanza esterna di propria competenza o delegati, mediante determinazioni dirigenziali, nel rispetto dei vincoli finanziari e programmatici previsti dagli atti di programmazione aziendale pluriennale ed annuale; la violazione di detti vincoli, direttive programmatiche e conseguenti regole di compatibilità economica recate da detti atti, comporta

responsabilità gestionale di risultato e, nei casi previsti dalla legge, responsabilità amministrativa, contabile e disciplinare.

Un apposito regolamento adottato con delibera del Direttore Generale disciplina modalità di adozione, pubblicità, integrazione di efficacia ed eventuale revoca di atti adottati dai dirigenti a seguito di formale delega.

Atti delegabili

Sono delegabili al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e ai Dirigenti responsabili di struttura complessa o semplice, od ai dirigenti con incarico professionale, tutti gli atti non ricompresi nell'elenco di cui sopra.

Nell'ambito dell'esercizio del potere di delega il Direttore Generale attua la più ampia separazione tra funzioni di indirizzo, verifica e governo e quella di gestione, di norma affidata ai Direttori ed ai Dirigenti dell'Azienda, nello spirito delle previsioni normative di cui all'art. 8 comma 1 della Legge Regionale del Lazio num. 6/2002, così come modificata dalla Legge Regionale 4/2006, nonché nello spirito dell'art. 4 del D.Lgs. 165/2001.

Il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione, quale organo dell'azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale.

Tale organismo concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione che si dota di uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

Il Collegio di direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:

- a) il Direttore Sanitario
- b) il Direttore Amministrativo
- c) i Direttori dei Dipartimenti clinici, inclusi quelli interaziendali in caso di attivazione
- d) i Direttori dei Distretti;
- e) Il Direttore del Dipartimento del Territorio
- f) I Direttori delle Aree Funzionali
- g) il Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- h) i Direttori Medici dei poli ospedalieri

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

I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

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

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:

- a) maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, all'Atto Aziendale, ai Progetti di ricerca e innovazione, e più in generale per gli atti a valenza programmatica;
- b) maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.

Delle riunioni del Collegio viene redatto verbale, che verrà inviato via mail ed approvato nella seduta successiva.

La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso.

L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute ed ai dati trattati.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è composto, secondo le indicazioni fornite dall'art. 13 del "Patto per la salute 2014-2016" di cui all'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro per la Salute. Per la nomina del membro supplente si applica quanto previsto dalla Legge Regionale 18/1994 e s.m.i.

Per la costituzione del collegio sindacale in via straordinaria si fa espresso richiamo alle previsioni di cui all'art. 19 del decreto legislativo n. 123/2011.

In merito ai requisiti individuali ed i criteri di individuazione dei membri si richiamano espressamente le cogenti disposizioni di ineleggibilità e decadenza di cui agli artt. 2382 e 2399 del codice civile nonché i requisiti di onorabilità, professionalità e indipendenza previsti dall'art. 2387 del codice civile

Fermi restando tutti i vincoli già citati, non possono far parte del collegio:

- a) i parenti fino al quarto grado e gli affini fino al secondo grado del Direttore Generale dell'azienda

- b) i dipendenti dell'azienda, gli operatori legati da rapporto convenzionale con la stessa, nonché coloro che siano comunque legati da un rapporto continuativo di prestazione d'opera retribuita con l'azienda medesima
- c) i fornitori dell'azienda, i titolari, i soci, gli amministratori, i gestori di istituzioni sanitarie private ubicate nel territorio dell'azienda
- d) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti l'attività dell'azienda, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora ai sensi dell'art. 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al secondo comma dello stesso articolo.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale, il provvedimento di nomina è notificato entro tre giorni ai componenti del collegio nonché alle amministrazioni che hanno provveduto alle designazioni di competenza. I provvedimenti di nomina, revoca, decadenza anche per presa d'atto di decisioni delle altre Amministrazioni competenti sono anche essi adottati dal Direttore Generale.

I provvedimenti di nomina dei componenti del Collegio Sindacale sono pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione e, corredati dai relativi curricula vitae e studiorum, anche in apposita sezione del sito istituzionale della Regione.

Il Collegio Sindacale, nella prima seduta, convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il presidente tra i membri effettivi designati dalla Regione. Nel caso di assenza o impedimento del presidente le relative funzioni sono esercitate dal componente più anziano di età.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni e i relativi componenti possono essere confermati. In caso del venir meno di uno o più componenti del Collegio Sindacale per scadenza del mandato, decadenza, dimissioni, o per altre cause, il direttore generale provvede, entro i tre giorni successivi, ad inoltrare richiesta alle amministrazioni competenti per la relativa sostituzione. In caso del venir meno di più di due componenti effettivi, il collegio deve essere interamente ricostituito.

Il collegio sindacale si riunisce almeno una volta al mese. Le sedute sono convocate dal presidente del collegio, su propria iniziativa o su richiesta scritta e motivata di almeno altri due componenti. Le convocazioni sono effettuate, per iscritto, anche tramite PEC, almeno cinque giorni prima di quello stabilito per la seduta, con indicazione del luogo, del giorno e dell'ora della seduta stessa nonché degli argomenti iscritti all'ordine del giorno. In caso di urgenza, il collegio può essere convocato anche telegraficamente con un preavviso di almeno ventiquattro ore, o con qualsiasi altro mezzo idoneo a garantire tempestività e tracciabilità del processo di comunicazione quale, ad esempio, la posta elettronica, anche non certificata.

Il componente che, senza giustificato motivo, non partecipi nel corso dell'esercizio a tre sedute, decade dalla carica. Decade, altresì, il componente la cui assenza, ancorché giustificata, si protragga oltre sei mesi. La decadenza è dichiarata dal direttore generale su richiesta motivata degli altri componenti in carica.

Le deliberazioni del Collegio sono adottate a maggioranza. In caso di parità, prevale il voto del presidente. Di ogni riunione viene redatto processo verbale, sottoscritto dagli intervenuti. Il componente dissenziente deve far iscrivere a verbale i motivi del proprio dissenso.

Funzioni

Il Collegio Sindacale verifica la regolarità amministrativa e contabile dell'azienda stessa. In particolare:

- a) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio, delle situazioni dei conti e dei rendiconti parziali alle scritture contabili
- b) esprime il parere obbligatorio entro quindici giorni sui budget, sui rendiconti e situazioni dei conti e sui bilanci di esercizio
- c) effettua verifiche periodiche di cassa e rileva le non coincidenze contabili con i conti del tesoriere
- d) invia relazioni trimestrali alla Regione, ai ministeri della Sanità e dell' Economia e delle Finanze e, nel caso delle aziende USL, alla conferenza locale per la sanità o al comitato di rappresentanza
- e) svolge ogni altra funzione ad esso affidata in materia contabile dalla normativa statale e regionale

Per l'esercizio delle funzioni di cui al presente paragrafo tutte le deliberazioni adottate dal Direttore Generale, o su delega del medesimo, fatto salvo quanto nel successivo paragrafo specificato, sono trasmesse al Collegio Sindacale all'atto della pubblicazione nell'albo dell'azienda.

Bilancio preventivo, variazioni e bilancio d'esercizio - corredati dalla relazione illustrativa o da analogo documento -, se sottoposti al parere del collegio, devono essere trasmessi almeno quindici giorni prima della data della relativa delibera, come stabilito dall'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 123/2011. Più in generale, i medesimi termini devono essere rispettati per ogni delibera che richieda il parere preventivo obbligatorio non vincolante del collegio, al fine di consentire all'organo medesimo di svolgere le opportune analisi e considerazioni;

Fatta salva la piena autonomia discrezionale in ordine alla attività di verifica e controllo attribuita dalla normativa vigente al Collegio Sindacale e quanto previsto in riferimento agli atti per i quali è previsto controllo preventivo e parere obbligatorio detto organo, se non ritiene diversamente, comunica al direttore generale eventuali osservazioni per i provvedimenti di competenza.

I sindaci possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo presso gli uffici e strutture dell'azienda e prendere visione di tutti i documenti aziendali

LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

La Direzione Strategica è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. Costituisce il momento di massima sintesi ed analisi congiunta delle modalità di perseguimento della *Mission* aziendale, nonché lo strumento di elaborazione preliminare degli atti di programmazione ed alta amministrazione riservati in via esclusiva alla responsabilità e competenza del Direttore Generale.

La Direzione Strategica Aziendale assicura il governo strategico dell'Azienda, definendo indicazioni e obiettivi dell'organizzazione (funzione di indirizzo) ed esercita inoltre il coordinamento delle attività di vigilanza e controllo, sia interno che esterno. In tale attività si avvale, secondo necessità, del supporto dal Collegio di Direzione e dalla Dirigenza Aziendale.

Spettano in particolare alla Direzione Strategica Aziendale:

- a) l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo regionali;
- b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- c) L'indirizzo sul governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative;
- d) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- e) il governo delle relazioni interne ed esterne;
- f) la garanzia della sicurezza e la prevenzione;

Nell'esercizio della attività di definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, al fine di corrispondere in maniera coordinata alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione, tiene conto delle indicazioni fornite dalla Conferenza dei Sindaci e degli Organismi di partecipazione dei cittadini.

ATTORI, RUOLI E COMPETENZE, FUNZIONI DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA

Il Direttore Generale assicura il perseguimento della missione dell'ASL, ne garantisce il governo complessivo ed esercita i poteri organizzativi e gestionali. Nella sua attività è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo che, nell'ambito delle rispettive aree di responsabilità (sanitaria e socio-sanitaria, ed amministrativa e tecnica), sono deputati anche al coordinamento delle attività di governo di rispettiva competenza ed alla formulazione di proposte ai fini della elaborazione di piani, progetti ed indirizzi annuali o pluriennali.

L'integrazione delle tre Direzioni e delle relative attività di *Line* e *Staff* costituisce la Direzione Strategica Aziendale. Questa realizza in concreto l'unitarietà di azione con metodologia di approccio integrato ai problemi, ed il supporto alle decisioni sulla base di valutazioni di carattere sanitario, sociale ed economico-organizzativo di elevata complessità.

L'attività della Direzione Strategica è supportata dai Dirigenti responsabili delle strutture afferenti la Direzione Strategica stessa e dai titolari di Incarico Professionale e di staff.

Ferma restando la garanzia del supporto alla Direzione Strategica in ogni attività propedeutica all'esercizio dei poteri programmatori e di indirizzo da parte di tutti i Dirigenti in staff o line alla Direzione Strategica, Generale, Amministrativa o Sanitaria di seguito vengono riportate le strutture e gli incarichi di particolare rilevanza distinti per inquadramento in staff, o *line* e per Direzione di diretta afferenza.

Staff della Direzione Generale

Costituiscono strutture ed uffici di staff della Direzione Generale quelli connessi prioritariamente alle funzioni non delegabili del Direttore Generale ovvero:

- *UOC Risk Management;*
- *UOC Internal Audit e Compliance aziendale*
- *Ufficio Relazioni Sindacali;*
- *Servizio Prevenzione e Protezione;*

E' inoltre funzione di staff il "*Coordinamento Ufficio Legale*" che -oltre ad operare in stretta correlazione con la Direzione Generale per la funzione di supporto e rappresentanza legale nelle vertenze attive e passive che vedono l'Azienda parte processuale nelle materie di competenza degli avvocati aziendali- stende, su richiesta dei componenti della Direzione Strategica o dei Dirigenti afferenti, i pareri *pro veritate* che si renderanno necessari alle attività amministrative e gestionali di questi ultimi con finalità proattive nei confronti di insorgenza del contenzioso, oltre a svolgere costante e continuativo supporto legale ai diversi attori aziendali nello svolgimento della ordinaria attività di istituto. Tale ufficio costituisce, inoltre, riferimento di tutti gli organi ed organismi interni ed esterni dell'Azienda che a differente titolo si occupano della gestione del contenzioso attivo o potenziale.

Staff della Direzione Strategica

Sono funzioni e strutture di staff della Direzione Strategica quelle individuate quali riconducibili alla attività di governo aziendale globalmente intesa e non allocabili per competenza principale a *line* di attività ascrivibili alla Direzione Amministrativa o a quella Sanitaria.

Si declinano in:

- UOC Sviluppo, Innovazione e Organizzazione
- UOC Sistemi Informativi sanitari
- UOC Controllo di Gestione e Contabilità analitica
- UOC Formazione e Comunicazione
- UOC Integrazione socio-sanitaria e Welfare di comunità

Strutture di line della Direzione Sanitaria

Sono individuate quali strutture e funzioni di line di preminente competenza della Direzione Sanitaria, che ne esercita altresì il coordinamento ed il controllo, le seguenti:

- Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- UOC Psicologia di *Liaison*
- UOC Autorizzazioni, Accreditamento e Controlli
- UOSD Ufficio speciale nuovo ospedale dei Castelli ed Ingegneria Clinica
- UOC ALPI, ReCUP, Specialistica ambulatoriale convenzionata e Governo Liste di Attesa;

Afferiscono, inoltre, alla Direzione Sanitaria:

- UU.OO.CC. Direzioni mediche di Polo
- Dipartimento Area Medica
- Dipartimento Area Chirurgica
- Dipartimento del Territorio
- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Salute Mentale e delle dipendenze patologiche
- Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Farmaceutici
- Dipartimento di Prevenzione
- Area Funzionale “Direzioni di Polo Ospedaliero”
- Area Funzionale “Materno Infantile”
- Area Funzionale “Farmaco”

Particolare attenzione meritano peculiari funzioni riferibili direttamente alla line di direzione sanitaria, quali:

- Coordinamento Medici Competenti
- Piano aziendale Diabete
- Piano Aziendale Fragilità
- Coordinamento Trapianti
- Comitato Ospedale Territorio senza dolore
- Comitato Stress lavoro-correlato
- Progetto “Centro di senologia”

Strutture di line della Direzione Amministrativa

Sono individuate quali strutture e funzioni di *line* di preminente competenza della Direzione Amministrativa, che ne esercita altresì il coordinamento ed il controllo le seguenti:

- UOC Affari Generali ed Istituzionali
- UOC Acquisizione Beni e Servizi
- UOC Gestione Risorse Umane
- UOC Ufficio Tecnico e Patrimonio
- UOC Gestione Economica e Finanziaria

- UOSD Sistemi Informatici

Pur se non ricompresa nelle strutture di governo centrale è struttura *di line* della Direzione Amministrativa anche la UOC di Supporto Amministrativo dei Dipartimenti Territoriali. E' altresì riconducibile alla Direzione Amministrativa l'Area Funzionale Omogenea "Acquisizione e Governo dei Beni e dei Servizi".

La Dirigenza Aziendale, Incarichi, Poteri, limiti e Modalità di Assegnazione

Strutture Complesse

Le strutture complesse dell'Azienda sono caratterizzate da ampia autonomia organizzativa ed operativa.

Le funzioni, relazioni, dipendenze gerarchiche, organizzazione interna e *mission* di ogni singola struttura complessa sono descritte sinteticamente nel funzionigramma aziendale di successiva emanazione, unitamente ai livelli di responsabilità all'interno della stessa.

La collocazione funzionale e la dipendenza gerarchica sono desumibili dall'allegato organigramma.

Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali

Le strutture semplici sono articolazioni operative di una struttura complessa, rispetto alla quale mantengono una propria autonomia tecnica. Alla struttura semplice corrispondono responsabilità e posizioni dirigenziali definite, diverse rispetto a quelle delle strutture complesse.

Le strutture semplici Dipartimentali sono indicate nell'allegato organigramma, mentre le strutture semplici sono declinate in dettaglio nel funzionigramma di successiva emanazione.

All'interno dei dipartimenti sono e potranno essere istituite in sede di revisione annuale secondo le modalità stabilite nelle Linee Guida Regionali di cui al DCA U000259/2014 strutture semplici a valenza dipartimentale rispondenti, al pari delle strutture complesse, direttamente al Direttore di dipartimento.

Le strutture semplici dipartimentali possono essere poste anche direttamente in staff o line alla Direzione Generale, alla Direzione Strategica o al Direttore Generale e Amministrativo.

Le funzioni, relazioni, dipendenze gerarchiche, organizzazione interna e *mission* di ogni singola struttura semplice e semplice dipartimentale sono descritte sinteticamente nel funzionigramma aziendale di successiva emanazione, unitamente ai livelli di responsabilità all'interno della stessa.

Incarichi professionali

A funzioni di particolare importanza per l'Azienda, o considerate di natura strategica, nonché agli incarichi di coordinamento anche trasversali o transmurari sono preposti, con attribuzione di definito incarico professionale anche di alta specializzazione, dirigenti dell'Azienda, Medici, Veterinari o appartenenti all'Area Contrattuale SPTA dotati di particolare competenza professionale o tecnica e del necessario patrimonio individuale di conoscenze.

La ASL Roma H attribuisce notevole importanza organizzativa agli incarichi professionali, ritenuti significativo strumento di valorizzazione delle professionalità dei Dirigenti dell'Azienda, nonché indispensabile modalità organizzativa per il raggiungimento degli obiettivi aziendali secondo piani, programmi e progetti. Tali incarichi non sono percepiti assolutamente come una *deminutio* rispetto a quelli comportanti attività gestionale quali quelli di struttura, bensì come esaltazione delle qualità individuali e del patrimonio professionale posseduto dal singolo dirigente, da orientare secondo competenze a finalità Aziendali di importanza trasversale, e quindi potenzialmente, di portata ben più ampia della conduzione di una singola UOS, UOSD o UOC.

Ai titolari di incarico professionale viene garantita una valorizzazione commisurata, pur nel quadro stabilito dalla contrattazione nazionale o decentrata, all'importanza per l'Azienda del buon fine dei compiti assegnati, quale riconoscimento del ruolo chiave ricoperto nel processo di rinnovamento aziendale.

Competenze e livelli di responsabilità dirigenziali

I dirigenti responsabili di struttura complessa, ciascuno per quanto di rispettiva competenza e nell'ambito dei budget assegnati, curano il governo delle attività cliniche o amministrative svolte dalla struttura, nonché la gestione tecnica e amministrativa della medesima, ivi compresa l'eventuale adozione di atti e provvedimenti che impegnano l'amministrazione anche verso l'esterno, nei limiti definiti dalla Direzione Generale e dal vigente sistema di delega.

I dirigenti responsabili di strutture semplici curano la gestione tecnica ed amministrativa delle strutture stesse, ivi compresa l'eventuale organizzazione delle risorse umane e strumentali, nell'ambito delle direttive e sotto la vigilanza del responsabile della struttura complessa nella quale sono inseriti e dalla quale dipendono o del Direttore del dipartimento per le strutture semplici a valenza dipartimentale.

I titolari di Incarico Professionale sono personalmente responsabili del raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati, nonché delle linee di attività agli stessi affidati in via ordinaria. Costituiscono inoltre, nell'ambito del lavoro per piani, programmi e progetti, il punto di riferimento dell'Azienda e del personale coinvolto nelle attività di specie, pur non esercitando nei confronti degli stessi diretto potere gerarchico.

L'esercizio delle competenze dirigenziali avviene in applicazione di quanto disposto dagli artt. 4, 5 e 17 del D.Lgs. 165/2001.

Tipologia e criteri di assegnazione degli incarichi dirigenziali

Le tipologie di incarico conferibili alla Dirigenza sono:

- incarico di direzione di dipartimento o distretto;
- incarico di direzione di struttura complessa;
- incarico di direzione di struttura semplice dipartimentale;
- incarico di direzione di struttura semplice;
- incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività;

I criteri e le modalità di conferimento degli incarichi sono stabiliti sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, nonché di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva.

In particolare nell'affidamento e nella revoca degli incarichi dirigenziali il Direttore Generale si attiene di norma e, tra gli altri, ai seguenti criteri:

- capacità gestionale, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, al possesso di tecniche di management;
- capacità di convergere sugli obiettivi assunti dalla Direzione Aziendale;
- capacità di gestione e di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale obbligatori e facoltativi;
- natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;
- idoneo "curriculum", con particolare attenzione a percorsi di formazione postuniversitari e valorizzazione dei profili caratterizzati da multidisciplinarietà e plurimi ambiti competenziali;
- risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati nonché le valutazioni riportate in sede di verifica da parte degli organismi di valutazione.

Gli incarichi di direzione delle strutture complesse afferenti alla dirigenza appartenente ai ruoli Sanitario, medico e non medico, Professionale, Tecnico ed Amministrativo, sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Amministrativo o Sanitario, secondo il caso, su eventuale impulso di parte del Direttore della struttura nella quale insiste l'ambito dirigenziale da presidiare, a candidati in possesso dei requisiti legislativi e contrattuali previsti per l'attribuzione di questa tipologia di incarichi, sulla base di rapporto fiduciario e tenendo conto di quanto previsto al comma precedente.

E' fatta salva la possibilità di conferire anche gli incarichi di direzione di struttura, alla dirigenza appartenente ai ruoli Sanitario, medico e non medico, Professionale, Tecnico ed Amministrativo utilizzando le modalità previste dall'art. 15 *septies* del D.Lgs. 502/92 e dalle norme pattizie vigenti, nei limiti previsti dalla normativa nazionale, regionale e contrattuale e nel quadro dei limiti previsti dalla Regione Lazio.

Gli incarichi di responsabilità di struttura semplice per la dirigenza Sanitaria, medica e non medica e PTA sono conferiti dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo o Sanitario secondo competenza, sulla base di esame dei curricula dei dirigenti in servizio interessati al conferimento dell'incarico.

Gli incarichi di natura professionale anche ad alta specializzazione sono conferiti dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario, secondo competenza, anche su indicazione dei Direttori delle diverse strutture di afferenza.

L'Azienda disciplina con proprio regolamento le modalità di pubblicizzazione nonché le eventuali procedure interne propedeutiche alla assegnazione.

SINOSSI DELLE STRUTTURE CENTRALI

Di seguito si riporta una breve sinossi delle principali strutture centrali di governo dell'azienda, rimandando al funzionigramma di successiva emanazione il dettaglio, per ogni singola struttura, della *mission* specifica, delle dipendenze gerarchiche, dell'organizzazione interna, delle responsabilità, delle attività e delle relazioni funzionali che le caratterizzano.

UOC Affari Generali ed Istituzionali

Il servizio presidia le attività di valenza generale ed istituzionale quali trasparenza, privacy, contenzioso, protocollo, supporto all'attività deliberative e di tenuta documentale, tenuta di registri di contratti e convenzioni, deleghe ed ogni altra attività di tenuta e certezza dei documenti e tempi, quali l'archivio aziendale.

Assume, inoltre, il governo dell'archivio e delle attività assicurative e presidia le procedure aziendali per l'applicazione della normativa in materia di Privacy, svolgendo attività di consulenza e formazione, sia per la direzione strategica aziendale, che nei confronti delle varie articolazioni organizzative.

Sul versante assicurativo, gestisce ogni processo, sia esso finalizzato ad eventuali gare che a procedure di autoassicurazione, tutelando i lavoratori e l'Azienda secondo filosofia di gestione del rischio clinico ed assumendo parte attiva, per quanto di competenza ed in relazione con il *Risk Manager* alla definizione di percorsi di miglioramento continuo della sicurezza e rimozione di cause di potenziale errore.

Supporta la direzione aziendale nell'adozione e nel controllo degli atti deliberativi e delle delibere delegate, garantendo, inoltre, il corretto funzionamento del protocollo e dell'archivio generale dell'Azienda.

Garantisce la tenuta del protocollo generale d'azienda e dell'archivio generale, assumendo il ruolo di punto di riferimento dei servizi aziendali presso i quali viene esercitata attività di protocollo.

Gestisce, organizza e supporta i Dirigenti delegati, per l'adozione degli atti deliberativi aggiornando e mantenendo l'archivio delle deleghe.

Revisiona, promuove la stesura e l'attualizzazione delle procedure aziendali, contribuendo alla realizzazione di manuali delle procedure, contribuendo a far adottare modelli condivisi ed uniformi per l'adozione.

Gestisce le relazioni istituzionali dell'Azienda assicurando e mantenendo registro degli incarichi esterni ed interni per i quali è prevista partecipazione di rappresentanze dell'Azienda.

Monitora, proponendone i rinnovi alla scadenza, la durata e la validità di commissioni, organi ed organismi aziendali.

Assume, in cooperazione con le UOC competenti, parte attiva nelle procedure di nomina dei componenti di commissioni aziendali.

Sotto il profilo istituzionale assicura il supporto necessario a progetti speciali, su mandato della Direzione Strategica.

UOC Acquisizione Beni e Servizi

Governa l'intero processo di acquisizione di beni, servizi e forniture, eliminando frazionamenti e frammentazione di competenze, ottimizzando costi, qualità e tempi e garantendo continuità dell'intera attività aziendale, secondo principi di trasparenza, rispetto di legge ed imparzialità.

Nell'ambito della propria attività gestisce direttamente le relazioni funzionali e operative con i corrispondenti uffici Regionali e Statali, tra cui l'AVCP, assicurando rispetto delle procedure e flussi di dati e documentali, e conservazione degli atti. Promuove e cura l'aggiornamento dei capitolati speciali e la razionalizzazione della domanda interna di beni e servizi, al fine di realizzare ottimali economie di scala nelle procedure di acquisizione, favorendo, a livello aziendale ed extraaziendale la standardizzazione dei bisogni e la gestione integrata delle funzioni comuni di elezione, contribuendo a tradurre i bisogni delle diverse articolazioni aziendali in coerente domanda di beni e servizi

Assicura direttamente, o per tramite di proprie strutture organizzative ed articolazioni interne, il governo della gestione dei beni economici dell'Azienda, garantendo per gli utilizzatori la possibilità di tempestivo ed ottimale utilizzo degli stessi, al momento del bisogno. Garantisce la funzionalità ed il pieno e corretto utilizzo del parco macchine aziendale.

Gestisce, accentrandone responsabilità e competenza, la cassa economica aziendale, la gestione dei magazzini e delle scorte nonché le attività di distribuzione, ritiro e consegna.

Assume, in breve, il controllo e la responsabilità di tutte le attività di *supply chain*, trasporto, distribuzione e mantenimento delle scorte.

Assume inoltre le iniziative necessarie a mantenere il patrimonio economico dell'Azienda, assicurando corretta tenuta del libro dei cespiti e mantenendo con tempestività l'inventario aziendale.

Gestisce il processo di attribuzione della funzione di Consegretario dei beni e le connesse responsabilità, proponendo alla Direzione Strategica gli atti opportuni.

UOC Ufficio Tecnico e Patrimonio

La UOC attua il costante monitoraggio e aggiornamento dei dati tecnici (estimativi, catastali e planivolumetrici) del patrimonio immobiliare a fini funzionali e di scelte strategiche della Azienda.

Opera per garantire il controllo e la salvaguardia del patrimonio edilizio aziendale, programmando lavori e interventi e gestendo le attività di manutenzione.

Supporta la direzione aziendale nella gestione del patrimonio edilizio e impiantistico, garantendone la manutenzione, la qualità e la sicurezza. A questo scopo si occupa della pianificazione aziendale degli investimenti in ambito edilizio ed impiantistico.

Supporta le strutture aziendali che hanno esigenze di trasformazione immobiliare e manutentiva, assicurando la congruità delle soluzioni tecniche, edili ed impiantistiche alle esigenze espresse. Effettua la progettazione in via diretta e vigila sull'attività tecnica svolta dai professionisti esterni incaricati. Gestisce i contratti di affidamento, fornisce i dati richiesti dagli organi di vigilanza, cura i rapporti con l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici per quanto di competenza, indirizza e controlla le imprese che intervengono per la manutenzione sul patrimonio. Inoltre esprime pareri e definisce i progetti per l'ottimizzazione dei rendimenti energetici.

Infine supporta la direzione aziendale nel garantire, dal punto di vista tecnico e normativo, l'adeguatezza dei luoghi di lavoro in funzione delle diverse attività previste e nella gestione degli aspetti contrattuali e giuridico-amministrativi riguardanti la proprietà e gli altri diritti reali sui beni immobili aziendali (adempimenti catastali, pratiche relative alle locazioni e fitti degli immobili).

UOC Gestione Economica e Finanziaria

Assicura la regolare tenuta della contabilità economico patrimoniale e cura la redazione dei bilanci annuali e pluriennali di previsione, del bilancio d'esercizio e della situazione economica trimestrale. Fornisce supporto alla Direzione Aziendale nell'analisi dell'andamento economico-finanziario e cura i rapporti con il Ministero della Salute, dell'Economia e Finanze, la Regione limitatamente agli aspetti economici e finanziari aziendali. Effettua in particolare i pagamenti dei fornitori e ne cura i rapporti.

Garantisce la correttezza delle scritture contabili assicurando la tenuta del bilancio secondo le prescrizioni di legge, per ogni aspetto relativo alla contabilità generale e fiscale.

Assume ruolo attivo nelle attività coinvolte nella generazione di ciclo passivo, ed in generale in quelle che comportano per loro natura necessità di scritture contabili al fine di uniformare comportamenti e metodologie operative, e favorire immediatezza e precisione negli adempimenti correlati, fungendo da punto di riferimento unico per le attività di specie nei diversi servizi aziendali.

Dirigente Preposto

E' prevista la nomina di un Dirigente Preposto alla redazione dei documenti contabili, ai sensi dell'art. 9 della Legge Regionale n. 27 del 28 dicembre 2006 (legge Finanziaria della regione Lazio) che si individua nel Direttore dell'U.O.C. Gestione economica e finanziaria.

Al Dirigente Preposto alla redazione dei Documenti Contabili sono conferiti dal Direttore Generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei compiti attribuiti dalla normativa vigente.

Il Dirigente Preposto alla redazione dei documenti Contabili predispone 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 ed il Dirigente preposto attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio e, ove previsto, del bilancio consolidato, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle procedure attuative di cui sopra, 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 al Dirigente Preposto alla redazione dei Documenti Contabili, in relazione ai compiti ad esso spettanti, salvo azioni esercitabili in base al rapporto di lavoro con la propria amministrazione.

UOSD Sistemi Informatici

Assicura la progettazione, la gestione, la manutenzione ed il monitoraggio del sistema informatico, con specifica responsabilità sugli aspetti di infrastruttura *hardware*, telecomunicazione e servizi intranet/internet, al fine di renderlo coerente con l'evoluzione organizzativa dell'Azienda, sia per gli aspetti specifici delle singole procedure, sia in un'ottica di definizione di un modello per le integrazioni

Definisce l'architettura informativa aziendale per la corretta custodia e sviluppo del patrimonio informativo e per rendere possibile un'adeguata ed efficiente distribuzione dei dati ai servizi che ne devono usufruire garantendo il rispetto della normativa vigente in tema di *privacy*.

Promuove la cultura informatica come strumento per il perseguimento degli obiettivi di efficacia e di efficienza, definendo i piani di formazione del personale relativi ai progetti di competenza.

Promuove la diffusione della cultura della sicurezza del dato, diffondendo ogni iniziativa tesa a sottolineare come il patrimonio informativo aziendale debba essere tutelato al pari di ogni altro bene.

Collabora con le strutture aziendali fornendo consulenza e supporto specialistico per le materie di competenza.

UOC Gestione Risorse Umane

Assume il governo di tutti gli aspetti inerenti alla selezione, gestione amministrativa, sviluppo e remunerazione delle risorse umane della ASL, cooperando all'inserimento del personale secondo le esigenze e i profili concordati con le diverse funzioni organizzative. Coopera e propone iniziative finalizzate alla ottimale gestione ed alla crescita delle competenze e delle professionalità presenti in organico, collaborando sinergicamente con le strutture che si occupano di formazione e sistemi premianti.

Assicura la corretta gestione di tutte le procedure amministrative e disciplinari concernenti la gestione del personale in ogni aspetto del ciclo di vita professionale, ivi comprese assunzione e cessazione. Gestisce, inoltre, i rapporti di lavoro atipici, collaborazioni e consulenze nonché le forniture di servizi in outsourcing amministrativo/gestionali.

In aggiunta alle tradizionali attività amministrative di gestione sviluppa le attività di analisi e bilancio di competenze e di alimentazione di uno specifico data base in collaborazione con la UOC Formazione e comunicazione;

Promuove la realizzazione di studi sull'organizzazione del lavoro finalizzata al miglioramento dell'efficienza delle strutture organizzative e del benessere organizzativo; Nel suo operato adotta e promuove ogni iniziativa atta a favorire sia il massimo benessere per le persone che lavorano, sia il massimo vantaggio per l'organizzazione per cui lavorano.

Agisce, in relazione con le altre strutture aziendali al fine di migliorare le condizioni, la motivazione ed i rapporti con gli interlocutori di ruolo, con l'azienda e con gli ambienti di lavoro in genere, assumendo una funzione proattiva nei confronti degli altri attori aziendali coinvolti nel processo.

Assicura altresì attività di supporto nella gestione delle relazioni sindacali.

UOC Psicologia Clinica di Liaison

L'UOC di Psicologia di clinica di Liaison riconosce nella promozione del benessere psicologico, sociale e fisico dei pazienti e delle loro famiglie, durante il percorso della malattia la propria *mission*.

Tale struttura, posta in line con la Direzione Sanitaria, contribuisce al perseguimento degli obiettivi aziendale, garantendo unitarietà degli interventi in ambito psicologico, siano essi di tipo diagnostico che di tipo clinico, compresi quelli di psicoterapia. Tale garanzia deriva dalla possibilità di promuovere, attivare ed elaborare appropriate procedure operative e protocolli d'intervento inerenti alle attività psicologiche.

Di particolare rilievo la linea di attività clinica sviluppata da tale articolazione aziendale volta ad intercettare i bisogni di assistenza e sostegno psicologico soprattutto nell'ambito di quelle aree di particolare fragilità attualmente non ancora sufficientemente presidiate come ad esempio l'area della psiconcologia o quella della psicologia ospedaliera.

Sviluppo di programmi formativi per gli operatori, individuazione di standard assistenziali e gestionali di qualità, esplorazione di metodiche innovative che facilitino il

riconoscimento e il trattamento delle conseguenze psicologiche, comportamentali e spirituali secondarie all'evento malattia, si configurano come altrettanti ambiti di responsabilità del direttore della struttura, al quale sono poste in capo anche funzioni gestionali tipiche: garanzia della tempestività ed adeguatezza di risposta a problemi operativi propri delle funzioni svolte; miglioramento efficace ed efficiente gestione ed organizzazione della struttura nel suo complesso e delle risorse ad essa assegnate.

UOC ALPI ReCUP Specialistica Ambulatoriale Convenzionata e Governo delle Liste di Attesa

L'UOC, posta in *line* con la Direzione Sanitaria accorpa in un unico centro di responsabilità la funzione di governo della Libera professione, e garantisce l'assolvimento di tutte le attività di verifica e controllo di tale particolare attività aziendale a pagamento, assicurando il rispetto delle previsioni di legge.

Con azioni dirette e coordinando ed indirizzando gli altri attori aziendali coinvolti nel processo, realizza tutte le previsioni normative di cui alla Legge 120/2007 e s.m.i., garantendo, tra l'altro, regolare controllo dei volumi di attività ed operando le conseguenti azioni di riduzione ove dovuto, implementazione della messa in rete degli studi esterni, del sistema di prenotazione ed incasso anche in remoto sotto responsabilità aziendale, nonché fornendo alla Direzione Strategica ogni elemento di contesto necessario alle trattative di garanzia dell'attività istituzionale, ivi compreso il costante ed aggiornato rapporto sui volumi di attività

Attraverso l'ottimale gestione delle agende e della attività di booking effettuata a mezzo del coordinamento ReCUP la UOC adotta ed utilizza tempari uniformi delle prestazioni.

Realizza e mette a disposizione dei decisori rapporti realistici e dinamici sui tempi di attesa e formula proposte di soluzione alla Direzione strategica.

Agisce in maniera diretta e non intermediata sul miglioramento della produttività quantitativa degli specialisti ambulatoriali convenzionati, anche con specifici progetti di impulso ed incremento delle prestazioni ambulatoriali a gestione diretta.

Nell'ambito della gestione amministrativa del personale a convenzione, del quale diviene Ufficio di riferimento e primo contatto, la UOC si relaziona e collabora con le altre strutture aziendali coinvolte, quali la UOC Risorse Umane e la UOC Gestione economica e finanziaria. Coopera, inoltre, con la Direzione Strategica per le attività di specie relative alle relazioni sindacali specifiche del settore della medicina convenzionata.

Assume ruolo di impulso e stimolo per la corretta tenuta della contabilità separata dell'ALPI con le strutture.

UOSD Ufficio Speciale Nuovo Ospedale dei Castelli ed Ingegneria Clinica

Supporta la Direzione Strategica Aziendale nel governo del patrimonio tecnologico finalizzato ad una gestione sicura, appropriata ed efficiente delle tecnologie biomediche nelle strutture sanitarie di competenza dell'Azienda.

Garantisce l'analisi del fabbisogno, l'acquisizione, la manutenzione, la sicurezza, il monitoraggio, l'implementazione, la valutazione e lo sviluppo del parco biotecnologico aziendale e dei dispositivi medici e tecnologici in generale.

Nell'ambito di queste funzioni il servizio collabora con le altre strutture organizzative aziendali con competenze sulle tecnologie con i quali è necessario un costante dialogo per garantire una gestione unitaria e un corretto utilizzo delle stesse, assumendo parte attiva nell'evitare sovrapposizioni ed eliminare "aree grigie" di competenza. Sono altresì organici i rapporti con la Commissione Aziendale dei Dispositivi medici (con partecipazione diretta e funzioni relative alla dispositivo vigilanza), con le strutture preposte agli acquisti.

Assume inoltre funzione di governo ed impulso della attività di missione (ufficio speciale) finalizzate alla piena realizzazione del nuovo Ospedale dei Castelli divenendo il riferimento aziendale delle attività di specie.

Per questo compito, e per ogni altra attività della struttura adotta logiche di analisi e programmazione tipiche dell' *Health Technology Assesment*, attività per la quale assume comunque il ruolo di ufficio di riferimento.

UOC Autorizzazioni, Accreditemento e Controlli

Assicura, anche in coordinamento con le altre strutture aziendali ed esterne deputate ad azioni di verifica, attraverso una pianificata ed estesa azione di controllo, vigilanza e valutazione, la presenza, nell'ambito dei servizi sanitari operanti sul territorio, siano essi accreditati, privati o a gestione diretta, dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Promuove il miglioramento continuo della qualità organizzativa dei servizi anche attraverso adozione e governo di processi certificativi riconosciuti a livello internazionale.

UOC Integrazione sociosanitaria e Welfare di Comunità

Promuove l'integrazione socio-sanitaria dei servizi finalizzati a soddisfare i bisogni di salute delle persone che necessitano dell'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale, in un'ottica di presa in carico globale della persona e di continuità di cura e assistenza, con particolare riferimento alle "fragilità" (aree materno-infantile, anziani, disabilità, ecc.).

Propone percorsi congiunti con le realtà organizzate e gli Enti che hanno quale obiettivo la tutela della persona, favorendo percorsi comuni di assistenza, nonché contribuisce a rimuovere eventuali ridondanze di servizi.

Attua ogni iniziativa, anche di concerto con il Dipartimento del territorio e quello di Prevenzione e le strutture a questo afferenti, finalizzata ad intercettare i bisogni socio-sanitari attualmente dispersi, al fine di attivare azioni di contrasto alle determinanti di insorgenza di cronicità e disagio.

Intrattiene relazioni con soggetti attivi nell' area del disagio, al fine di sintetizzare sinergie e garantire il miglior ritorno dell'investimento sociale nell'area del Welfare.

Coopera attivamente con la UOC Formazione e Comunicazione per fornire i contenuti, anche multiculturali delle informazioni necessarie all'efficace raggiungimento dei destinatari delle politiche attive di specie, proponendo e monitorando congiuntamente indicatori di risultato.

UOC Risk Management

La UOC Risk Management, in particolare nella sua accezione di "Clinical Risk Management" promuove l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Nel considerare l'errore come fondamentale momento di apprendimento per i singoli e per l'organizzazione, ne enfatizza le opportunità di riflessione per il miglioramento e contribuisce, favorendo l'individuazione delle determinanti più lontane e sistemiche, a rimuoverne le condizioni genetiche e ad attivare meccanismi di cambiamento nei comportamenti professionali ed organizzativi secondo meccanismi di coinvolgimento, confidenzialità delle informazioni e piena attuazione della "no blame culture". Governa il processo dinamico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, col fine di aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori, migliorare gli *outcome* ed indirettamente contrarre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

La UOC Risk Management concorre inoltre a riconoscere le implicazioni giuridiche e assicurative degli eventi avversi, a progettare, organizzare e coordinare i piani di gestione del rischio clinico assumendo la responsabilità dell'estensione ed aggiornamento del PARM.

Analizza i dati relativi al rischio clinico nelle dimensioni epidemiologiche, nelle determinanti professionali, organizzative e sistemiche e nelle implicazioni in termini di costi umani, sociali ed economici, rendendo i risultati aggregati disponibili per tutte le strutture aziendali.

Assume ruolo di stimolo e di traino per l'intero sistema aziendale della sicurezza, inteso come approccio olistico ed insieme delle relazioni funzionali che coinvolgono, ciascuno per aspetto di competenza e con piena garanzia delle rispettive autonomie organizzative, gerarchiche e funzionali, il coordinamento dei Medici competenti, l'RSPP, il Comitato Valutazione Sinistri il Comitato stress lavoro-correlato e le funzioni di Audit interno e *compliance*, divenendo il luogo della sintesi, di confronto e di condivisione. In tale ambito gestisce altresì l'identificazione e la proceduralizzazione del flusso delle informazioni tra i diversi attori del sistema sicurezza aziendale, al fine di assicurare ottimizzazione ed approccio multidisciplinare e multidimensionale alla complessità dei problemi emersi dalle risultanze delle singole attività di analisi.

UOC Internal Audit e Compliance aziendale

Nella funzione di Audit pianifica, proceduralizza e gestisce le attività di audit interno, documentandone puntualmente modalità operative, campo di applicazione, responsabilità e composizione dinamica dei team, ed assicurando, valutazioni indipendenti ed obiettive, idonee ad identificare le azioni di miglioramento necessarie all'efficiente perseguimento degli obiettivi delle singole componenti aziendali e/o delle loro aggregazioni.

Nella funzione di Compliance assicura il perseguimento delle iniziative, atte ad identificare, analizzare e monitorare i rischi, anche di natura reputazionale, che potrebbero risultare dal mancato rispetto della conformità con le leggi e le regole in vigore, o con i codici di condotta e gli standard di corretto comportamento delle strutture aziendali e dei suoi operatori, promuovendo, su mandato della Direzione Generale, ove necessario, puntuali e mirate azioni ispettive.

Nell'ambito del suo operato contribuisce a diffondere una cultura gestionale consapevole dei rischi e delle responsabilità, cooperando con le altre strutture coinvolte nello sviluppo organizzativo e nell'innovazione dei processi, nel Risk Management e nel benessere organizzativo, adottando e promuovendo comportamenti finalizzati alla promozione della trasparenza e dell'accesso civico, identificati quali strumenti di controllo diffuso e fattore proattivo di prevenzione, contribuendo alla sua armonizzazione con il puntuale rispetto della normativa sulla privacy.

Supporta il sistema aziendale di prevenzione della corruzione, favorendone l'efficacia e contribuisce all'identificazione ed alla gestione degli eventuali conflitti di interesse.

UOC Innovazione, Sviluppo e Organizzazione

La UOC Innovazione, Sviluppo e Organizzazione supporta la direzione strategica aziendale nella elaborazione delle politiche di sviluppo aziendale garantendo, nella fase di implementazione delle stesse, l'attivazione di ogni più utile azione volta ad agevolare i processi di cambiamento organizzativo necessari alla realizzazione delle innovazioni che si intendono realizzare.

Supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo; attiva e sostiene i processi di cambiamento culturale ed organizzativo, anche attraverso il ricorso alla leva formativa necessaria ad adeguare il sistema delle competenze aziendali (SCA) alle emergenti esigenze organizzative.

Mediante una puntuale analisi organizzativa dell'azienda, e delle sue diverse articolazioni, elabora e propone proposte di riconfigurazione degli assetti in linea con i moderni principi di cui è portatore il paradigma organizzativo della c.d. Lean Organization, concorrendo a conferire al design organizzativo aziendale le necessarie caratteristiche di flessibilità, agilità, adattabilità, chiarezza di scopi compiti e responsabilità, richieste dal continuo cambiamento delle condizioni di sistema ad un'organizzazione complessa.

Concorre, in collaborazione con gli attori aziendali preposti, ed in coerenza con quanto riportato nelle direttive ministeriali, alla promozione del benessere organizzativo, proponendo e favorendo l'attuazione di misure atte a migliorare il clima organizzativo delle strutture aziendali.

Su mandato della Direzione Strategica gestisce, valuta, implementa singole azioni, progetti e linee di attività ritenute di rilevanza strategica o di valore trasversale e collabora alla traduzione delle politiche aziendali in atti di indirizzo, regolamenti e procedure, assumendo in proprio il governo dei "progetti speciali" affidati e le relative responsabilità od altrimenti il compito di "Project Manager", secondo approccio di managerialità di scopo.

UOC Controllo di Gestione e Contabilità Analitica

Collabora alle attività di pianificazione programmazione, controllo strategico e direzionale ed alla individuazione e verifica degli obiettivi di performance organizzativa.

Favorisce, supportando le strutture aziendali e la direzione strategica, l'attività di programmazione economica e controllo interno analizzando gli scostamenti tra i budget ed i dati economici della contabilità analitica, che contribuisce costantemente a migliorare. Assicura, inoltre, le attività di controllo direzionale adeguando dinamicamente piano dei centri di costo e responsabilità alle mutazioni organizzative.

UOC Sistemi informativi Sanitari

Supporta la direzione strategica fornendo e gestendo i flussi informativi, sanitari ed economico gestionali, provvedendo a colmare i debiti informativi verso il Ministero della Salute e Regione Lazio e altri attori istituzionali. Fornisce supporto informativo alle attività sanitarie e alla programmazione aziendale, collaborando con dati, indicatori e governo delle informazioni gestionali, alla promozione della salute collettiva ed alla analisi dei bisogni sociosanitari della popolazione. Fornisce, tramite elaborazione e messa a disposizione delle informazioni quali-quantitative necessarie, supporto al coordinamento dell'offerta ambulatoriale e non delle strutture a gestione diretta ed alla attività propedeutica alla stipula di accordi.

UOC di Supporto Amministrativo dei Dipartimenti Territoriali

La UOC di supporto amministrativo dei Dipartimenti territoriali costituisce esempio di aggregazione e gestione comune di funzioni e processi amministrativi in precedenti modelli separatamente gestiti, con obiettivo di uniformità di comportamenti e razionalizzazione di utilizzo di risorse.

Tale configurazione organizzativa funge da trait d'union tra le esigenze locali e le strutture amministrative centrali per quelle funzioni non direttamente gestite, delle quali si fa interprete e garante, per i tre dipartimenti territoriali supportati.

In questa ultima funzione permette sintesi e dialogo fra diverse culture gestionali, provvedendo al miglioramento dei tempi e dell'efficacia dell'azione amministrativa, e

ponendosi quale strumento di ausilio e facilitazione nonché proposizione di soluzioni gestionali ottimali.

La UOC espleta il proprio servizio in favore dei seguenti Dipartimenti, caratterizzati da presenza di particolare complessità amministrativa ed esigenze proprie e peculiari rispetto alla generalità degli altri dipartimenti:

- Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento del Territorio

UOC Formazione e Comunicazione

Governa il sistema della Formazione ponendola al servizio dell'innovazione e del miglioramento continuo, al fine di sviluppare le potenzialità del capitale umano, aziendale e non, e collaborare con le strutture aziendali per la definizione dei propri fabbisogni formativi. Assicura un'efficace comunicazione interna ed esterna al fine di migliorare la comprensione delle scelte aziendali, cogliere e rispondere efficacemente agli stimoli provenienti da individui, collaboratori e *stakeholder*, contribuendo a semplificare la traduzione delle decisioni strategiche in azioni e comportamenti. Contribuisce efficacemente alla promozione di comportamenti di autotutela della salute individuale e collettiva della popolazione.

Assume il governo dell'Ufficio relazioni con il Pubblico adottando ogni azione finalizzata al miglioramento del rapporto con l'utenza ed alla trasformazione delle segnalazioni in opportunità di miglioramento continuo, crescita e rimozione di cause di possibili errori.

Area funzionale dell'Acquisizione e del Governo dei Beni e dei Servizi

Al fine di coordinare l'attività di strutture tecniche caratterizzate da ampia valenza competenziale e professionale dei Direttori, nonché forte connotazione strumentale e trasversale, sia per afferenza che per *mission* specifica e natura delle funzioni svolte in relazione all'assetto strategico aziendale, è costituita l'Area funzionale dell'Acquisizione e del governo dei beni e dei servizi la cui responsabilità è affidata ad uno dei Direttori di Struttura afferenti.

La connotazione di Area, nonché la totale permanenza delle responsabilità connesse alla sicurezza ed alla gestione delle risorse (personale, spazi, attrezzature, dispositivi medici, dotazioni informatiche ecc.) in capo ai singoli direttori/responsabili delle UOC ed UOSD afferenti, escludono ogni forma di dipendenza gerarchica o sovraordinazione, e configurano in capo al Direttore dell'Area esclusivamente di responsabilità relative all'esercizio dell'attività di coordinamento. Le strutture afferiscono all'Area tecnico-logistica in ragione delle comuni finalità, perseguite ciascuna secondo caratteristiche proprie della professionalità posseduta e della propria *mission* specifica.

L'esercizio coordinato delle attività, e il comune scambio di informazioni, facilitato dall'intervento del Direttore dell'Area tecnico-logistica, consente di prevenire l'insorgenza

di potenziali conflitti di competenza o, ad interventi effettuati, di azioni contribuendo al generale miglioramento dell'efficienza di sistema.

Afferiscono all'Area di Coordinamento dell'Acquisizione e del Governo dei Beni e dei Servizi le seguenti Strutture:

- UOC Acquisizione Beni e Servizi
- UOSD Sistemi Informatici
- UOC Ufficio Tecnico e Patrimonio
- UOSD Ufficio Speciale dei Castelli ed Ingegneria Clinica

L'incarico di Direzione di Area è conferito dal Direttore Generale, ed è valutato con le stesse modalità e tempistiche delle Direzioni di Dipartimento, pur costituendo diversa tipologia di incarico.

Progetti aziendali

La Direzione Strategica, al fine di rispondere con logiche di flessibilità e di processo alle necessità che possono coinvolgere più ambiti di competenza e professionisti di strutture di diversa allocazione e afferenza, organizza, attraverso la formalizzazione di programmi aziendali, il governo di funzioni trasversali affidandone le responsabilità a figure autorevoli nell'ambito delle competenze specifiche necessarie allo sviluppo dei programmi medesimi direttamente afferenti al Direttore Sanitario.

Compito e responsabilità di tali professionisti è ricercare e promuovere la coerenza fra l'esercizio delle autonome competenze, la standardizzazione e l'omogeneità nelle procedure e degli esiti, la unitarietà degli obiettivi definiti nella programmazione regionale ed aziendale.

La logica del lavoro per programmi, progetti e percorsi contribuisce a superare i precedenti modelli organizzativi basati su configurazioni a funzione e le rigidità derivanti dalla eccessiva proliferazione di strutture organizzative.

Tra i principali, quale elenco indicativo e non esaustivo si indicano, a solo titolo di esempio:

- Piano Aziendale Diabete
- Piano Aziendale fragilità
- Coordinamento Trapianti
- Comitato valutazione e prevenzione stress lavoro-correlato
- Comitato Ospedale-Territorio senza dolore
- Progetto "Centro di Senologia"

Programma diabete

In Italia la prevalenza del diabete tipo 2 noto (la persona ne è affetta ed è consapevole) e non noto (la persona ne è affetta ma non è consapevole) raggiunge e supera il 6%; pertanto si stima che nella popolazione di competenza della Asl Roma H il

numero di persone con diabete tipo 2 oscilla tra 27.000 e 32.000. La prevalenza riportata per il diabete tipo 1 (insulino-dipendente) è di 1:1000 abitanti; pertanto si stima che in Roma H ve ne sia una presenza di circa 500 persone.

Tali dati di prevalenza, unitamente alle stime di significativo aumento dei nuovi casi, sollecitano l'attuazione di misure atte a contrastare e governare efficacemente il fenomeno anche attraverso lo sviluppo di una rete diagnostico-clinico-assistenziale finalizzata ad assicurare livelli omogenei di accesso e di presa in carico delle persone affette da diabete mellito. Il Programma Diabete della Asl Roma H, conformemente a quanto previsto dal Piano Nazionale sul Diabete, va esattamente in questa direzione attraverso la messa a punto di un sistema *Hub & Spoke* fortemente integrato coinvolgente tutte le strutture aziendali che si occupano della presa in carico del paziente diabetico, i MMG e le Associazioni di volontariato dei pazienti diabetici.

Allo scopo di assicurare il coordinamento e la completa presa in carico dei pazienti affetti dalla patologia è attivo presso la Direzione Sanitaria Aziendale un gruppo di lavoro focalizzato esclusivamente alla individuazione e facilitazione dei migliori percorsi integrati per il contrasto, anche di sanità di iniziativa, nonché per la valorizzazione delle professionalità e dei servizi coinvolti, a più vario ed ampio titolo, nei processi di specifica diagnosi e cura.

Piano aziendale Fragilità

All'interno del piano aziendale Fragilità, opera uno specifico gruppo di lavoro multidisciplinare il quale persegue il seguente macro-obiettivo: realizzare percorsi di presa in carico della persona in senso socio-sanitario per rispondere al bisogno di salute, complesso e ampio, delle persone appartenenti all'area della disabilità adulta non psichiatrica e della senescenza, coinvolgendo olisticamente tutti gli attori, professionali ed istituzionali del processo, realizzando in concreto l'integrazione socio-sanitaria relativamente all'area della fragilità. L'utilizzo del termine "fragilità" sintetizza la volontà della ASL Roma H di voler produrre salute anche in modo proattivo, occupandosi di quei cittadini che posseggono una condizione generale di elevato rischio di perdita dell'autonomia o di instabilità fisica e socio-sanitaria a causa di fattori biologici, psicologici e socio-ambientali, e prevenendone l'insorgenza con azioni congiunte e coordinate.

Nel percorso di lavoro il gruppo dovrà costruire e programmare dei processi di consenso, che saranno successivamente resi operativi in network comunicativi e informatici, fra diversi partner quali il privato convenzionato, gli Enti locali e le loro forme associative, le associazioni di volontariato nonché, in prospettiva, associazioni scientifiche. A partire dalle cogenze legislative, di cui è espressione il D.lgs. 299/99 ("Riforma ter"), il gruppo lavorerà sulla costruzione di un intervento complesso, costituito da step decisionali ed organizzativi che ridefiniranno i processi di gestione clinico-assistenziale.

Questa ridefinizione consisterà nel determinare un coordinamento di azioni nel rispetto dei criteri di qualità, efficienza ed efficacia per cluster specifici di utenti/pazienti, in modo da poter ridurre i costi di produzione, (ne è esempio la necessità di controllare l'appropriatezza delle prestazioni), mantenendo e incrementando la qualità delle prestazioni, come sancito dal D.lgs. 517/93.

Il processo di integrazione sarà di tipo multi-verso, attivato cioè sia verso l'interno dell'azienda sia con i decisori esterni. Per il fronte interno sarà necessario rafforzare l'integrazione fra le discipline sanitarie coinvolte nel "Piano Assistenziale Individuale" di media o alta complessità di bisogno, per il fronte esterno sarà necessario circoscrivere le responsabilità e i domini di lavoro dei diversi soggetti istituzionali relativamente a: rilevazione del bisogno del cittadino, accettazione/accoglienza, valutazione, presa in carico in continuità socio-sanitaria, valutazione di esiti e outcome.

La rete così organizzata soddisferà i criteri relativi ad una visione gestionale-multiagency e a una visione professionale multidisciplinare che permetterà di ottimizzare il rapporto fra i bisogni e le offerte.

Gli attori professionali coinvolti direttamente nel gruppo o indirettamente nel processo saranno Medici specialisti, Psichiatri, Psicologi, Assistenti Sociali e Medici di Medicina Generale.

Progetto "CENTRO DI SENOLOGIA"

Particolare rilievo prospettico assume, all'interno dei Programmi aziendali, la realizzazione nei tempi previsti dalla normativa europea del Centro di Senologia.

Le strutture che concorrono attualmente alla diagnosi e cura nonché *follow up* del tumore della mammella concluderanno il percorso tendente alla trasformazione in Centro di Senologia per realizzare, entro il 2016, le previsioni normative in ordine alla costituzione di almeno un centro di riferimento senologico ogni 500.000 abitanti secondo gli standard previsti dalla U.E.

Nell'ambito dell'attività di progressiva evoluzione, la UOSD Senologia chirurgica multidisciplinare del Dipartimento di Area Chirurgica collaborerà, per le specifiche necessità, con la UOSD Senologica del Dipartimento dei Servizi diagnostici e farmaceutici, con il Coordinamento Screening del Dipartimento di Prevenzione, e con la UOC centrale di Psicologia di *Liaison*, nonché con altre strutture prospetticamente coinvolgibili nella reingegnerizzazione dei processi di specie.

IL DIRETTORE SANITARIO E IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo svolgono, rispettivamente, le seguenti funzioni:

- a) esprimono il parere al Direttore Generale sugli atti dello stesso, emanati per gli aspetti o le materie di competenza nonché su ogni altra questione che venga loro sottoposta;
- b) svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati dal Direttore Generale;

- c) 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 attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- d) esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal Direttore Generale e degli importi determinati dallo stesso;
- e) determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi, di rispettiva competenza, nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- f) 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 di cui al comma 6 dell'art. 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- g) svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Oltre agli atti indicati al comma 1, il Direttore Sanitario:

- presiede il Consiglio dei Sanitari;
- dirige ai fini organizzativi i servizi igienico-sanitari e socio-sanitari, negli ambiti previsti dal D. Lgs 502/92 e s.m.i. e dalle leggi regionali, fatte salve le competenze e le responsabilità, anche di ordine medico-legale e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dalla normativa vigente, nonché dalle norme regolamentari aziendali.

In caso di assenza o di impedimento del Direttore Sanitario e/o Amministrativo le funzioni sono svolte, in via temporanea, da un Dirigente della funzione sanitaria per il primo e da un Dirigente della funzione amministrativa per il secondo, nominato dal Direttore Generale, ove possibile, su proposta dei titolari.

ORGANISMI DELL'AZIENDA

Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni.

Il Consiglio dei Sanitari è costituito con delibera del Direttore Generale. Si tratta di un organismo elettivo della ASL Roma H e svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.

Il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, almeno una volta al mese, su convocazione del presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.

Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro il quindicesimo giorno dalla data di ricevimento della richiesta di parere. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario ed è così composto:

- 6 dirigenti medici ospedalieri e territoriali dipendenti dell'Azienda di cui uno del Dipartimento di Prevenzione
- n. 1 dirigente medico veterinario
- n. 1 medico specialista ambulatoriale
- n. 1 medico di medicina generale
- n. 1 medico pediatra di libera scelta
- n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle aziende sanitarie locali
- n. 1 operatore dell'area infermieristica
- n. 2 operatori dell'area tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale di appartenenza.

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità. Partecipano all'elezione del Consiglio dei sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo di: medici ospedalieri, medici territoriali, medici universitari, personale laureato sanitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico – sanitario.

Tutti i componenti del Consiglio dei sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori dell'azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

Il Direttore Generale con proprio provvedimento disciplina:

- a) le modalità per lo svolgimento delle elezioni
- b) la commissione elettorale ed il seggio elettorale
- c) l'elezione dei componenti
- d) la durata

Organismo indipendente di valutazione della performance

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è un organismo collegiale, composto da tre componenti di cui uno con funzione di Presidente, nominati dal Direttore Generale e dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

L'OIV riferisce direttamente alla Direzione Strategica Aziendale; dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

Al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OIV, non possono essere nominati quali componenti:

- a) il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo in carica di un'Azienda o Ente del SSR, nonché i Direttori di Dipartimento di ciascuna Azienda od Ente del SSR;
- b) coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV;
- c) coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;

- d) coloro che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;
- e) coloro che hanno legami di parentela o di affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative.

Il Direttore Generale, in caso di gravi inadempienze da parte dell'OIV, può, motivando, deciderne lo scioglimento anticipato.

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del Direttore Generale e senza maggiori oneri per il bilancio, un'apposita struttura tecnica di supporto.

Uno specifico regolamento adottato dal Direttore Generale ne disciplina modalità di funzionamento, dotazioni e compensi. L'Organismo indipendente di valutazione della performance cura tutti gli adempimenti a suo tempo attribuiti dai CC.CC.NN.LL ai precedenti Nuclei di Valutazione ed in aggiunta quelli allo stesso attribuiti dalla normativa vigente.

In particolare l'OIV:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate alla Direzione Strategica, nonché agli altri organismi previsti dalla Legge;
- c) valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito della ASL ROMA H;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi secondo quanto previsto da norme, contratti e nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione dei premi;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dagli organismi nazionali competenti;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità secondo le previsioni di legge;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI

L'atto aziendale prevede la costituzione dei seguenti organismi collegiali, disciplinati dalla normativa vigente:

Comitato unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), persegue, nel proprio operato

in favore dei lavoratori e della ASL ROMA H, gli obiettivi di assicurare parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta, con particolare ma non esclusivo riferimento ad ulteriori fattori di rischio quali genere, età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità, religione e lingua. Favorisce, inoltre, 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 a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psicologica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Nell'ambito della sfera di pertinenza, il CUG è dotato delle funzioni e dei poteri propositivi, consultivi e di verifica, allo stesso demandate a norma dell'art.21 della legge n. 183/2010, così come esplicitate al punto 3.2 delle Linee Guida -Direttiva 4 marzo 2011 del Dipartimento della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità, e s.m.i.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nelle tre aree contrattuali e, previo specifico accordo aziendale, eventualmente da un rappresentante della specialistica ambulatoriale convenzionata e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dalla Direzione Strategica Aziendale.

Le modalità di funzionamento, e la disciplina delle relazioni e delle comunicazioni interne del CUG sono disciplinate da apposito regolamento in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Comitato Etico Unificato Lazio 2 – ASL Roma C

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha il compito di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Svolge le funzioni connesse alla valutazione, approvazione e monitoraggio dei protocolli di sperimentazione clinica e di qualsiasi altro argomento ad esso demandato che richieda approfondimento e valutazione dal punto di vista etico.

Originariamente istituiti ai sensi del D.M. della Sanità del 12.05.2006 i Comitati Etici della Regione Lazio hanno subito accorpamenti e modifiche nella composizione a seguito della applicazione del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*, articolo 12, commi 10 e 11.

Con DGR 146 del 12 giugno 2013 la Regione ha disposto che le funzioni del precedente Comitato Etico della ASL Roma H fossero assorbite dal Comitato Etico Lazio 2, costituito presso la sede della ASL Roma C.

Il Comitato Etico Lazio 2 ha assorbito pertanto i comitati etici sottoelencati

- *Comitato Etico della AUSL RM B*
- *Comitato Etico della AUSL RM C*
- *Comitato Etico della AUSL RM D*
- *Comitato Etico della AUSL RM H*
- *Comitato Etico della AUSL di FROSINONE*
- *Comitato Etico della AUSL di LATINA*
- *Comitato Etico della Azienda Ospedaliera S. Giovanni – Addolorata*
- *Comitato Etico dell'Ospedale Israelitico*
- *Comitato Etico dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale*
- *Comitato Etico dell'Associazione Cavalieri di Malta*

Come stabilito dalla Regione, i comitati etici sono composti da:

- 3 clinici delle discipline più rappresentative nell'ambito della sperimentazione clinica
- 1 medico di medicina generale
- 1 pediatra
- 1 biostatistico
- 1 farmacologo
- 2 farmacisti del SSR. Inoltre, a chiamata, il farmacista della struttura/strutture sanitaria coinvolta nello studio clinico in valutazione
- In relazione agli studi svolti nella propria sede, il direttore sanitario o un suo sostituto permanente e, nel caso degli IRCCS, il direttore scientifico della Istituzione sede della sperimentazione
- 1 esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale
- 1 esperto di bioetica
- 1 esperto di genetica
- 1 farmacista esperto in dispositivi medici
- 1 rappresentante dell'area delle professioni sanitarie
- 1 rappresentante del volontariato per l'assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti
- Il direttore generale o suo delegato, della struttura coinvolta nello studio clinico in valutazione, a chiamata
- 1 ingegnere clinico o altra figura professionale qualificata, in relazione all'area medico-chirurgica oggetto dell'indagine con il dispositivo medico in studio, a chiamata
- 1 esperto in nutrizione, in presenza di studi su prodotti alimentari, a chiamata
- 1 esperto clinico del settore, in relazione allo studio di nuove procedure tecniche diagnostiche e terapeutiche invasive e semi invasive, a chiamata

La nomina dei componenti del comitato etico Lazio 2, al quale afferiscono le competenze originariamente ascrivibili alla ASL Roma H, è a carico del Direttore Generale della ASL Roma C (struttura presso cui ha sede logistica il comitato), sentito il parere dei Direttori Generali delle strutture afferenti.

Alla ASL Roma C compete ogni altro aspetto logistico ed organizzativo, ivi compresa la liquidazione dei gettoni di presenza dei componenti.

Alla ASL Roma H competono funzioni propositive e di parere sulle nomine dei componenti, e la garanzia della presenza di propri rappresentanti in occasione di valutazione di studi clinici realizzati in tutto od in parte in strutture a gestione diretta o presso MMG e PLS insistenti sul proprio territorio.

La durata del mandato dei componenti, compreso il Presidente, viene riconfermata in tre anni rinnovabili consecutivamente una sola volta per un totale di sei anni.

Commissione per il prontuario terapeutico

La Commissione per il prontuario terapeutico è un organismo consultivo con la funzione di aggiornare e diffondere periodicamente il Prontuario Terapeutico Aziendale e valutare le richieste di inserimento nel Prontuario di nuovi farmaci, in base ai seguenti criteri:

- a) corrispondenza al Prontuario Terapeutico Regionale*
- b) efficacia documentata da studi clinici in modalità controllata*
- c) sicurezza ed economicità*
- d) tollerabilità e accettabilità da parte del paziente*
- e) fornire suggerimenti in ordine alle procedure di controllo nella distribuzione dei farmaci*
- f) proporre l'inserimento dei farmaci nel Prontuario Terapeutico Regionale*

I componenti della Commissione per il prontuario terapeutico sono nominati dal Direttore Generale, sono scelti tra il personale dipendente sulla base di una documentata competenza e sono rappresentativi di diverse specifiche professionalità specialistiche.

Comitato per il buon uso del sangue

Il Comitato per il buon uso del sangue, costituito ai sensi del D.M. Sanità del 01.09.1995, è un organismo consultivo che ha la responsabilità di:

- a) elaborare e diffondere le linee guida per l'uso razionale, sicuro e appropriato del sangue e degli emoderivati;*
- b) sviluppare le azioni per l'incremento delle donazioni di sangue, anche al fine del perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e plasmaderivati;*
- c) promuovere le pratiche dell'autotrasfusione e del predeposito di sangue per gli interventi programmati.*

I componenti del Comitato per il buon uso del sangue sono nominati con atto del Direttore Generale, sulla base di apposito regolamento.

Comitato per la lotta alle infezioni correlate alla assistenza

Il Comitato per la Lotta alle Infezioni correlate alle procedure assistenziali è costituito ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 52/85 e dell'art. 2, c. 2 punto b) del D.M. Sanità del 13.09.1988; è un organismo consultivo con la funzione di:

- a) elaborare e diffondere le linee guida sugli interventi di contenimento della diffusione delle infezioni nosocomiali;
- b) organizzare il sistema di monitoraggio e sorveglianza, mediante indagini di prevalenza ed incidenza;
- c) definire le misure di prevenzione da adottare, in particolare nelle aree a rischio e per le procedure assistenziali che possono comportare un rischio di complicità infettiva;
- d) verificare la corretta e puntuale applicazione dei programmi di sorveglianza;
- e) promuovere la formazione del personale;
- f) fornire periodicamente reports sui risultati ottenuti.

I componenti del Comitato per la lotta alle infezioni sono nominati dal Direttore Generale, sono scelti tra i dipendenti sulla base di una documentata competenza e sono rappresentativi di diverse, specifiche professionalità.

Comitato per l'ospedale ed il territorio senza dolore

Il Comitato, il cui predecessore era costituito ai sensi delle linee guida sul progetto "Ospedale senza dolore" emanate dal Ministero della Sanità e pubblicate sulla G.U. del 29.06.2001 a seguito di approvazione della conferenza Stato-Regioni del 24 maggio 2001, ha assunto, dopo l'intervento della Legge 38 del 15 marzo 2010 rubricata "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" la denominazione di "Comitato Ospedale Territorio senza dolore" (COSTD), estendendo il proprio ambito di competenza anche al di fuori delle strutture di ricovero e cura.

Il COSTD è un organismo consultivo con la funzione di promuovere e coordinare l'attivazione e l'integrazione a livello territoriale di azioni di cura del dolore. In particolare, ed in stretto contatto e condivisione con i livelli organizzativi e le funzioni definite dal DCA 863/2010, che costituisce e struttura la "rete integrata ospedale-territorio per il trattamento del dolore non oncologico" il COSTD si occupa di:

- a) coordinare l'azione delle differenti *equipes* e la formazione del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
- b) promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore;

- c) promuovere gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità di farmaci analgesici, in particolare oppiacei;
- d) assicurare il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida, dei protocolli e la valutazione di efficacia;
- e) promuovere la elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti;
- f) attuare iniziative in accordo con altre strutture, organismi e comitati aziendali, interaziendali e regionali;

I Componenti del Comitato, ed il suo coordinatore, sono nominati dal Direttore Generale e sono scelti tra il personale con competenze rilevanti in tema di terapia del dolore e/o cure palliative. Un apposito regolamento proposto dal medesimo Comitato ne disciplina la modalità di funzionamento dettagliandone compiutamente le funzioni in relazione allo stato di sviluppo della rete integrata ospedale-territorio per il trattamento del dolore non oncologico.

Commissione per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica

Sono in funzione presso i Distretti Sanitari le relative Commissioni per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica (CAPD). Alle stesse viene aggiunta la competenza relativa all'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici.

Le Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva, nominate secondo un regolamento unico predisposto dai Distretti Sanitari, con l'ausilio del Dipartimento del Territorio, svolgono la propria attività uniformandosi, per quanto attiene al funzionamento ed alla composizione, a quanto previsto dalla vigente normativa e secondo le modalità operative stabilite dalle linee guida emanate in materia dalla Regione Lazio.

Le predette Commissioni hanno competenza, ciascuna per Distretto di costituzione, anche sulle prescrizioni effettuate negli stabilimenti ospedalieri insistenti sul territorio assegnato.

Nell'ambito della loro azione utilizzano le banche dati MEF e Sogei, nonché ogni altro applicativo nelle disponibilità della ASL ROMA H, ed orientano le loro valutazioni prima che all'appropriatezza economica, alla appropriatezza clinica delle prescrizioni.

Le informazioni raccolte e le valutazioni effettuate vengono rese disponibili con immediatezza al medico prescrittore, nonché al Dipartimento del Territorio, al fine di garantire la opportuna integrazione e la diffusione della conoscenza alle altre CAPD.

Il Dipartimento del Territorio riferisce sulle risultanze dei lavori delle Commissioni e sui risultati ottenuti con report sintetici alla Direzione Sanitaria Aziendale con cadenza almeno semestrale.

Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CVS), è un collegio multidisciplinare ristretto, di carattere consuntivo, che esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda. E' organismo aziendale ed è posto in staff alla Direzione Strategica Aziendale. In comune con il Comitato Regionale di Valutazione Rischi con il quale coopera nelle modalità previste dalle Linee Guida adottate dalla Regione Lazio con Determinazione 409535 del 2 luglio 2014 persegue i seguenti obiettivi:

- a) prevenire l'incidenza di errori e migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie;
- b) garantire più efficacemente la sicurezza del paziente e di tutti gli operatori in generale;
- c) migliorare il rapporto tra struttura e danneggiato;
- d) tutelare l'immagine dei professionisti e dell'Azienda;
- e) migliorare il clima organizzativo all'interno delle strutture sanitarie, favorendo la creazione di regole chiare, certe e condivise, che aiutino gli operatori a muoversi in un contesto ben definito;
- f) contribuire alla diminuzione dei costi derivanti dal contenzioso;

Nel suo operato agisce in stretto coordinamento con la UOC *Risk Management*, e secondo logiche di confidenzialità dell'*audit* clinico al fine di permettere di minimizzare l'impatto economico dei risarcimenti riconosciuti, nonché studiare e valutare "l'errore", per comprendere, correggere e/o eliminare i relativi fenomeni e le condizioni che lo hanno prodotto, con approccio di rischio clinico e "capitalizzazione" delle esperienze.

Il CAVS è così composto:

- Il Direttore della UOC Affari Generali ed Istituzionali;
- L' avvocato coordinatore dell'Ufficio Legale;
- Un Medico Legale;
- Il *Risk Manager*;
- Un membro della Direzione Sanitaria;
- Un dipendente esperto in quantificazione sinistri o un *Loss Adjuster* individuato dalla Regione Lazio o, in alternativa, un dipendente di altra azienda del SSN o da Azienda Ospedaliera Universitaria dotato delle medesime competenze.

Membri e supplenti sono nominati dal Direttore Generale con atto deliberativo, con la quale viene individuata anche la figura del coordinatore. Le funzioni di segreteria sono assicurate dalla UOC Affari Generali ed Istituzionali.

Un regolamento adottato secondo le linee guida regionali disciplina funzionamento, segretezza, relazioni e metodologie di assunzione delle proposte, da assumersi secondo il criterio della collegialità.

Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate.

La Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate, è stata istituita ai sensi del DCA U0013 del 23 marzo 2011, secondo le previsioni di quest'ultimo.

La Commissione è coordinata del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o suo delegato, ed è composta da:

- personale del Dipartimento di Prevenzione;
- personale dell'Unità Operativa competente per l'accreditamento e/o vigilanza sulle strutture sanitarie e socio sanitarie;
- personale esperto nell'attività specialistica oggetto di verifica;
- personale qualificato iscritto al Registro Regionale dei Facilitatori per la qualità istituito presso le competenti sedi regionali.

La Commissione può essere integrata secondo necessità, su proposta del Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Un regolamento adottato in armonia con le previsioni regionali ne disciplina in dettaglio funzionamento, metodologie operative, competenze ulteriori e poteri.

Comitato valutazione e Prevenzione del Rischio Stress-lavoro Correlato

La ASL Roma H riconosce tra le principali determinante della salute individuale e collettiva l'importanza del benessere psicologico nell'ambiente di lavoro. Contribuire a raggiungerlo e preservarlo è considerato obiettivo irrinunciabile non solo nelle organizzazioni esterne, ma anche all'interno dell'ASL Roma H, essa stessa un luogo di lavoro. E ciò, sia in quanto tema pienamente ascrivibile ai generali obiettivi della specifica *mission* di tutela della salute, sia per le evidenti immediate ricadute interne su organizzazione, produttività e qualità del servizio all'utenza.

Tale riconoscimento comporta l'assunzione di misure attive per la specifica analisi, valutazione e per il supporto alla assunzione di politiche di prevenzione e contrasto, nonché per suggerire proposte di rimozione delle condizioni favorevoli all'insorgenza del fenomeno.

In risposta alla soprarichiamata esigenza è costituito, in staff con la Direzione Sanitaria, il Comitato Valutazione e Prevenzione del rischio stress lavoro correlato.

Il Comitato è costituito con flessibilità operativa da una Deliberazione del Direttore Generale che ne definisce in dettaglio composizione e modalità operative.

Tra gli altri compiti il Comitato assume un ruolo attivo, anche di coordinamento operativo, negli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/2008, art. 28 comma 1 bis, e 6, comma 8, lettera 1 quater, in particolare in relazione alla valutazione del rischio stress lavoro correlato.

Il Comitato si relaziona e coopera principalmente con la Direzione Sanitaria, l'RSPP, il Medico Competente, la UOC di Gestione Risorse Umane, il Dipartimento delle Professioni, la UOC Sviluppo, Innovazione e Organizzazione, la UOC Risk Management, e con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, nonché con tutte le strutture,

organismi, uffici o funzioni interne ed esterne coinvolte nel processo, tra cui il Comitato Unico di Garanzia.

In ragione del compito affidato, al verificarsi delle condizioni necessarie, il Comitato propone le dovute azioni correttive, anche di natura preventiva, agli attori e secondo le modalità stabilite dalle citate disposizioni di funzionamento.

TITOLO III

IL MODELLO ORGANIZZATIVO E LE STRUTTURE AZIENDALI

ORGANIZZAZIONE E STRUTTURE

Il modello che L'Azienda Sanitaria Locale Roma H intende adottare per la traduzione in termini organizzativi della propria mission, pur concettualmente connesso con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dal Governo con il DPCM del 21/11/01, riposa su una ripartizione delle linee di attività finalizzata alla messa a sistema di tutte le strutture produttive aziendali ed articolata su tre livelli:

1. Livello della Funzione Ospedaliera
2. Livello delle Cure Primarie e Intermedie
3. Livello dell'Integrazione Ospedale-Territorio

Ciascuno dei livelli individuati si sostanzia dell'apporto fornito dalle seguenti strutture organizzative aziendali:

- Distretti
- Dipartimenti
- Poli ospedalieri
- Unità Operative Complesse
- Unità Operative Semplici
- Unità Operative Semplici Dipartimentali

IL DISTRETTO SANITARIO

Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda. E' una struttura organizzativa complessa che contribuisce alla *mission* aziendale assicurando alla popolazione di afferenza la disponibilità -secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza- dei servizi di tipo sanitario e sociale ad elevata integrazione sanitaria, attraverso l'espletamento delle funzioni di committenza, ovvero mediante: l'analisi e la definizione partecipata dei bisogni, l'allocazione delle risorse, la negoziazione della quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi con i vari livelli di produzione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

Nella sua funzione di committenza supporta le autonomie locali garantendo il contributo tecnico necessario per l'azione di individuazione e selezione dei bisogni e per l'attivazione di interventi di promozione della salute. Assicura percorsi di assistenza basati sul principio della continuità e del coordinamento degli interventi, promuovendo la multidisciplinarietà tra i ruoli professionali e le strutture di produzione, avendo come modello concettuale di riferimento quello della globalità del progetto di cura e della unitarietà della persona inserita nel proprio contesto socio-culturale e di relazione.

Il modello organizzativo adottato per la promozione dell'integrazione socio-sanitaria, si articola su tre assi principali:

1. Valutazione multidimensionale del bisogno mediante identificazione del diverso grado di complessità della condizione del paziente non solo sotto il profilo assistenziale, ma anche sanitario, socio-relazionale ed ambientale
2. Unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale mediante messa in rete di tutti i professionisti impegnati nel percorso di cura
3. Piano Assistenziale Personalizzato (PAI) governato dal case Manager comprendente non solo gli obiettivi di salute che si intende perseguire, ma anche la verifica qualitativa e quantitativa degli esiti degli interventi realizzati (analisi *dell'outcome*)

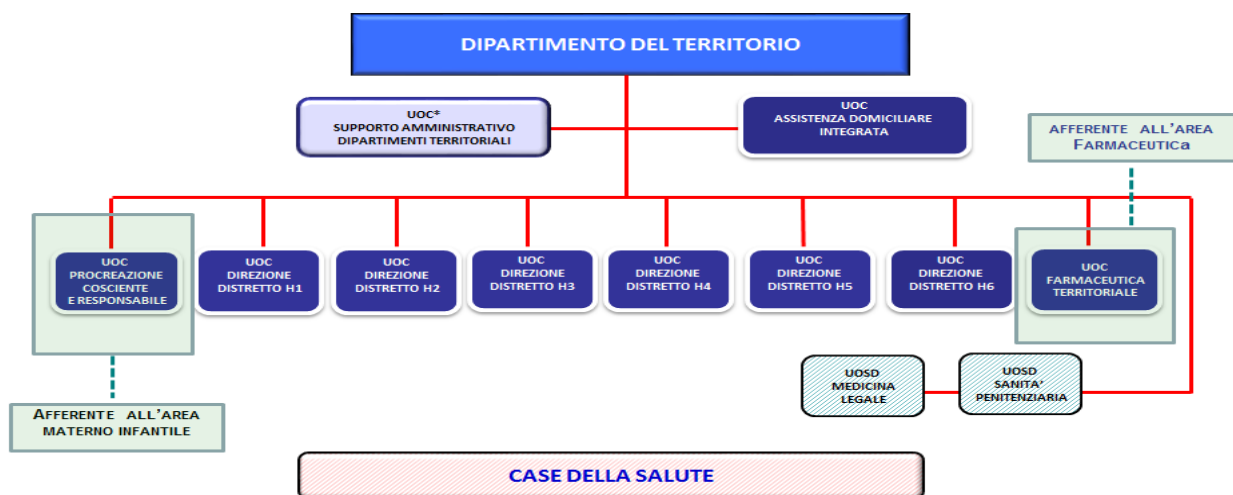
Ruolo peculiare del Distretto è l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi con i quali esercita il ruolo di committenza e quelle fornite direttamente: fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure, di trasparenza dei percorsi, di promozione di percorsi di cura integrati.

I Distretti afferiscono al Dipartimento del Territorio che espleta le funzioni di coordinamento, omogeneizzazione, integrazione ed indirizzo al fine di garantire equità di trattamento ed uniformità quali-quantitativa nei servizi e prestazioni erogati alla popolazione di competenza, indipendentemente dal distretto di residenza.

A tale scopo tutti i distretti sono dotati di una propria struttura semplice di Cure Primarie e una struttura semplice di Cure intermedie.

Il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni e/o i municipi avviene tramite la figura del coordinatore sociosanitario di distretto, che si rapporta per tale funzione al direttore di distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

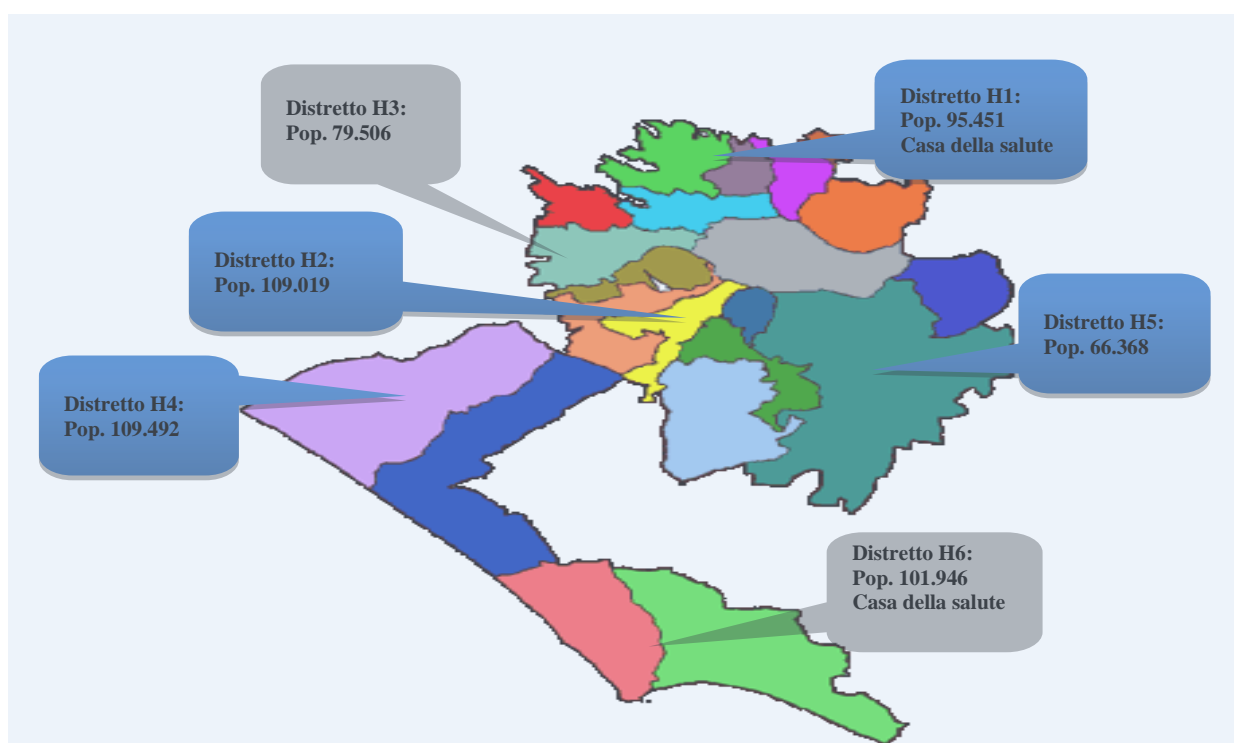
Il coordinatore sociosanitario concorre all'attuazione del Programma delle attività territoriali (basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative) ai sensi dell'art.3-quater, comma 3 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. e con riferimento anche alle attività previste dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", e svolge una funzione consultiva e propositiva rispetto al direttore di distretto, che resta unico responsabile dello svolgimento delle attività distrettuali.



Articolazione territoriale dei distretti

Conformemente a quanto previsto dall'art.3-quater del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii., nonché dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e ss. mm. e ii., recante "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni", si prevede un'articolazione operativa dell'Azienda in sei distretti:

- Distretto H1: Frascati, Grottaferrata, Montecompatri, Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Monte Porzio
- Distretto H2: Albano L., Ariccia, Genzano, Lanuvio, Nemi, Castel Gandolfo
- Distretto H3: Ciampino, Marino
- Distretto H4: Pomezia, Ardea)
- Distretto H5: Velletri, Lariano)
- Distretto H6: Anzio, Nettuno)



Ciascun distretto assicura, tra le altre, le seguenti funzioni:

- a) valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- b) valutazione e conduzione dell'assetto erogativo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- c) programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;

- d) compartecipazione, con gli Enti locali, le aziende per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000 e s.m.i., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione socio – sanitaria;
- e) presa in carico globale della persona e promozione della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati

Il Direttore di distretto

Al Distretto è preposto un dirigente in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il cui incarico è attribuito ai sensi della normativa vigente, il quale garantisce la funzione direzionale delle attività distrettuali avvalendosi dei responsabili delle UU.OO. distrettuali.

Il direttore di distretto è responsabile delle attività del distretto, tenendo conto di quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, e del relativo budget in termini di gestione delle risorse umane, strumentali ed economiche assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi. È responsabile altresì della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Il direttore del distretto supporta la direzione aziendale nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000 s.m.i. ed assicura ogni attività utile a promuovere, valorizzare e garantire il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni per il tramite del coordinatore sociosanitario.

Sistema delle relazioni Distretti Sanitari-Dipartimento del Territorio

Peculiare, distintiva e caratterizzante innovazione del presente Atto è la progressiva collocazione in un unico Dipartimento del Territorio della funzione di produzione territoriale, precedentemente posta in capo ai singoli Distretti Sanitari, avviando sostanzialmente la conseguente separazione, come già avvenuto in altre regioni, da quella di committenza e programmazione.

Grazie a tale innovazione metodologica i Distretti – più liberi da vincoli e condizionamenti derivanti dalla sostanziale rigidità delle attività produttive a gestione diretta e dal condizionamento che dalle esigenze di queste ultime potrebbe derivarne- potranno concentrarsi in via principale sulle primarie responsabilità connesse alla realizzazione in concreto della funzione di tutela nei confronti dell'utente, dedicandosi alla indispensabile e coerente analisi e rilevazione dei reali bisogni di salute della popolazione di competenza ed alla trasformazione di quest'ultima in coerente domanda di prestazioni sanitarie.

Inoltre, la progressiva devoluzione ad un livello dipartimentale unificato della definizione della domanda di prestazioni di salute elaborata dai singoli Distretti, permetterà la sintesi e le più opportune valutazioni in ordine ad azioni di governo

finalizzate alla realizzazione di eventuali economie di scala, nonché le scelte operative finalizzate alla ricerca della appropriatezza anche sotto il profilo del volume minimo di prestazioni da assicurare nell'arco temporale di riferimento dalle singole strutture produttive al fine di garantire i migliori risultati di salute.

La realizzazione in concreto, a livello territoriale, della separazione della funzione di produzione da quella di committenza non costituisce una *deminutio* della figura istituzionale dei distretti sanitari così come sino ad oggi conosciuta, bensì l'esaltazione delle loro caratteristiche più importanti e distintive, e l'innalzamento del ruolo di garanzia e della funzione di programmazione volta all'individuazione delle principali aree di bisogno ed alla scala di priorità degli interventi, a momento centrale e qualificante della loro attività.

Resta inoltre inalterato il ruolo e la funzione distrettuale di rappresentanza e prima interlocuzione con gli enti locali e le associazioni esponenziali degli interessi della cittadinanza, nonché l'impegno nella piena realizzazione della integrazione complessa delle attività sociali e sanitarie.

IL MODELLO DIPARTIMENTALE

Il D. Lgs n. 502/92, così come modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 229/99, all'art. 17/bis individua nel dipartimento il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali che pertanto va inteso anche come centro di responsabilità.

Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Tale articolazione aziendale, aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e -pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale- sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. Pertanto esso si configura come articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse.

Il dipartimento, nella sua complessità, tenuto conto degli obiettivi Aziendali, ha il compito di:

- realizzare gli obiettivi specifici per il Dipartimento (su base annuale e/o pluriennale)
- adottare i percorsi clinici diretti ad ottimizzare le prestazioni, anche attraverso l'utilizzo dei dati aggiornati della letteratura medica e della medicina basata sull'evidenza, di linee guida e protocolli operativi
- individuare degli indicatori utili alla valutazione e verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni e del livello di personalizzazione degli interventi tesi a garantire la dignità umana
- ottimizzare le risorse assegnate al dipartimento (attrezzature, spazi, personale)
- individuare e definire i bisogni di formazione del personale anche con riferimento alla sicurezza sul lavoro

Mediante l'organizzazione dipartimentale l'Azienda persegue, a fini di razionalizzazione ed efficientamento anche economico, la condivisione di più fattori che

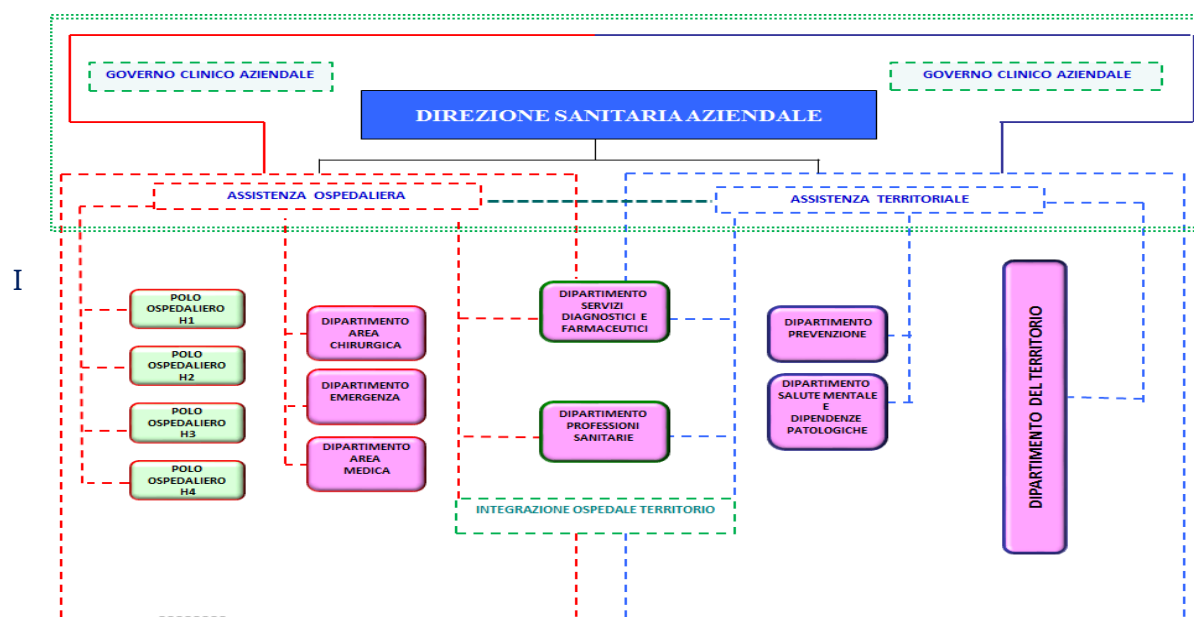
intervengono nella produzione di servizi (spazi fisici per l'assistenza, professionisti, tecnologie, beni e servizi, ecc.) al fine di realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale, sulla scorta di linee guida condivise e di percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, in un contesto di autonomia, integrazione e responsabilità ben definito nei regolamenti di funzionamento.

I Dipartimenti, quali aggregati di funzioni d'area omogenea, svolgono quindi compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento, gestione delle risorse e verifica dei risultati rispetto al livello operativo.

Dipartimenti Sanitari Aziendali.

Con riferimento al livello cui afferiscono in via prevalente (livello della Funzione Ospedaliera, livello delle Cure Primarie e Intermedie e livello dell'integrazione ospedale-territorio,) si identificano i seguenti Dipartimenti:

- Dipartimenti ospedalieri
 - Dipartimento di area chirurgica
 - Dipartimento di area medica
 - Dipartimento di emergenza
- Dipartimenti territoriali
 - Dipartimento di prevenzione
 - Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
 - Dipartimento del Territorio
- Dipartimenti misti (ospedale-territorio)
 - Dipartimento Servizi diagnostici e farmaceutici
 - Dipartimento delle Professioni sanitarie



dipartimenti ospedalieri sono strutture organizzative complesse dotate di autonomia tecnico funzionale e professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti. Sono costituiti dal raggruppamento di una pluralità di strutture ospedaliere, funzionale alla razionalità organizzativa ed alla integrazione polispecialistica e multiprofessionale, preposta alla erogazione di prestazioni e servizi specialistici non erogabili con altrettanta efficacia in ambito territoriale.

I dipartimenti territoriali afferiscono al livello delle Cure Primarie e Intermedie e rappresentano delle articolazioni aziendali in grado di intercettare i bisogni di salute della popolazione là dove questi emergono, vale a dire sul territorio. Rappresentano pertanto delle strutture organizzative complesse in grado di fornire servizi e prestazioni più vicine al cittadino.

I dipartimenti misti Ospedale-territorio sono macrostrutture composte da unità operative collocate sia negli stabilimenti ospedalieri che nel territorio. Essi pertanto concorrono, assieme ad altre articolazioni aziendali, a presidiare e promuovere la continuità assistenziale ospedale-Territorio.

Natura organizzativa dei dipartimenti della ASL Roma H

Presso la ASL Roma H sono istituiti esclusivamente Dipartimenti a struttura, finalizzati ad esercitare una incisiva ed unitaria conduzione degli interventi e conseguentemente esercitare una forte giurisdizione sulle funzioni e sulle strutture omogenee afferenti.

I Dipartimenti a struttura sono dotati di autonomia gestionale e di un proprio budget nell'ambito delle disposizioni di organizzazione aziendali e regionali.

Le *finalità* di tutti i dipartimenti aziendali, oltre a quelli specifici di ogni dipartimento sono:

- a) contribuire alla definizione della programmazione sanitaria dell'Azienda;
- b) realizzare il coordinamento delle attività e l'uso ottimale delle risorse assegnate;
- c) assicurare lo svolgimento omogeneo delle attività di competenza;
- d) coordinare l'erogazione delle prestazioni delle strutture;
- e) promuovere e coordinare iniziative di formazione ed aggiornamento;
- f) promuovere e partecipare alla realizzazione di sistemi integrati di gestione dei dati e delle informazioni;
- g) contribuire alla valutazione e verifica della qualità delle prestazioni erogate mediante sistemi valutativi;
- h) contribuire alla piena integrazione ospedale-territorio e favorire scambio di esperienze professionali e condivisione di risorse e competenze sia all'interno dei dipartimenti che tra le diverse strutture aziendali.

Le strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti i dipartimenti a struttura sono comunque dotate di propria autonomia clinica, professionale e gestionale nell'ambito del quadro stabilito dalla programmazione del Dipartimento nel quale sono inserite per affinità ed omogeneità e fatte salve le superiori esigenze derivanti dalla programmazione Aziendale e Regionale nel suo complesso.

Il Comitato di dipartimento

Presso ciascun Dipartimento Sanitario è costituito un Comitato di dipartimento che è un organo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica composto da:

- a) il direttore del dipartimento che lo presiede
- b) i direttori delle unità operative complesse
- c) i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali
- d) i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza ed ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel dipartimento;
- e) i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento.

Il Comitato di dipartimento assicura la programmazione, l'organizzazione delle attività e le funzioni di coordinamento del Dipartimento. La durata e le modalità di funzionamento di tale organismo sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento, fermo restando che di norma esso si riunisce per l'esame congiunto delle attività almeno una volta al mese.

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione è una delle strutture dell'Azienda e garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Tale macrostruttura è dotata di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

L'assetto organizzativo del Dipartimento, tenendo conto di quanto disposto dal D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dal DPCM 29.11.2001, è riferito ad assicurare le seguenti funzioni:

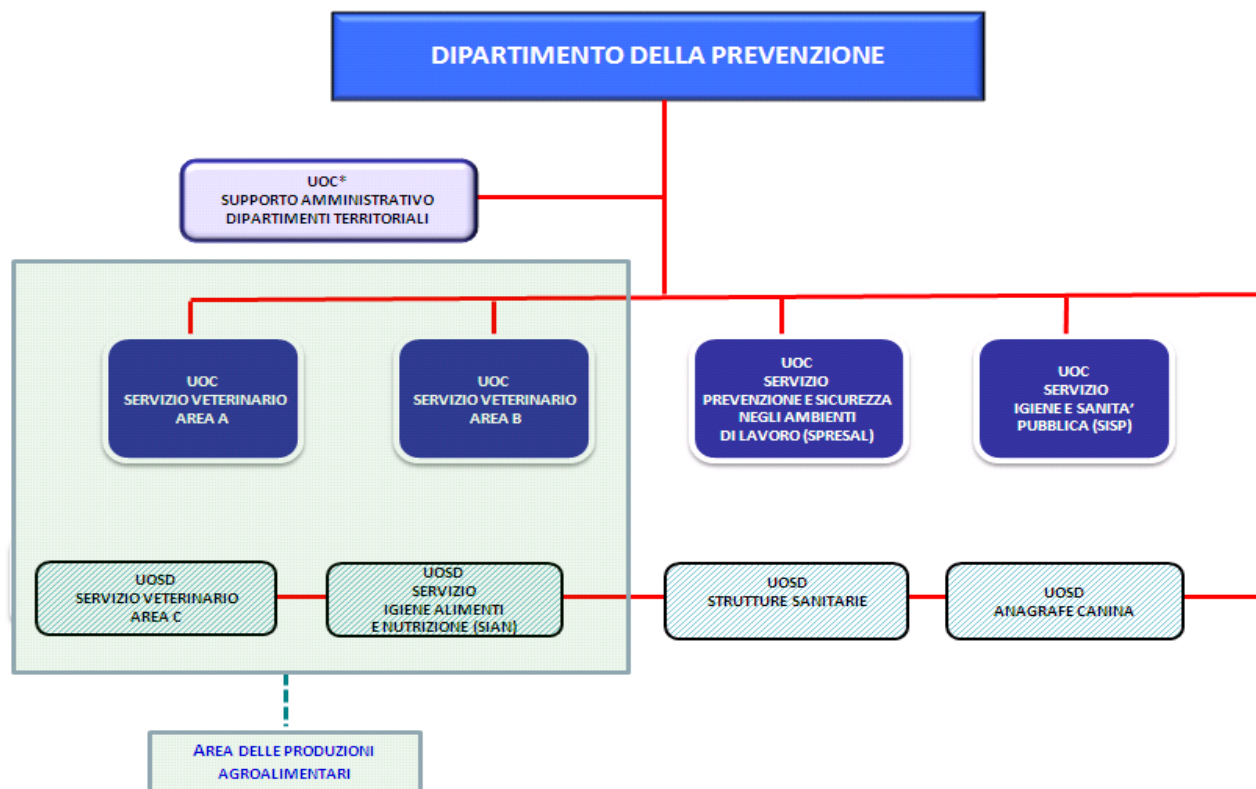
- igiene e sanità pubblica, comprendente la “profilassi delle malattie infettive e parassitarie”, la “tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale”, la “tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita”, nonché il coordinamento del flusso relativo alle schede di morte ISTAT
- igiene degli alimenti e nutrizione secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale 16.10.1998
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (comprendente l'attività di controlli impiantistici preventivi e periodici, nonché, la verifica dei rischi connessi alla presenza di agenti chimici, fisici, biologici ed ergonomici, quale sua articolazione) in rapporto alle esigenze organizzative funzionali relative ad ambiti territoriali allargati possono essere previste funzioni specifiche in campo di igiene edilizia

Per la sanità pubblica veterinaria sono previste nell'ambito dell'Area dipartimentale funzionale e omogenea di sanità pubblica veterinaria le seguenti funzioni:

- Sanità animale
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Pertanto l'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, relativamente alle strutture complesse risulta essere il seguente:



Le funzioni di vigilanza e ispezione proprie del Dipartimento di Prevenzione sono svolte in modo coordinato, integrato e multidisciplinare anche con riferimento alla normativa U.E. sulla sicurezza alimentare, da parte di tutte le figure professionali dei vari profili che afferiscono alle sopra citate Unità operative secondo principi di imparzialità e trasparenza e in base alle vigenti normative, dalle Unità operative del Dipartimento e dai suoi operatori.

Trovano collocazione nell'ambito del dipartimento di prevenzione anche:

- le funzioni di medicina legale che non sono di competenza distrettuale
- le funzioni di vigilanza e controllo dell'esercizio professionale della medicina dello sport
- le attività di laboratorio di tossicologia nell'ambito della medicina del lavoro

Le funzioni del Direttore e del Comitato di dipartimento, le modalità di funzionamento del Dipartimento, i compiti delle singole strutture ad esso afferenti, nonché i collegamenti con le altre strutture aziendali e con i soggetti istituzionali esterni all'azienda sono disciplinati nel regolamento del Dipartimento.

L'Azienda persegue nel proprio territorio l'applicazione del piano regionale della prevenzione e individua nel Dipartimento di Prevenzione la struttura responsabile dell'attuazione dello stesso.

Coordinamento Aziendale Attività di Screening

L' Azienda riconosce il ruolo strategico della lotta attiva alle più insidiose patologie degenerative quali quelle oncologiche e favorisce l'adozione di azioni di contrasto proattivo e sanità di iniziativa, non solo per ridurre l'impatto economico dell'insorgenza delle stesse, ma quale strumento per contrastare sofferenze evitabili ad assistiti e familiari. A tale scopo assicura l'importante funzione di coordinamento delle attività di Screening aziendali riconoscendone l'indispensabile funzione di prevenzione primaria con un costituendo ufficio dedicato presso il Dipartimento di Prevenzione.

Area funzionale di Coordinamento Sanità Pubblica veterinaria- sicurezza alimentare

Al fine dell'uniforme coordinamento e quale spazio di dialogo per tematiche comuni è costituita l'Area Funzionale Sanità Pubblica-Sicurezza Alimentare, con il compito principale di implementazione e coordinamento dei sistemi di controllo delle attività dell'intera filiera delle produzioni agroalimentari, a garanzia dell'adeguamento e del rispetto della normativa comunitaria sulla materia.

All'Area afferiscono le seguenti strutture, tutte strutturalmente incardinate presso il Dipartimento di Prevenzione:

UOC Servizio veterinario Area A;
 UOC Servizio Veterinario Area B;
 UOSD Servizio veterinario Area C;
 UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN).

La connotazione di Area, nonché la totale permanenza delle responsabilità connesse alla sicurezza ed alla gestione delle risorse (personale, spazi, attrezzature, dispositivi medici, dotazioni informatiche ecc.) in capo ai singoli direttori/responsabili delle UOC ed UOSD afferenti, escludono ogni forma di dipendenza gerarchica o sovraordinazione, e configurano in capo al Direttore dell'Area esclusivamente responsabilità relative all'esercizio dell'attività di coordinamento.

Dipartimento del Territorio

Il Dipartimento del Territorio rappresenta la struttura preposta all'erogazione delle cure vicino ai luoghi di vita delle persone. Gli ambiti di cura in cui si esplicano le cure primarie sono identificabili nell'assistenza offerta dalla medicina generale e dalla pediatria di libera scelta, compresa la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare, i servizi rivolti a segmenti di popolazione portatori di bisogni complessi (anziani, disabili, adolescenti, famiglie multiproblematiche, immigrati), l'assistenza sanitaria penitenziaria, la rete dei consultori e l'assistenza farmaceutica territoriale.

I luoghi della risposta assistenziale in cui si esplicano le cure primarie sono principalmente la casa, le strutture residenziali ed i centri diurni, le case della salute e gli istituti penitenziari.

La ASL Roma H individua un Dipartimento del Territorio al fine di favorire l'appropriatezza e l'equità delle prestazioni e una maggiore integrazione delle attività

ospedaliera e territoriali. Tale struttura, che si articola in Unità Operative distrettuali, ha autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, e opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione aziendale, nel rispetto delle finalità dell'Azienda. Il Dipartimento del Territorio si articola in unità operative preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei e all'organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate.

Il Dipartimento del Territorio ha come organi il Direttore del Dipartimento, scelto secondo vigente normativa tra i Direttori delle UOC afferenti e il Comitato di Dipartimento composto dai singoli Direttori dei Distretti, delle UOC afferenti e dai delle UOSD. Il Direttore del Dipartimento risponde del proprio operato alla Direzione Sanitaria Aziendale ed è responsabile dal punto di vista professionale in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico, e dal punto di vista gestionale per quanto concerne l'utilizzo appropriato delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi. Il direttore del Dipartimento del Territorio ha il compito di organizzare e gestire le risorse destinate a garantire il processo di produzione ed erogazione dei servizi dell'assistenza primaria e intermedia.

Con l'obiettivo prioritario di superamento degli squilibri territoriali nell'accesso alle prestazioni offerte e di miglioramento del livello di intercettazione dei bisogni assistenziali attualmente dispersi, svolge funzioni di omogeneizzazione di tutte le attività distrettuali, sia programmatiche e di studio che più propriamente di produzione a gestione diretta, organizzando anche la migliore allocazione delle risorse umane e strumentali.

Svolge altresì attività di verifica ed implementazione dell'appropriatezza prescrittiva, e, con il coinvolgimento della UOC Farmaceutica Territoriale, svolge altresì attività di verifica ed implementazione dell'Appropriatezza prescrittiva, di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, di vigilanza su farmacie e depositi.

Inoltre, al fine di assicurare il perseguimento degli obiettivi, verifica l'efficacia dei risultati e:

- a) propone alla Direzione Aziendale, il piano annuale di produzione, declinato per le articolazioni distrettuali, correlandolo all'analisi del fabbisogno ed agli obiettivi declinati dalla Direzione Generale
- b) fornisce impulso alla promozione e sviluppo dei percorsi assistenziali all'interno del Dipartimento, programmando incontri e dando vita a gruppi di lavoro finalizzati alla definizione di linee guida, protocolli, percorsi assistenziali basati sulle migliori evidenze cliniche, con il contributo del Comitato di Dipartimento e dei diretti attori
- c) collabora con tutti gli altri Dipartimenti nella definizione e lo sviluppo dei processi assistenziali interdipartimentali ed integrati ospedale-territorio al fine di assicurare la continuità assistenziale dei percorsi clinici.

Il Dipartimento promuove l'adozione di modalità di lavoro basate sulla valutazione degli esiti, anche attraverso l'utilizzo di un sistema aziendale integrato di monitoraggio.

È compito del Direttore del Dipartimento, valutati i bisogni dei singoli distretti, formulare la proposta di piano annuale della formazione nei limiti e secondo le indicazioni fornite dalla UOC Formazione e Comunicazione. Gli obiettivi formativi da raggiungere dovranno essere coerenti con quelli specifici e generali riconducibili alla

Direzione Generale, nonché armonizzati con gli obiettivi di budget attribuiti annualmente.

Tale compito è irrinunciabile, configurandosi la formazione come una delle principali leve del ciclo della *performance*, nonché quale strumento indispensabile ad ogni processo di innovazione e cambiamento, elemento caratterizzante delle politiche per il personale, strategico anche sotto il profilo della valorizzazione delle risorse umane.

Al fine di corrispondere alle esigenze ed ai compiti sopra richiamati, il Dipartimento potrà organizzarsi anche mediante l'istituzione -senza ulteriori oneri a carico del bilancio- di tavoli di confronto commissioni, ovvero attribuire compiti specifici, aggiuntivi rispetto a quelli già svolti e non soggetti ad autonoma retribuzione, al personale afferente il Dipartimento.

La casa della salute

Costituisce articolazione del Dipartimento del Territorio la Casa della Salute, struttura di erogazione di servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione del territorio.

La Casa della Salute, la cui funzione strategica è rappresentata soprattutto da un'efficace presa in carico del paziente cronico attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi, rappresenta un nodo della rete dei servizi territoriali di cui rappresenta un'articolazione organizzativa.

Il modello organizzativo in essa vigente è di tipo modulare, con funzioni di base e moduli funzionali aggiuntivi.

L'introduzione, al suo interno, di modelli di gestione delle patologie croniche (*Chronic Care Model*), consente di evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero grazie al ricovero tramite ambulatori e/o assistenza a gestione medico-infermieristica

Nella Casa della Salute operano medici di medicina generale, medici specialisti territoriali e ospedalieri, infermieri ed altri professionisti sanitari.

Mediante tale articolazione territoriale, vengono garantiti alla popolazione residente:

- a) L'accesso ai percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata ospedale-territorio (PDTA)
- b) La gestione della continuità assistenziale
- c) L'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi attraverso il collegamento con il Punto Unico di Accesso (PUA) con le modalità previste dalla DGR 315/2011
- d) L'accesso ai servizi di assistenza alle persone non autosufficienti attraverso il collegamento con le Unità di Valutazione Multidimensionale

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze patologiche (DSMDP) è la struttura aziendale che si occupa dell'organizzazione ed erogazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alla salute mentale e alle dipendenze lungo l'intero ciclo di

vita; è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il Dipartimento si propone di promuovere un progressivo aumento del livello di integrazione fra i diversi ambiti di intervento, avendo riguardo delle competenze e delle specializzazioni acquisite in questi settori. L'organizzazione dipartimentale intende essere funzionale allo sviluppo di strategie fondate sulla centralità della persona nell'arco di vita, lo sviluppo di comunità, la prevenzione e la promozione della salute, l'integrazione socio-sanitaria e l'attuazione di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio.

Il DSMD pone al centro delle strategie di intervento i temi dell'accessibilità, della valutazione del bisogno, della pianificazione e della gestione del programma terapeutico riabilitativo individuale in rapporto alle risorse e al coinvolgimento del contesto e della rete delle relazioni della persona con disturbo mentale e/o dipendenza patologica, fino ad estendersi, con la presa in carico in età evolutiva, anche all'ambito delle disabilità e dei disturbi del neurosviluppo, per le strette interconnessioni che queste condizioni hanno con lo sviluppo della persona nella sua complessità.

Al Direttore dipartimentale compete la gestione delle risorse assegnategli dal direttore generale ai fini del raggiungimento degli obiettivi programmati.

Il Dipartimento persegue la propria mission attraverso le strutture ambulatoriali (CSM), i centri di salute mentale, le strutture di residenzialità, le strutture ospedaliere di S.P.D.C. degli stabilimenti ospedalieri di Albano e di Frascati, i Servizi di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) integrati con le strutture ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile dei Poli Ospedalieri H2 ed H4, ed i servizi territoriali per le dipendenze (Ser.T).

La scelta aziendale di riunire nell'ambito di un'unica struttura dipartimentale le linee di attività relative alla tutela della salute mentale in età adulta, alla tutela della salute mentale e alla riabilitazione in età evolutiva, e alla prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, si ispira al principio di integrazione sinergica di quelle azioni multidisciplinari e multiprofessionali in grado di intervenire efficacemente in ambiti sociosanitari che presentano significativi elementi di contiguità (si pensi, ad esempio al problema della doppia diagnosi o a quello degli esordi psicotici in adolescenza) ed interdipendenza; il tutto sussunto nell'ambito di una logica di continuità dei percorsi assistenziali che informa di sé tutto il modello organizzativo aziendale.

Viene confermata, quale organismo consultivo, la Consulta del DSM, al fine di assicurare la rappresentatività delle Associazioni di Volontariato, delle Associazioni dei Familiari dei pazienti, delle Associazioni Professionali nonché degli operatori.

La composizione e la modalità di funzionamento della Consulta vengono disciplinate con separato atto.

Le funzioni del Direttore e del Comitato di Dipartimento, le modalità di funzionamento del Dipartimento, nonché i compiti delle singole strutture ad esso afferenti, ed i collegamenti con le altre strutture aziendali e con i soggetti istituzionali esterni all'azienda, sono disciplinati nel regolamento del Dipartimento.

È compito del Direttore del Dipartimento, valutati i bisogni degli operatori in forze presso le singole le singole UOC afferenti, formulare la proposta di Piano Annuale della Formazione nei limiti e secondo le indicazioni fornite dalla UOC Formazione e Comunicazione.

Gli obiettivi formativi da raggiungere dovranno essere coerenti con quelli specifici e generali riconducibili alla Direzione Generale, nonché armonizzati con gli obiettivi di budget attribuiti annualmente.

Tale compito è irrinunciabile, configurandosi la formazione come una delle principali leve del ciclo della performance, nonché quale strumento indispensabile ad ogni processo di innovazione e cambiamento, elemento caratterizzante delle politiche per il personale, strategico anche sotto il profilo della valorizzazione delle risorse umane.

Al fine di corrispondere alle esigenze ed ai compiti sopra richiamati, il Dipartimento potrà organizzarsi anche mediante l'istituzione, senza ulteriori oneri a carico del bilancio, di tavoli di confronto, commissioni, ovvero attribuire compiti specifici, aggiuntivi rispetto a quelli già svolti e non soggetti ad autonoma retribuzione, al personale afferente il Dipartimento

Dipartimento Area Chirurgica

Il Dipartimento di Area Chirurgica è l'organizzazione integrata delle unità operative omogenee di produzione diretta in ambito chirurgico, di cui all'allegato organigramma aziendale.

Al fine di ottimizzare i risultati il Dipartimento favorisce scambio professionale, messa in comune di risorse materiali ed umane, gestione integrata dei percorsi e dei pazienti, con logica di centralità del paziente e dei suoi bisogni di salute.

Tra gli altri compiti, declinati nel precedente paragrafo denominato "Natura organizzativa dei Dipartimenti della ASL Roma H", il Dipartimento di Area Chirurgica si occupa, per tutte le patologie di pertinenza la cui soluzione richiede un atto chirurgico, o richieda un *follow up* successivo alla prestazione di natura chirurgica, di assicurare all'assistito il miglior livello di tutela della salute possibile, razionalizzando il consumo di risorse al fine di raggiungere la massima efficienza produttiva.

L'ambito della attività coinvolge, secondo un approccio olistico, il particolare momento di vita del paziente nella sua globalità, dal momento della presa in carico al *pre e post* operatorio.

In sinergia con il Dipartimento del territorio e le altre articolazioni coinvolte nel processo, contribuisce ad assicurare la dimissione protetta e l'attivazione, secondo necessità, di percorsi alternativi al ricovero e/o domiciliari finalizzando la propria azione alla stabilizzazione nel breve e medio periodo del paziente, al fine di evitare recrudescenze e ricadute, con logica di risultato di processo e non di singolo atto.

Il Dipartimento raggruppa le strutture indicate nell'organigramma allegato al presente Atto Aziendale, con competenza su tutte le patologie acute e croniche di pertinenza, con particolare attenzione alla ricerca di una crescente integrazione tra ospedale e territorio, nonché alla ricerca di soluzioni alternative al ricovero, in sinergia con il dipartimento del territorio, i Medici di Medicina Generale e l'assistenza Domiciliare.

Nell'ambito dell'organizzazione per aree omogenee, e tenuto conto dell'obiettivo finale della realizzazione di percorsi per intensità di cura, assume importanza sempre crescente l'attività assistenziale infermieristica, caratterizzata da responsabilizzazione e di valorizzazione professionale, nei processi di presa in carico del paziente, di continuità, di pianificazione personalizzata dell'assistenza, di referenza gestionale su singoli casi

trattati. Per queste finalità il Dipartimento di Area chirurgica intrattiene costanti e fattive relazioni con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, che cura sinergicamente le attività di competenza, condividendo i fini generali dell'organizzazione.

Dipartimento Area Medica

Oltre ai compiti generali riportati nel paragrafo “natura organizzativa dei Dipartimenti della ASL Roma H”, dei quali si fa carico al pari di tutti gli altri dipartimenti a struttura dell'Azienda, il Dipartimento di Area Medica aggrega le strutture di produzione diretta aziendali dell'area di riferimento.

Il Dipartimento raggruppa le strutture indicate nell'organigramma allegato al presente Atto Aziendale, con competenza su tutte le patologie acute e croniche di pertinenza, con particolare attenzione alla ricerca di una crescente integrazione tra ospedale e territorio, nonché alla ricerca di soluzioni alternative al ricovero, in sinergia con il dipartimento del territorio, i Medici di Medicina Generale e l'assistenza Domiciliare.

Con l'obiettivo di garantire ad ogni assistito un appropriato percorso di presa in carico, individuato sulla base della patologia e delle necessità stabilite da analisi di *Evidence Based Medicine*, particolare attenzione è posta, quale ottica di sviluppo, alla implementazione dei percorsi di cura per intensità /complessità assistenziale.

Tale finale tappa di sviluppo sarà raggiunta con la progressiva organizzazione del lavoro con condivisione delle risorse per aree omogenee, stanti anche le necessità derivanti dalla articolazione geografica e logistica su diversi presidi dislocati in altrettanti comuni del territorio di competenza.

Nell'ambito dell'organizzazione per aree omogenee, e tenuto conto dell'obiettivo finale della realizzazione di percorsi di cura per intensità/complessità assistenziale, assume importanza sempre crescente l'attività assistenziale infermieristica, caratterizzata da responsabilizzazione e valorizzazione professionale, nei processi di presa in carico del paziente, di continuità, di pianificazione personalizzata dell'assistenza, di referenza gestionale su singoli casi trattati. Per queste finalità il Dipartimento di Area Medica intrattiene costanti e profonde relazioni con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, che cura sinergicamente le attività di competenza, condividendo i fini generali dell'organizzazione.

In una prospettiva di ricerca di forme di assistenza alternative al ricovero, lette anche come miglioramento dell'umanizzazione e facilitazione dell'accessibilità per gli assistiti, il Dipartimento si fa parte attiva nella sperimentazione di nuovi modelli di gestione dell'assistenza, quali ad esempio il *Day Service* di Area Medica e promuove efficaci modalità di raccordo con gli altri servizi, tra cui il Dipartimento dell'Emergenza con particolare riferimento ai Pronti Soccorso, il Dipartimento del Territorio anche come tramite per l'efficace coinvolgimento dei MMG ed il Dipartimento di Area Chirurgica

Il Dipartimento favorisce inoltre la ricerca di ottimale distribuzione del servizio, perseguendo, in aggiunta alla appropriatezza clinica, quella organizzativa, tramite l'estensione e la flessibilità dell'offerta assistenziale e degli orari di attività, al fine di avvicinarli, per quanto possibile, ai tempi di vita delle persone e contribuendo ad allineare progressivamente i tempi di attesa alle necessità cliniche dei pazienti.

Dipartimento di Emergenza

Oltre ai compiti generali riportati nel paragrafo “Natura organizzativa dei Dipartimenti della ASL Roma H”, dei quali si fa carico al pari di tutti gli altri dipartimenti a struttura dell’Azienda, il Dipartimento di Emergenza aggrega le strutture di produzione diretta aziendali dell’area di riferimento.

Il Dipartimento aggrega le strutture definite nell’organigramma, di pronto soccorso ed anestesia e rianimazione, con l’obiettivo prioritario di fornire risposte adeguate ai pazienti che necessitano della particolare tipologia di cure di competenza.

Oltre alla funzione di garanzia dell’emergenza ed urgenza, il Dipartimento garantisce il necessario supporto anestesiologicalo alle attività di Day Surgery e di elezione, operando in relazione con il Dipartimento di Area Chirurgica, nonché attività riconducibili alla terapia del dolore, cooperando in questa attività anche con il Dipartimento di Area Medica e con quello del Territorio.

Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Farmaceutici

Oltre ai compiti generali riportati nel paragrafo “ Natura organizzativa dei Dipartimenti della ASL Roma H”, dei quali si fa carico al pari di tutti gli altri dipartimenti a struttura dell’Azienda, il Dipartimento dei servizi diagnostici e farmaceutici aggrega le strutture di produzione diretta aziendali dell’area di riferimento.

Il Dipartimento aggrega tutte le strutture indicate nell’allegato organigramma, uniformando in un unico centro di responsabilità sia quelle riconducibili all’area del farmaco che quelle dei servizi diagnostico-strumentali, stante la loro natura strumentale alle altre strutture di produzione aziendali e comunque alla salute degli assistiti.

Nell’ambito della competenza nei confronti dei settori polispecialistici per i quali le strutture afferenti prestano la loro attività, i compiti di razionalizzazione ed omogeneizzazione del Dipartimento si espletano nel combinare in maniera efficiente ed ottimale le risorse, per garantire il migliore livello di salute possibile nei confronti dell’utenza.

Stante l’ingente ammontare delle risorse governate e il riflesso della spesa ospedaliera per farmaci sulla successiva spesa territoriale, le strutture farmaceutiche afferenti il Dipartimento assumono peculiare e distinta rilevanza, per la quale il regolamento del dipartimento dovrà prevedere distinti comitati di area e commissioni dedicati, senza oneri aggiuntivi per l’Azienda.

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

In linea con quanto indicato nel DCA n. U00259 del 22.07.2014, nel quale è riportato che *“L’organizzazione aziendale, nelle sue articolazioni, deve prevedere la separazione della linea clinica, il cui governo è affidato ai Dipartimenti a Direzione Clinica, da quella assistenziale, il cui governo è proprio delle UU.OO. delle Professioni Sanitarie,*

che, a tal fine, possono essere aggregate nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie”, viene istituito il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

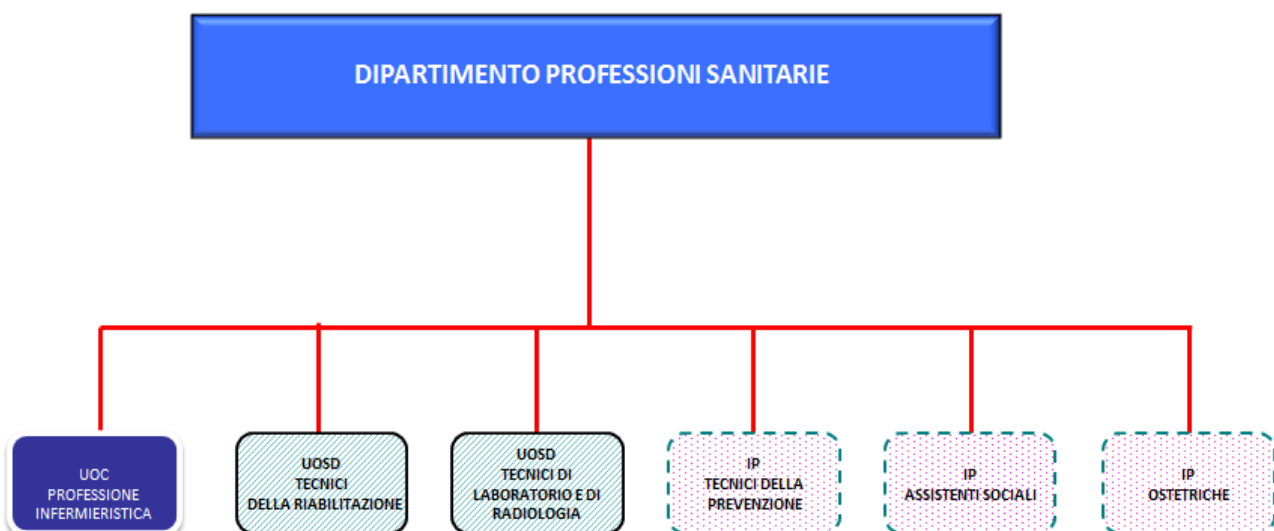
Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto.

Nel quadro della *mission* dell’ Azienda, il Dipartimento delle Professioni Sanitarie presiede pertanto alla funzione di governo aziendale dell’assistenza sanitaria mediante la partecipazione alla definizione delle strategie aziendali sulle politiche di programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo professionale del personale relativo all’assistenza alla persona.

Nel dispiegamento delle proprie funzioni, questa struttura coniuga la valorizzazione delle specifiche professionali, la qualità tecnica, organizzativa e relazionale delle attività e dei servizi assistenziali offerti, con l’impiego ottimale delle risorse disponibili nel rispetto delle norme etiche e deontologiche: il tutto in un’ottica di umanizzazione e personalizzazione delle cure.

Il Dirigente Sanitario responsabile del dipartimento è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/00 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente ed è scelto tra i Dirigenti delle strutture complesse individuate all’interno del dipartimento stesso e nominato dal Direttore Generale, con il conferimento di un incarico secondo normativa.

Rinviando al funzionigramma di dettaglio, di successiva emanazione, la descrizione puntuale delle linee di attività, delle modalità di interconnessione organizzativa, delle relazioni, delle interazioni e delle modalità di funzionamento, l’assetto organizzativo del dipartimento, al netto di eventuali sotto articolazioni strutturali della UOC Professione Infermieristica, è di seguito illustrato:



Nell’ambito di un’organizzazione per aree omogenee della produzione, tendente allo sviluppo in organizzazione per intensità di cure, assume particolare importanza l’assistenza infermieristica, che si caratterizza per elementi di responsabilizzazione e di valorizzazione professionale, nei processi di presa in carico del paziente, di continuità, di

pianificazione personalizzata dell'assistenza, di referenza gestionale su singoli casi trattati e di modulazione della gradualità dell'intervento assistenziale in ragione di un modello concettuale di riferimento professionale definito per "Complessità Assistenziale".

È compito del Direttore del Dipartimento, valutati i bisogni degli operatori afferenti allo stesso, formulare la proposta di Piano Annuale della Formazione nei limiti e secondo le indicazioni fornite dalla UOC Formazione e Comunicazione. Gli obiettivi formativi da raggiungere dovranno essere coerenti con quelli specifici e generali riconducibili alla Direzione Generale, nonché armonizzati con gli obiettivi di budget attribuiti annualmente.

Tale compito è irrinunciabile, configurandosi la formazione come una delle principali leve del ciclo della performance, nonché quale strumento indispensabile ad ogni processo di innovazione e cambiamento, elemento caratterizzante delle politiche per il personale, strategico anche sotto il profilo della valorizzazione delle risorse umane.

Al fine di corrispondere alle esigenze ed ai compiti sopra richiamati, il Dipartimento potrà organizzarsi anche mediante l'istituzione, senza ulteriori oneri a carico del bilancio, di tavoli di confronto, commissioni, ovvero attribuire compiti specifici, aggiuntivi rispetto a quelli già svolti e non soggetti ad autonoma retribuzione, al personale afferente il Dipartimento.

Le Aree funzionali sanitarie

Al fine di favorire il coordinato conseguimento degli obiettivi aziendali e regionali, nello spirito dei principi ispiratori dei Programmi Operativi 2013/2015, e con particolare riferimento alla riorganizzazione dell'offerta assistenziale, al potenziamento delle cure primarie e dello sviluppo della rete territoriale, sono costituite le aree funzionali omogenee sanitarie.

L'azione di tali Aree è mirata principalmente a favorire la concreta realizzazione dei seguenti valori/obiettivi:

- Presa in carico "globale" della persona e dei suoi bisogni di salute
- Continuità dei percorsi assistenziali dedicati ad ambiti di intervento incardinati in più dipartimenti (filieri produttive trasversali)
- Presa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità
- Sviluppo di politiche di valorizzazione delle risorse umane e professionali
- Integrazione dei processi relativi ad ambiti di attività e responsabilità che attraversano trasversalmente la struttura aziendale

Le strutture afferenti alle Aree funzionali permangono strutturalmente incardinate nei Dipartimenti strutturali di competenza, dove vengono espletate tutte le funzioni direttamente gestionali finalizzate all'efficientamento ed alla multidisciplinarietà ed integrazione professionale.

Alla Direzione di Area è preposto un Direttore delle strutture afferenti.

La connotazione di Area, nonché la totale permanenza delle responsabilità connesse alla sicurezza ed alla gestione delle risorse (personale, spazi, attrezzature, dispositivi medici, dotazioni informatiche ecc.) in capo ai singoli direttori/responsabili delle UOC ed UOSD afferenti ed ai Direttori dei Dipartimenti nei quali sono incardinati, escludono

ogni forma di dipendenza gerarchica o sovraordinazione, e configurano in capo al Direttore dell'Area esclusivamente responsabilità relative all'esercizio dell'attività di coordinamento funzionale.

Le strutture afferiscono all'Area di appartenenza in ragione delle comuni finalità che, pur perseguite da ciascuna secondo le caratteristiche proprie della *mission* specifica, necessitano di uno spazio di dialogo e di un luogo unico di coordinamento funzionale.

L'esercizio coordinato delle attività, e il comune scambio di informazioni, facilitato dall'intervento del Direttore dell'Area, consente di prevenire l'insorgenza di potenziali conflitti di competenza o, ad interventi effettuati, di azioni contrastanti contribuendo al generale miglioramento dell'efficienza di sistema.

Area Materno-Infantile

Afferiscono all'Area materno-infantile le seguenti strutture, divise per Dipartimento strutturale di appartenenza:

- Dipartimento Area Medica
 - UOC Pediatria Polo H2
 - UOSD Pediatria Polo H3
 - UOC Pediatria Polo H4
 - UOSD Allergologia Pediatrica
- Dipartimento Area Chirurgica
 - UOC Ostetricia e Ginecologia Polo H2
 - UOC Ostetricia e Ginecologia Polo H3
 - UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H4
- Dipartimento del Territorio
 - UOC Procreazione Cosciente e Responsabile
- Dipartimento Salute mentale e Dipendenze Patologiche
 - UOC Salute mentale età evolutiva
 - UOSD Diagnosi e riabilitazione salute mentale età evolutiva

Area Farmaceutica

Afferiscono all'Area Farmaceutica le seguenti strutture, tutte incardinate strutturalmente nel Dipartimento dei Servizi diagnostici e farmaceutici, tranne quella di seguito indicata:

- Dipartimento del Territorio
 - UOC Farmaceutica Territoriale
- Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Farmaceutici
 - UOC Governo Farmaceutico Ospedaliero

- UOSD Galenica Oncologica
- UOSD Farmacia Polo H1
- UOSD Farmacia Polo H3
- UOSD farmacia Polo H4

Area Direzioni di Polo Ospedaliero

Afferiscono all'Area "Direzioni di Polo Ospedaliero" le direzioni mediche di Polo che trovano in tale area sintesi e coordinamento in grado di conferire omogeneità e coerenza in ordine ai diversi aspetti correlati alla conduzione degli stabilimenti ospedalieri.

Area delle Produzioni Agroalimentari

Afferiscono all'Area funzionale "Produzioni Agroalimentari" le seguenti strutture del Dipartimento di Prevenzione:

- UOC Servizio Veterinario Area A
- UOC Servizio Veterinario Area B
- UOSD Servizio Veterinario Area C
- UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

LA RETE OSPEDALIERA AZIENDALE

Il presente Atto definisce la rete e l'offerta dei servizi ospedalieri della Azienda sulla scorta delle indicazioni provenienti dal livello regionale, dal fabbisogno di salute espresso dal territorio, nonché dalla esigenza di riqualificazione dell'offerta.

Il sistema ospedaliero dell'Azienda si sviluppa attualmente su un ambito territoriale che racchiude diverse tipologie di realtà insediative, industriali e produttive, e su un'area che ha storicamente una vocazione di attrazione turistica sia verso i Castelli che verso il mare.

Nonostante gli interventi di riorganizzazione già effettuati, occorre completare e consolidare un modello organizzativo in grado di massimizzare l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni offerte ai cittadini.

La Rete Ospedaliera Aziendale, già caratterizzata dalla articolazione in più Poli Ospedalieri, nel corso dell'ultimo quinquennio è stata oggetto di un significativo processo di razionalizzazione – in parte legato all'introduzione di nuovi modelli organizzativi che individuano in altri livelli di cura la sede più appropriata di intervento per alcuni trattamenti, in parte legato agli interventi commissariali relativi al riordino della rete ospedaliera regionale- da cui è esitata una progressiva contrazione dei posti letto inizialmente disponibili.

Anche l'attuale assetto della rete ospedaliera aziendale, così come delineato nel presente Atto, deve intendersi come transitorio in quanto verrà superato con l'attivazione dell'Ospedale dei Castelli. Quest'ultimo, non rappresenta semplicemente uno strumento organizzativo in grado di consentire economie di scala in virtù della concentrazione di fattori produttivi in un unico stabilimento -con conseguente abbattimento dei costi e miglioramento dell'efficienza produttiva- ma si configura come centro di combinazione di fattori produttivi altamente professionali in grado di fornire valore aggiunto all'offerta sanitaria esistente anche e soprattutto attraverso la sperimentazione di modelli assistenziali innovativi, come ad esempio il modello di assistenza per intensità di cure, che pone al centro il bisogno del paziente e si esprime con l'erogazione di un fascio integrato di prestazioni sanitarie a carattere multidisciplinare e multiprofessionale. Il potenziale innovativo, in termini di sperimentazione di nuovi modelli assistenziali, trova come ulteriore momento propulsivo l'attivazione del servizio aziendale delle professioni sanitarie.

Il processo di rimodulazione e riqualificazione della rete ospedaliera aziendale che caratterizza l'attuale fase, si avvale anche di nuove forme organizzative quali l'attivazione delle Case della Salute nei Presidi destinati alla disattivazione. Tale riconversione funzionale, consentirà la restituzione al territorio della funzione di filtro rispondendo con servizi di prossimità ai bisogni assistenziali riducendo, di conseguenza, gli accessi impropri alle strutture ospedaliere.

Nell'attesa formalizzazione della nuova rete regionale, la proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera a gestione diretta di competenza della ASL Roma H sulla base della quale è stato elaborato il presente Atto di Autonomia Aziendale, è stata frutto di un articolato percorso interno di analisi e di confronto con gli Stakeholder, conclusosi con l'approvazione da parte dei tavoli sindacali, della Conferenza Locale per la Sanità, delle Associazioni rappresentate nel Tavolo Misto Permanente di partecipazione, del quale di seguito si riassumono le principali tappe:

I Poli Ospedalieri

L'aggregazione territoriale degli Ospedali esistenti nella azienda viene confermata in quattro Poli Ospedalieri, costituiti dagli stabilimenti ospedalieri a gestione diretta, funzionalmente aggregati per afferenza territoriale, geografica e culturale, ciascuno costituito dai seguenti stabilimenti:

- Polo Osp. H1 - Stabilimento di Frascati- Ospedale a vocazione medica- sede di Pronto Soccorso
 - Ospedale Marino - Ospedale H12
- Polo Osp. H2 - Stabilimento Ospedaliero Albano L. sede di Pronto Soccorso
 - Stabilimento Ospedaliero Genzano –Ospedale a vocazione materno-infantile
 - Ospedale Ariccia – sede del Servizio di Riabilitazione e dei Servizi Ambulatoriali Territoriali
- Polo Osp. H3 - Stabilimento Ospedaliero Velletri- sede DEA I° Livello – Ospedale a vocazione chirurgica
- Polo Osp. H4 - Stabilimento Ospedaliero Anzio – sede DEA I° Livello
 - Ospedale “Villa Albani” ad Anzio – sede di servizi di riabilitazione e Casa della Salute

Al fine di qualificare le strutture aziendali ed ottimizzare le risorse è stata elaborata, e presentata all'Ente regionale, una dettagliata proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera della Asl Roma H, alla quale si rimanda per ogni più completo dettaglio, e per la precisa definizione per ciascun polo, delle attività che saranno presenti nei singoli presidi ospedalieri a seguito del riassetto derivante dal presente Atto, precisando che alle suddette attività non necessariamente debba corrispondere la individuazione di una Unità Operativa complessa o semplice, potendo le stesse essere assicurate anche da parte di Dirigenti con incarico professionale, afferenti a Unità Operative Complesse ubicate presso il medesimo Polo o, in caso di attività su scala aziendale, anche in Polo Ospedaliero diverso.

Laddove siano presenti linee di attività e funzioni, quali ad esempio quelle di assistenza e cura di patologie diabetiche, non organizzate in autonome Unità Operative semplici o complesse, queste non devono intendersi soppresse, essendo obiettivo aziendale, all'opposto, il loro specifico rilancio ed addirittura potenziamento con nuovi percorsi e metodologie di lavoro come piani, programmi e progetti.

Il Direttore Medico di Polo Ospedaliero

La Direzione Sanitaria di Polo si colloca in posizione autonoma rispetto ai Dipartimenti e fa riferimento alle funzioni di indirizzo del Direttore Sanitario di Azienda.

Il Direttore Medico di Polo (Direttore della UOC Direzione Sanitaria di Polo) svolge, con piena assunzione di responsabilità le funzioni previste dall'art. 4 del D.Lgs 502/1992, sotto il profilo igienico-sanitario e medico-legale, per il direttore sanitario di ospedale, tranne quelle affidate alla competenza dei Dipartimenti Sanitari e all'Area Funzionale "Direzioni di Polo ospedaliero". La sua attività si articola sui seguenti ambiti di competenza: gestionale, organizzativa, igienico-sanitaria, di prevenzione, medico-legale, di formazione, di promozione della qualità dei servizi.

Ove previsti presso singoli stabilimenti di produzione, i Responsabili Medici di Stabilimento svolgono le funzioni a loro delegate dal Direttore Sanitario di Polo in cui lo stabilimento insiste.

In particolare il Direttore Medico di Polo, svolge quanto di seguito riassunto, per singolo ambito, assumendone piena e diretta responsabilità:

1. Ambito organizzativo-gestionale

- risponde alla gestione complessiva del presidio ospedaliero, assicurando l'assolvimento delle funzioni igienico/organizzative e medico-legali
- assicura l'attuazione delle soluzioni organizzative e strutturali per rispondere agli indirizzi aziendali
- collabora con la direzione aziendale, con i Dipartimenti Sanitari, con l'Area Funzionale "Direzioni di Polo ospedaliero" e con le strutture di governo delle Professioni Sanitarie alla definizione dei criteri di assegnazione e gestione delle risorse
- garantisce la compatibilità logistica e organizzativa complessiva
- vigila sulla corretta allocazione complessiva delle risorse nel presidio, ferme restando le prerogative delle strutture e dipartimenti che insistono nella struttura
- controlla e verifica la sicurezza e la regolarità dell'organizzazione del lavoro
- garantisce l'efficienza organizzativa in relazione alla sicurezza: maxiemergenza e maxiafflusso
- controlla il mantenimento della conformità ai requisiti strutturali e organizzativi per l'accreditamento
- contribuisce, con le altre funzioni aziendali, al monitoraggio dell'assorbimento di risorse delle linee di produzione e delle attività di supporto
- svolge funzioni di Autorizzazione e controllo sanitario, per parte di competenza, dell'attività libero - professionali intramoenia prestata o richiesta all'interno dei locali affidati alla sua gestione.
- rende operative le indicazioni organizzative definite dall'azienda
- concorre con la UOC *Risk Management*, in staff con la Direzione Generale, all'identificazione dei rischi specifici prevalenti nelle varie attività e strutture ed alla messa in opera di misure preventive e di sorveglianza sulle stesse
- concorre, con le altre competenze aziendali, alle valutazioni di *Health Technology Assessment* (sia sul nuovo che sul vecchio)
- propone le soluzioni tecnologiche per le funzioni comuni di presidio
- propone i piani di formazione per le funzioni comuni di presidio

- assume ruolo di impulso e coordina l'attività di formazione sui temi trasversali di competenza
- promuove il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, in collaborazione con le altre strutture aziendali coinvolte nel processo
- propone e promuove i progetti della rete HPH
- partecipa alla elaborazione delle strategie aziendali attraverso la raccolta, l'elaborazione, la valutazione e la certificazione dei dati sanitari; valutazione e promuove l'appropriatezza delle prestazioni erogate e dei *setting* assistenziali.

2. Organizzazione

- partecipa con la Direzione Aziendale alla definizione delle linee operative derivanti dalla pianificazione strategica
- assicura l'attuazione delle soluzioni organizzative e strutturali per rispondere agli indirizzi aziendali
- garantisce la compatibilità logistica e organizzativa complessiva
- vigila sulla corretta allocazione complessiva delle risorse nel presidio
- controlla e verifica la sicurezza e la regolarità dell'organizzazione del lavoro
- garantisce l'efficienza organizzativa in relazione alla sicurezza: maxiemergenza e maxiafflusso
- controlla il mantenimento della conformità ai requisiti strutturali e organizzativi per l'accreditamento
- contribuisce, con le altre funzioni aziendali, al monitoraggio dell'assorbimento di risorse delle linee di produzione e delle attività di supporto
- svolge funzioni di Autorizzazione e controllo sanitario, per parte di competenza, dell'attività libero - professionali intramoenia prestata o richiesta all'interno dei locali affidati alla sua gestione.

3. Igiene e tutela ambientale

- garantisce, in collaborazione con le altre funzioni aziendali:
 - la tutela dell'igiene ambientale ed edilizia
 - la tutela della salute degli utenti, rispetto al rischio infettivo
 - la sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere ed occupazionali
 - la definizione e controllo dei protocolli delle attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione
 - il coordinamento ed il controllo della gestione dei rifiuti ospedalieri, con responsabilità della corretta applicazione della normativa vigente
- è responsabile dei rapporti istituzionali con le autorità competenti in tema di igiene
- indirizza e coordina le funzioni di *housekeeping*
- garantisce l'attività di controllo dei servizi appaltati: pulizie, rifiuti, Lavanolo, assumendo, previa formalizzata designazione, ruolo di Responsabile dell'Esecuzione del contratto.

4. Documentazione sanitaria

- Assicura le corrette procedure sulla documentazione sanitaria
- È responsabile dell'archivio corrente della documentazione clinica
- Esercita attività di controllo sulla conservazione della documentazione sanitaria presso gli archivi in gestione esterna
- Garantisce il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto
- Garantisce il controllo di qualità della documentazione clinica

5. Ristorazione e ospedalità

- Organizza, coordina e controlla i servizi alberghieri e della ristorazione ospedaliera per parte di competenza
- Collabora e verifica le attività di ristorazione affidate a ditte appaltatrici

6. Interfaccia utenza

- Rilascio certificazioni all'utenza
- Diffusione disposizioni urgenti alle UU.OO. interessate per parte di competenza
- Trasmissione notifiche malattie infettive
- Trasmissione ai vari Comuni della denuncia anagrafica di nascita
- Vigila, per parte di competenza, sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia del personale dipendente.
-

Rapporti tra Direttore Medico di Polo e Dipartimenti clinici

In linea di principio, e fatte salve le competenze riservate dalla Legge in via esclusiva ai Direttori Medici di Presidio e le connesse responsabilità, spettano ai Direttori dei Dipartimenti clinici, per tutti i servizi di competenza, ed in qualsiasi struttura questi vengano allocati, i compiti relativi a garantire la produzione delle prestazioni sanitarie delle strutture loro afferenti, ivi compresa la proposta di assegnazione e/o trasferimento di risorse umane e strumentali.

I Dipartimenti clinici si collocano in posizione autonoma rispetto ai Direttori Medici di Polo e fanno riferimento alle funzioni di indirizzo della Direzione Strategica.

In particolare i Direttori dei Dipartimenti clinici esercitano la funzione di garanti della coincidenza della risposta - in termini di produzione di prestazioni sanitarie ospedaliere - alla domanda di salute nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla Direzione Aziendale e dal budget attribuito alle singole UOC afferenti.

I Direttori dei Dipartimenti clinici, inoltre, assicurano la funzione specifica e strategica di coordinamento funzionale e di integrazione delle strutture di competenza anche attraverso la gestione del personale a queste assegnato, salvo quanto di competenza del Dipartimento delle Professioni, di concerto con i Direttori delle singole strutture complesse.

Sono naturalmente fatti salvi i compiti direzionali, anche di natura disciplinare, svolti nei confronti del personale afferente le strutture da loro dirette.

NORME FINALI E DI RINVIO

Per quanto non espressamente contemplato nel presente Atto aziendale, è rimessa all'esercizio del potere regolamentare dell'Azienda la disciplina necessaria alla gestione operativa della attuazione della politica sanitaria e socio-sanitaria, fermo restando il rispetto ed il riferimento alle fonti normative regionali, nazionali e comunitarie.

Le procedure di adozione, approvazione ed aggiornamento sono quelle definite dal DCA U00259 del 06/08/2014. Ferme restando le tempistiche annuali di rinnovo per modifiche ordinarie così come disegnate dall'assetto normativo del citato Decreto, l'Azienda adeguerà tempestivamente la propria organizzazione al verificarsi di significative necessità derivanti da provvedimenti avente carattere di imperatività nazionali, regionali o comunitari ai quali sia necessario adeguarsi, anche in riferimento ad eventuali decisioni concernenti l'attivazione o modifica di reti ospedaliere, l'istituzione di Dipartimenti interaziendali, l'accentramento/decentramento di specifiche funzioni amministrative o sanitarie, anche al di fuori della procedura indicata nel decreto, salvo diversa espressa indicazione regionale.

ALLEGATI

APPENDICE NORMATIVA

Il Presente atto di autonomia aziendale recepisce ed attua le disposizioni di legge nazionale e regionale concernenti il servizio sanitario, nonché gli atti di indirizzo specifici emanati al riguardo. In particolare:

a) il **D.Lgs. n. 502/92** concernente il *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1*

della L. 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni ed integrazioni;

b) il **Decreto Legge c.d. “Spending Review” 6 luglio 2012, n. 95** recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento*

patrimoniale delle imprese del settore bancario”, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135, ove, in particolare, all’articolo 15, comma 13, lettera c), si prevede che *“sulla base e nel*

rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell’articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all’assistenza

24
ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi

di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell’articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Nell’ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l’ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l’assistenza residenziale e domiciliare”;

c) Il **Decreto legge c.d. “Balduzzi” 13 settembre 2012, n. 158** recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”;*

d) la **Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18** recante *“Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.*

Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e successive modificazioni ed integrazioni;

e) la **Legge Regionale 14 luglio 2014, n. 7** recante *“Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: Disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell’ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie”;*

f) l’Intesa ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo **“Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”;**

g) la **Deliberazione n. 133 del 20 marzo 2014**, di approvazione della proposta di legge n. 147 del 24 marzo 2014 recante *“Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione*

Lazio: disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell'ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie”, i cui articoli 2 e 9 recano disposizioni relative al Servizio Sanitario Regionale, incidenti sulla specifica normativa regionale di settore, ancorchè non ancora giuridicamente efficaci;

h) il **DCA 25 Luglio 2014, num. U00247** di “Adozione della nuova edizione dei programmi operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio” .

ORGANIGRAMMA AZIENDALE

