

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 20 marzo 2015, n. U00116

Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Roma B

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

OGGETTO: Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL ROMA B.

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 B, 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. 492 del 14 novembre 2014, e 493 del 17 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;

PRESO ATTO che la Commissione, a seguito dell'esame degli atti proposti dalla ASL ROMA B, ha formulato alcune osservazioni, contenute nelle note prot. n. 58473 del 3 febbraio, e n. 77168 del 12 febbraio 2015 invitando l'Azienda a rivedere l'Atto Aziendale ed a fornire i chiarimenti così da consentire alla Commissione di riesaminare l'Atto in modo più approfondito;

DATO ATTO che il Direttore Generale della ASL ROMA B, con la nota prot. n. 13038 del 18 febbraio 2015 ha formulato alcune proposte di miglioramento e modifica, e fornito i chiarimenti richiesti;

DATO ATTO che la Commissione, nella seduta del 23 febbraio 2015, ha preso visione della nota della ASL ROMA B anzi citata, ed ha ritenuto condivisibili le proposte di modifiche ivi contenute ed esaustivi i chiarimenti forniti;

DATO ATTO altresì che di tale condivisione la ASL ROMA B è stata resa edotta con nota prot. n. 100412 del 24 febbraio 2015, con la quale si è anche precisato che *“Relativamente ai Distretti, ... la configurazione distrettuale della ASL ROMA B e della ASL ROMA C debba tenere conto della nuova configurazione dei Municipi di Roma Capitale.*

In questa prima fase la nuova organizzazione distrettuale deve essere orientata a individuare il Distretto capofila del processo di integrazione, che sarà la ASL ROMA B per i Distretti ex V e VI, e la ASL ROMA C per gli ex Distretti IX e X.

Sempre per questa prima fase non si interverrà sulla rideterminazione del finanziamento regionale, che verrà progressivamente aggiustato in seguito all'effettivo processo di riassetto.

Quanto sopra formerà anche oggetto di una successiva comunicazione inviata ad entrambe le Aziende confinanti, AL ROMA B e ASL ROMA C”.

VISTA la deliberazione del Direttore Generale della ASL ROMA B n. 64 del 25 febbraio 2015, recante *“Rettifica proposta atto ai autonomia aziendale dell'Azienda USL ROMA B conforme alle indicazioni del DCA n. U00259 del 6 agosto 2014”;*

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA B adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 25 febbraio 2015, 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:

di approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA B adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 25 febbraio 2015, la cui copia, custodita presso gli Uffici

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

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

Segue Deliberazione del Direttore Generale della ASL Roma B n. 64 del 25 febbraio 2015.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA B

DELIBERAZIONE N. _____ DEL _____

REGIONE
LAZIO**Struttura proponente:** DIREZIONE GENERALE**OGGETTO: RETTIFICA PROPOSTA ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE DELL'AZIENDA
USL ROMA B CONFORME ALLE INDICAZIONI DEL DCA N.U00259 DEL 6
AGOSTO 2014**

L'Estensore (nome e cognome)

Il Direttore Generale
Dott. Vitaliano De Salazar**Parere del Direttore Amministrativo** (dott.ssa Sabrina Cenciarelli) favorevole non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

firma _____

data _____

Parere del Direttore Sanitario (dott. Vittorio Amedeo Cicogna) favorevole non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

firma _____

data _____

A cura del proponente: non comporta impegni di spesa comporta impegni di spesa (riempire le 2 tabelle sottostanti) comporta impegni di spesa con recupero disponibilità residua da Sub-Autorizzazioni non utilizzate (riempire le 2 tabelle sottostanti e le 2 della pagina successiva)

	Codice	Descrizione
Centro di Costo Proponente (ufficio liquidante)		
CIG (Codice Identificativo Gara)		
CUP (Codice Unico di Progetto)		

Codice Conto	Descrizione Conto	Importi	Anno/Mesi di riferimento

Firma del Proponente: _____

Data _____

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Il Responsabile del Procedimento: _____ nome e cognome

data _____

firma _____

Il Dirigente: _____ nome e cognome

data _____

firma _____

La presente deliberazione si compone di n. _____ pagine, di cui n. _____ pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale.

Segue deliberazione n. del

A cura del Proponente/Richiedente in caso di recupero da Sub-Aut. non utilizzate o utilizzate solo in parte:

<u>Riferimento Sub</u>	<u>Conto 1 da cui sottrarre l'importo</u>	<u>Descrizione conto 1</u>	<u>Importo</u>

<u>Conto 2 a cui assegnare l'importo</u>	<u>Descrizione conto 2</u>	<u>Importo</u>	<u>Anno/Mesi di riferimento</u>

Data _____ Firma del Proponente/Richiedente _____

A cura della UOC Contabilità Generale e Bilancio (conti economici – nuova Sub-Aut.):

- non comporta scostamenti dal Budget annuale (Dlb. _____)
- comporta scostamenti dal Budget annuale (Dlb. _____), per un importo pari ad € _____
- Sub-Autorizzazione _____

Data _____ Firma _____

A cura della UOS Ciclo Attivo Fiscale e Contabilità di Progetto (conti di progetto – nuova Sub-Aut.):

Il presente atto comporta la costituzione e/o l'utilizzo di Contabilità di Progetto n. _____ di cui alla Delibera n.171 del 14/02/2008 per un finanziamento pari a € _____

Data _____ Firma _____

A cura della UOC Contabilità Generale e Bilancio e della UOS Ciclo Attivo Fiscale e Contabilità di Progetto (investimenti/manutenzione straordinaria – nuova Sub-Aut.):

Il presente atto riguarda investimenti assoggettati alla procedura di cui alla Delibera n.1056 del 14/12/2011

Conto: _____ Descrizione conto: _____

Sub-Autorizzazione: _____

Data _____ Firma _____



Segue deliberazione n. del

L'anno 2015 il giorno _____ del mese di _____ nella Sede Legale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale RM B, sita in Roma, Via Filippo Meda 35, la Direzione Generale relaziona alla Direzione Strategica quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

PREMESSO che con Delibera Aziendale n. 492 del 14 Novembre 2014, è stata approvata la proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B conforme alle indicazioni del DCA N. U00259 del 06 Agosto 2014;

CHE è stata trasmessa alla Regione Lazio la proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B conforme alle indicazioni del DCA N. U00259 del 06 Agosto 2014;

RECEPITA la nota regionale Prot. n.77168 del 12 febbraio 2015, con la quale la Regione Lazio ha comunicato all'Azienda Asl Roma B le osservazioni che la Commissione, nominata con DCA 426/2014, ha formulato in merito alla proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B;

RITENUTO necessario rivedere conseguentemente l'Atto Aziendale e fornire i chiarimenti richiesti;

VISTA la nota n. 0013038/2015 del 18 Febbraio 2015, con la quale l'Azienda Asl Roma B ha riscontrato la nota regionale n. 77168 del 12 febbraio e trasmesso i nuovi organigrammi e la stesura revisionata dell'Atto Aziendale;

RECEPITA la nota regionale Prot. N.100412 del 24 febbraio 2015, con la quale la Regione Lazio ha comunicato all'Azienda Asl Roma B che la Commissione, incaricata di supportare l'Amministrazione Regionale nel processo di valutazione degli Atti Aziendali, ha preso atto dei chiarimenti e delle proposte di modifica di cui alla nota aziendale prot. N. 13038 del 18 febbraio 2015;

CONSIDERATO che la Commissione, con la nota citata nel precedente punto, ha ritenuto approvabile la proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B revisionato alla luce delle precisazioni di cui alla nota regionale n. 77168 del 12 febbraio;

RITENUTO di adottare la nuova proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B redatto alla luce delle precisazioni di cui alla nota regionale n. 77168 del 12 febbraio;

Segue deliberazione n. del

Il Direttore Generale **Dott. Vitaliano De Salazar**, in virtù dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0024 del 30.01.2014; prendendo atto dei pareri espressi dal Direttore Amministrativo **Dott.ssa Sabrina Cenciarelli** e dal Direttore Sanitario **Dott. Vittorio Amedeo Cicogna**

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa, che fanno parte integrante del presente provvedimento,

- di prendere atto della nota regionale Prot. n.77168 del 12 febbraio 2015, con la quale la Regione Lazio ha comunicato all'Azienda Asl Roma B le osservazioni che la Commissione, nominata con DCA 426/2014, ha formulato in merito alla proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B;
- di prendere atto della nota regionale Prot. N100412 del 24 febbraio 2015, con la quale la Regione Lazio ha comunicato all'Azienda Asl Roma B che la Commissione, incaricata di supportare l'Amministrazione Regionale nel processo di valutazione degli Atti Aziendali, ha preso atto dei chiarimenti e delle proposte di modifica di cui alla nota aziendale prot. N. 13038 del 18 febbraio ed ha ritenuto approvabile la proposta dell'atto di Autonomia dell'Azienda USL Roma B revisionato alla luce delle precisazioni di cui alla nota regionale n. 77168 del 12 febbraio;
- di approvare l'allegata proposta di nuovo atto aziendale dell'Azienda USL Roma B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione redatto alla luce delle precisazioni di cui alla nota regionale n. 77168 del 12 febbraio.

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art.32 della L.n.69/2009

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Vitaliano De Salazar

Segue deliberazione n. _____ del _____

PUBBLICAZIONE

In attuazione a quanto disposto dall'art. 32 della L.n.69 del 18.6.2009 ai fini della pubblicità legale, la presente deliberazione è stata pubblicata (in oggetto/per esteso) sul sito internet aziendale www.aslromab.it

in data _____

IL DIRETTORE
U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
(Dott.ssa Roberta Taurino)

- Atto trasmesso al Collegio Sindacale in data _____
con osservazioni

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo, composto da n. _____ pagine.

Roma, _____

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
ROMA B**

**ATTO
AZIENDALE
2014**



Rev. 62 del 25 Febbraio 2015

INDICE

TITOLO I.....	4
<i>DISPOSIZIONI GENERALI</i>	4
ARTICOLO 1 – OGGETTO	4
ARTICOLO 2 – SEDE, LOGO, PATRIMONIO	4
ARTICOLO 3 - AMBITO TERRITORIALE ED ARTICOLAZIONE DELL’AZIENDA	5
ARTICOLO 4 – FINALITA’	14
TITOLO II –VALORI E STRATEGIE AZIENDALI	15
ARTICOLO 5 – PRINCIPI E VALORI FONDANTI L’AZIENDA	15
ARTICOLO 6 – LINEE STRATEGICHE AZIENDALI E GOVERNO CLINICO	16
ARTICOLO 7 – PARTECIPAZIONE, TRASPARENZA E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI	23
ARTICOLO 8 - PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLA PREVENZIONE.....	25
ARTICOLO 9 - FUNZIONI ED ATTIVITA’ DI LIVELLO SOVRAZIENDALE	27
ARTICOLO 10 – TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO: IL POLO PENITENZIARIO DI REBIBBIA E L’AREA DI COORDINAMENTO SANITA’ PENITENZIARIA	30
ARTICOLO 11 – PARI OPPORTUNITÀ, TUTELA DELL’AMBIENTE DI LAVORO E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI	32
TITOLO III - ASSETTO ISTITUZIONALE	33
ARTICOLO 12 - ORGANI DELL’AZIENDA	33
ARTICOLO 13 - DIRETTORE GENERALE	33
ARTICOLO 14 - COLLEGIO SINDACALE	36
ARTICOLO 15 – CONFERENZA LOCALE PER LA SANITA’	36
ARTICOLO 16 – DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO	37
ARTICOLO 17 – COLLEGIO DI DIREZIONE	39
ARTICOLO 18 - CONSIGLIO DEI SANITARI	40
ARTICOLO 19 – ALTRI ORGANISMI AZIENDALI	41
ARTICOLO 20 – IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ED IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA	42
ARTICOLO 21 - FUNZIONI DIRIGENZIALI E DELEGA	44
TITOLO IV – SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	47
ARTICOLO 22 - PIANO DELLA PERFORMANCE.....	47
ARTICOLO 23 – CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE , VALUTAZIONE E SISTEMI PREMIANTI.....	47
ARTICOLO 24 – ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE	49

TITOLO V – IL BILANCIO	50
ARTICOLO 25 – IL BILANCIO	50
TITOLO VI – ORGANIZZAZIONE DELL’AZIENDA SANITARIA	51
ARTICOLO 26 - PRINCIPI DI RIFERIMENTO DELL’ORGANIZZAZIONE	51
ARTICOLO 27 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PARAMETRI STANDARD	53
ARTICOLO 28 – DISTRETTO	54
ARTICOLO 29 - DIPARTIMENTO	64
ARTICOLO 30 - ORGANI DEL DIPARTIMENTO	69
ARTICOLO 31 - FUNZIONI AMMINISTRATIVE CENTRALI E TERRITORIALI	71
ARTICOLO 32 - FUNZIONI DI STAFF	72
ARTICOLO 33 - ARTICOLAZIONI AZIENDALI	73
ARTICOLO 34 - MODELLI OPERATIVI	75
ARTICOLO 35 - DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI	77
TITOLO VII – RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA.....	79
ARTICOLO 36 – OSPEDALE	79
ARTICOLO 37 - ARTICOLAZIONE DELL’OFFERTA OSPEDALIERA	81
ARTICOLO 38 - RETI REGIONALI DI SPECIALITA’	81
TITOLO VIII – ARTICOLAZIONE DIPARTIMENTALE.....	83
ARTICOLO 39 - DIPARTIMENTI DELLA ASL ROMA B	83
TITOLO IX – NORMA TRANSITORIA	92
ARTICOLO 40 – GESTIONE TRANSITORIA DISTRETTI ACCORPATI TRA LE ASL RMB ED RMC	92
BIBLIOGRAFIA	93

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ARTICOLO 1 – OGGETTO

Il presente atto aziendale costituisce regolamento di organizzazione ai sensi dell'art. 7, c. 1, della Legge Regionale del 16 marzo 2011, n. 1, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 47 e 53 dello Statuto Regionale, anche ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 7 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, nonché, lo strumento giuridico mediante il quale l'azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (ex articolo 2, comma 2-sexies, del D.Lgs n. 502/1992, come modificato dall'art.1 del D.Lgs n. 168/2000).

La disciplina alla base della regolamentazione dell'atto di organizzazione aziendale trova altresì riferimento nella Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18, che istituisce le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il presente Atto disciplina pertanto l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma B, individuando lo specifico modello organizzativo e funzionale, in conformità con le leggi vigenti e nel rispetto delle disposizioni del Piano di Rientro di cui all'articolo 1, comma 180, della Legge finanziaria statale n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007 ed approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 149 del 6 marzo 2007, nonché dell'art.15, comma 13 del Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135.

Nella stesura del presente atto aziendale, si tiene comunque conto della ulteriore vigente normativa nazionale e regionale di riferimento.

La rete assistenziale ed i relativi assetti organizzativi potranno essere oggetto di ulteriori modifiche in riferimento ai provvedimenti normativi adottati dalla Regione (DCA 428/2013, DCA 40/2014)

ARTICOLO 2 - SEDE, LOGO, PATRIMONIO

L'Azienda che assume il nome di "*Azienda Unità Sanitaria Locale Roma B*", di seguito denominata Azienda o ASL, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle vigenti disposizioni legislative.

La sede legale è in Roma, Via Filippo Meda 35 (Cap. 00157).

Il logo aziendale è quello risultante dall'allegato 1 al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

L'Azienda ha costruito il proprio sito internet aziendale all'indirizzo <http://www.aslromab.it> sul quale, ai sensi dell'art. 32 della Legge 18/06/2009 n. 69, sono assolti gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, gli elementi identificativi aziendali, corredati con le indicazioni dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti, dell'elenco delle strutture sanitarie disponibili. Sono altresì indicate le modalità di garanzia della informazione, della tutela dei diritti degli utenti anche ai fini della corretta fruizione del sistema.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse materiali ed immateriali che concorrono a svolgere le attività aziendali e il perseguimento delle finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto dai beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultante dal registro dei cespiti.

ARTICOLO 3 - AMBITO TERRITORIALE ED ARTICOLAZIONE DELL'AZIENDA

La Deliberazione della Assemblea Capitolina n 11/2012 ha ridefinito le delimitazioni dei Municipi di Roma Capitale, con la riduzione del loro numero, da 19 a 15.

La nuova mappa è di seguito riportata in figura 1:

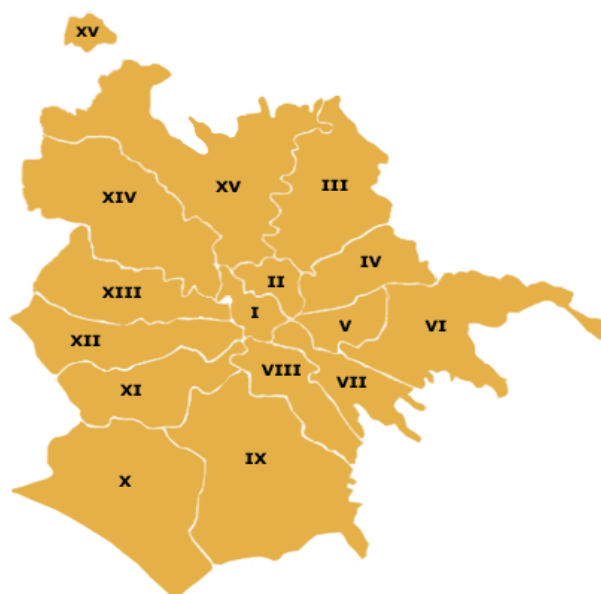


Figura 1 Il riassetto dei Municipi del Comune di Roma fonte Comune di Roma

Tale riprogettazione delle delimitazioni dei Municipi ha comportato una revisione dei confini territoriali della ASL ROMA B che adesso consta dei seguenti Municipi: IV, V, e VI, modificandone dunque la

consistenza territoriale e dunque la popolazione assistita come di seguito riassunta in tabella 1:

Tabella 1 Sinossi modifiche introdotte dalla delibera 11/2013 della Assemblea Capitolina

Nuovi Municipi Asl RM B delibera n 11/2013	Costituito dai vecchi ex Municipi	Popolazione da assistere DCA 259/14
IV	Coincide con il preesistente territorio dell'ex Municipio V – I Distretto	175.891
V	Territorio che ha accorpato gli ex Municipi VI e VII – II Distretto	245.233
VI	Coincide con il preesistente territorio dell'ex Municipio VIII – III Distretto	258.326
Totale Popolazione ASL Roma B		679.450

La Azienda USL Roma B si colloca dunque nella zona sud-est del Comune di Roma (Figura 2).

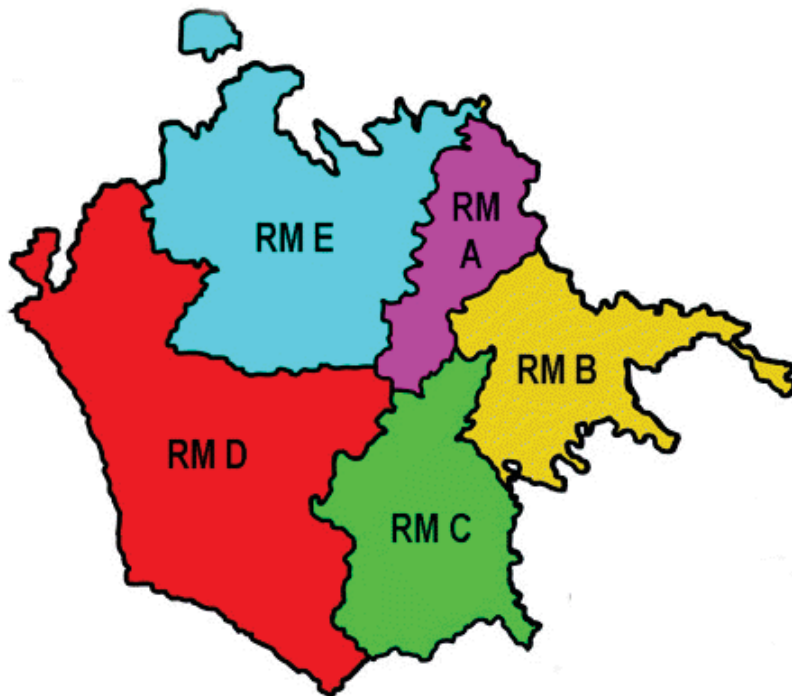


Figura 2 - Aziende USL del Comune di Roma

La distribuzione per Distretto Sanitario della superficie e della popolazione è così articolata:

Area distrettuale del nuovo Municipio IV: è caratterizzato da quartieri popolari e “storici” come Pietralata, Casalbertone, Tiburtino, S. Basilio, e si estende lungo la via Tiburtina fino ai Comuni di Tivoli, Galliciano, Palestrina e Zagarolo.

Nel I Distretto è presente il complesso carcerario di Rebibbia che ospita circa 2500 detenuti con un turn over di circa 4000-5000 reclusi l’anno.

Sul territorio del I Distretto si trovano due strutture di ricovero per acuti: Ospedale S. Pertini ¹ (365 P.L.) e la casa di cura accreditata Nuova Itor (133 P.L.); una casa di cura per malattie neuropsichiatriche (Castello della Quietè, 30 P.L. + 40 P.L. RSA) e un istituto privato per malattie neurologiche (S. Alessandro, 84 P.L.). Sono inoltre presenti 16 strutture territoriali della ASL, tra le quali si segnalano tre Poliambulatori specialistici, tre consultori familiari, cinque strutture del DSM, oltre alla sede amministrativa dell'Azienda. La sede del SERT si trova attualmente sul territorio della ASL RMA.

Il I Distretto confina a nord ovest con la ASL RMA sul cui territorio sono presenti il Policlinico Umberto I, l'Ospedale G. Eastman e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", che risultano forti "attrattori" per la popolazione residente nell'ex V Municipio.

Area Distrettuale del nuovo V Municipio: è il più piccolo come estensione (19,6 Km²) ma è anche il più densamente popolato (oltre 6.500 abitanti per km²), tre volte circa la media cittadina. Comprende zone con insediamenti urbanistici e popolazione ormai stabilizzati, quali Centocelle, il quartiere con il maggior numero di residenti, l'Alessandrino e Tor Sapienza.

Nel II Distretto non vi sono strutture di ricovero aziendali, ma sono presenti la casa di cura accreditata per acuti *Guarnieri* (109 P.L.), la casa di cura privata *Rome American Hospital* (150 P.L.) e la RSA *Villa Lucia* (48 P.L.). Come strutture aziendali territoriali vi sono tre ambulatori specialistici, quattro consultori, due strutture DSM, il SERT, la sede del servizio farmaceutico territoriale, la sede del servizio veterinario (presso il Centro Carni).

Area Distrettuale del nuovo VI Municipio: è la zona di Roma dove si registra il più alto numero di residenti: circa 256.000 a fine 2012. L'ampia estensione di 11.335 ettari e la presenza di terreni non ancora urbanizzati e destinati alle coltivazioni, determina una densità abitativa di circa 2.260 abitanti per km², valore assai più basso rispetto alla media aziendale. Accanto ad alcune zone ormai pressoché sature, come Torre Angela, Torre Spaccata, Torre Maura, ce ne sono altre in poderoso sviluppo (Borghesiana, Giardinetti).

L'ex VIII municipio presenta il maggiore dinamismo demografico dell'intero Comune, con un fortissimo movimento migratorio in entrata ed una alta natalità. La popolazione appartiene a fasce economiche medio-basse.

In questo distretto sono presenti la struttura di ricovero per acuti Policlinico Casilino (242 P.L.), due RSA (Madonna del Divino Amore e Mendicini) per un totale di 70 P.L., tre consultori, sei strutture del DSM, un Ser.T. e la sede del servizio farmaceutico. E' presente in questo quadrante della città di Roma il Policlinico Universitario Tor Vergata.

L'analisi demografica e territoriale

La popolazione iscritta in anagrafe, secondo i dati del Comune di Roma aggiornati al 31/12/2012,

¹ I posti letto cui si riferisce nel presente paragrafo sono tratti dal sistema informativo NSIS

ammonta a 679.450 abitanti, cifra superiore a quelle di città come Palermo e Genova (rispettivamente quinto e sesto comune italiano), e quasi doppia rispetto a Bologna o Firenze. La distribuzione per sesso e per età, per ognuno dei distretti della ASL, evidenzia come la natalità risulti ridotta, mentre il prolungamento della vita media comporti un aumento relativo delle fasce di età media e avanzata, rispetto alle fasce infantili e giovanili. Il **trend** della popolazione mostra una tendenza all'aumento, in linea con l'andamento dell'intero Comune. In dieci anni, tra il 2003 e il 2012, i residenti sono aumentati di circa il 7%.

Gli Indicatori strutturali

Gli indicatori strutturali della popolazione della ASL Roma B sono orientati complessivamente verso una situazione di minore anzianità e maggiore dinamismo rispetto alla media del Comune di Roma e dell'Italia (Tabella 2), con una tendenza all'invecchiamento presente ma in lieve riduzione negli ultimi anni. Anche in questo caso, comunque, il dato è fortemente influenzato dalla presenza dell'ex VIII Municipio (nuovo VI), che è certamente tra i più giovani e a più tumultuoso inurbamento dell'intera città, mentre gli altri distretti seguono più da vicino l'andamento della media comunale.

Tabella 1 - Indici demografici ASL Roma B - Popolazione residente al 31/12/2012 e dati di confronto. Fonte: Elaborazione da dati dell'Ufficio Statistico Comune di Roma

Indici demografici ASL RMB - Popolazione residente al 31/12/2012 <i>Ricavati dai dati del Comune di Roma (Ufficio statistico)</i>						Dati di confronto				
	Distr 1 ex V Munic	Distr 2 ex VII Munic	Distr 3 ex VIII Munic	Distr 4 ex X Munic	ASL RMB	ASL RMB 31/12/2011	ASL RMB 31/12/2010	ASL RMB 31/12/2009	Roma 31/12/2012	Italia 31/12/2011
popolazione totale residente	177.737	125.029	256.416	185.032	744.214	735.230	730.120	722.252	2.913.349	59.394.207
<i>maschi</i>	85.079	59.842	128.493	87.839	361.253	356.745	354.073	350.007	1.381.887	28.726.599
<i>femmine</i>	92.658	65.187	127.923	97.193	382.961	378.485	376.047	372.245	1.531.462	30.667.608
superficie (kmq)	49,4	19,1	113,4	38,7	220,4	220,4	220,4	220,4	1.285,3	301,191
densità (ab/kmq)	3.602	6.560	2.262	4.784	3.376	3.335	3.312	3.276	2.267	197
resid 0-14aa	22.724	16.562	41.480	24.977	105.743	104.222	102.838	101.066	386.557	8.325.217
resid 15-64aa	117.124	83.218	178.233	120.183	498.758	494.263	493.336	488.286	1.894.849	38.698.168
resid >64aa	37.889	25.249	36.703	39.872	139.713	136.745	133.946	132.900	631.943	12.370.822
indice di invecchiam (% >64aa)	21,3%	20,2%	14,3%	21,5%	18,8%	18,6%	18,3%	18,4%	21,7%	20,8%
indice di vecchiaia (1)	166,7	152,5	88,5	159,6	132,1	131,2	130,2	131,5	163,5	148,6
indice di dipendenza (2)	51,8	50,2	43,9	54,0	49,2	48,8	48,0	47,9	53,8	53,5
nati nell'anno	1.385	1.073	3.063	1.510	7.031	7.349	7.104	7.354	24.463	546.585
morti nell'anno (2010)	1.591	1.202	1.650	1.705	6.148					
tasso natalità (x1000)	7,8	8,6	11,9	8,2	9,4	10,0	9,7	10,2	8,4	9,2
tasso mortal grezzo (x1000) (2010)	8,9	9,7	6,8	9,3	8,4					
donne in età fertile 15-49aa	40.193	29.476	64.570	42.241	176.480	175.902	176.759	176.174	666.424	13.523.351
tasso di fecondità (x1000) (3)	34,5	36,4	47,4	35,7	39,8	41,8	40,2	41,7	36,7	40,4
indice di fecondità (stima) (4)	1,21	1,27	1,66	1,25	1,39	1,46	1,41	1,46	1,28	1,41
stranieri residenti	14.453	17.623	45.432	14.189	91.697	83.469	78.038	69.131	381.101	4.053.599
% stranieri	8,1%	14,1%	17,7%	7,7%	12,3%	11,4%	10,7%	9,6%	13,1%	6,8%

1 - Indice di vecchiaia: (residenti età >64) / (residenti età <15aa) x100
2 - Indice di dipendenza: (residenti di età >64aa + residenti di età <15aa) / (residenti di età 15-64aa) x100
3 - Tasso di fecondità: (nati nell'anno / donne 15-49aa) x1000
4 - Indice di fecondità: n. medio di figli per donna

Indice di invecchiamento

La popolazione anziana ultra - sessantaquattrenne residente nel territorio dell'ASL RMB, dai dati

dell'Ufficio statistico del Comune di Roma, risulta essere, al 31/12/2012, pari a 139.713 persone, di cui il 57,7% è rappresentato da femmine. L'indice di invecchiamento dell'ASL RM/B è corrispondente al 18,8% della popolazione totale. Tale percentuale è inferiore al valore del Comune di Roma, pari a 21,7% nel 2012, ed a quello nazionale, pari a 20,8% nel 2011.

Negli ultimi cinque anni l'indice si è mantenuto pressoché costante nell'ASL RM/B (con un valore compreso tra il 18,5% del 2008 e 18,8% del 2012), in linea con l'andamento rilevato nel Comune di Roma (valore pari a circa il 21%) ed in Italia (valore pari a circa 20%).

Indice di vecchiaia

L'indice è dato dal rapporto tra la popolazione di età maggiore di 64 anni e la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, moltiplicato per 100. Nell'ASL RM B l'indice presenta nel 2012 un valore di 132,1, minore sia rispetto al Comune di Roma (163,5), che al valore nazionale (148,6). L'andamento dell'indice di vecchiaia dal 1999 al 2012 evidenzia un trend in crescita in tutti i distretti ed in tutte le zone urbanistiche fino al 2007 e successivamente un andamento più irregolare.

Nell'ASL è passato da circa 108 nel 1999 a 132 nel 2012.

Indice di dipendenza economica.

Questo indice mette in rapporto la popolazione in età non produttiva (<15aa e >64aa) con quella in età lavorativa (tra 15 e 64 anni di età), rapportata a 100, ed è quindi espressione del teorico carico di bisogno che grava sulla produzione. Il valore nazionale dell'indice è pari circa a 53 nel 2011 (53 soggetti in età non lavorativa per ogni 100 in età lavorativa), e tale è anche il valore relativo al Comune di Roma.

Nella ASL RMB è passato da 41,5 nel 1999 a 49,2 nel 2012, con un incremento di circa il 1% l'anno (Fig. 3).

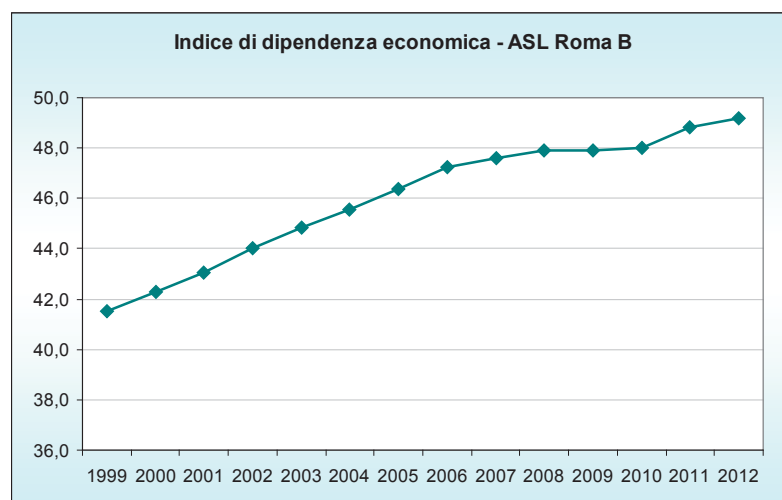


Figura 3 - Indice di dipendenza economica - trend anni 1999-2012 ASL Roma B

Gli Indicatori dinamici

La natalità

Nella ASL nascono mediamente poco più di 7.000 bambini l'anno. Il **tasso di natalità** è stato nel 2012 del 9,4x1.000, molto vicino al valore nazionale (2011) e nettamente più alto della media del Comune di Roma. Tuttavia questo valore è spinto in alto essenzialmente dall' altissima natalità dell'ex VIII Municipio (circa 12x1.000), mentre negli altri si è più vicini alla media comunale. L'andamento di questo indice negli ultimi 10 anni mostra una sostanziale stabilità (9-10x1.000), con valori costantemente più alti nell'ex VIII Municipio.

Il **tasso di fertilità** (bambini nati per ogni 1.000 donne in età fertile, cioè tra 15 e 49aa) è stato nel 2012 di 39,8, inferiore alla media nazionale ma lievemente superiore a quella comunale. Anche qui è particolarmente elevato il dato del III distretto (ex VIII Municipio), nel quale dunque l'elevata natalità non è da attribuire solo al maggiore numero di donne in età fertile, ma ad una maggiore propensione alla procreazione, legata in parte (ma non solo) all'elevato contributo delle donne straniere. E' da notare che il denominatore di questo rapporto è sottostimato per la mancanza del dato sulle straniere temporaneamente presenti (STP), che contribuiscono in quantità non trascurabile alla natalità.

Il bilancio migratorio

Va precisato che la componente straniera, presente soprattutto nel versante dell'immigrazione, non costituisce quasi mai la maggioranza del fenomeno, che è invece in gran parte legato agli spostamenti dei cittadini italiani all'interno del Comune.

Il volume della immigrazione mostra notevole aumento negli anni 2008-2010, probabilmente a causa di ondate di regolarizzazioni, ed è legato soprattutto al suo andamento nel III distretto, dove è più forte la componente straniera.

Gli stranieri iscritti in anagrafe

L'analisi che segue non può non tener conto della significativa quota di immigrati irregolari o, comunque non iscritti in anagrafe, genericamente denominati Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), che è difficilmente quantificabile. Ci si deve dunque limitare alla descrizione dei dati che provengono dagli Uffici Anagrafici comunali, e che si riferiscono alla componente regolare del fenomeno migratorio.

La **percentuale degli stranieri** iscritti in anagrafe è complessivamente del 12,3% nella ASL Roma B, quasi doppio rispetto al valore nazionale ma ancora leggermente inferiore a quello comunale. Vi è una disomogeneità della crescita della componente straniera sul territorio, infatti, negli ex Municipi VII e VIII l'incremento degli immigrati ha assunto carattere più spiccato, così che attualmente la quota di stranieri presenti supera nettamente la media comunale. In particolare, nell'ex VIII Municipio (attuale VI) la percentuale di stranieri iscritti in anagrafe ha raggiunto il 18%, e il numero assoluto di questi ultimi ha

superato le 45.000 unità, quadruplicando in 10 anni e raggiungendo la metà dell'intera ASL. Va ribadito che tali cifre potrebbero risultare sottostimate per la probabile consistente presenza, soprattutto in quel distretto, di una quota di immigrazione irregolare e non censibile.

La quota degli stranieri è ancora più evidente se si considerano le fasce di età giovanile e media, come è desumibile dalla struttura per età particolarmente giovane di questa popolazione, ben evidenziata dalla piramide delle età (Fig. 4)

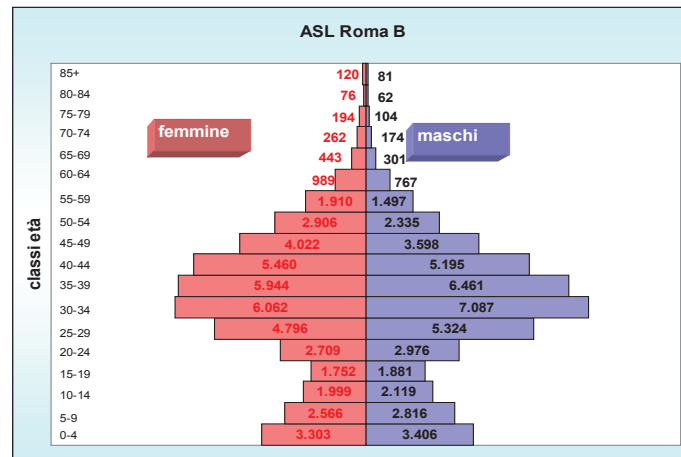


Figura 4 – Piramide dell'età – Popolazione straniera residente al 31/12/2012

L'analisi per **provenienza** degli stranieri iscritti in anagrafe può essere utile ai fini della programmazione socio-sanitaria (problemi di mediazione culturale, considerazioni epidemiologiche). Il gruppo di provenienza maggiormente rappresentato nella ASL RMB (Fig. 5) è quello dell'Europa comunitaria (42%), che nell'arco di otto anni è incrementato di oltre nove volte, anche per il passaggio alla condizione comunitaria di alcune nazioni (in particolare la Romania) che forniscono grandi quote di immigrazione al nostro paese. I rumeni costituiscono circa il 40% del totale degli immigrati nella nostra ASL, e per oltre il 60% sono collocati nell'ex VIII Municipio. Notevole anche la componente asiatica, che resta negli ultimi anni quasi costantemente attorno al 24% degli stranieri presenti nel territorio aziendale, in particolare rappresentata da bengalesi e cinesi.

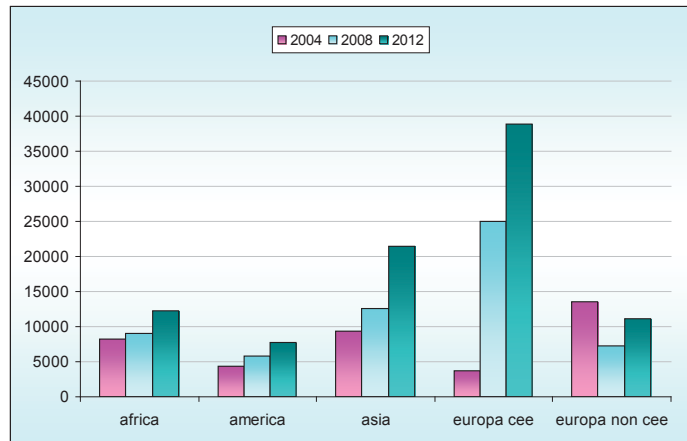


Figura 5 - Stranieri iscritti in anagrafe nel territorio della ASL Roma B, per grandi gruppi di provenienza Anni 2004- 2008-2012

La popolazione nomade

La stima dell'ammontare della popolazione nomade presenta notevoli difficoltà e risulta aleatoria nel tempo, in considerazione della sua peculiare natura, e tuttavia è importante per la programmazione di interventi che assumono un particolare significato sanitario, date le problematiche socio-sanitarie di questi gruppi etnici. Un censimento realizzato dalla Croce Rossa Italiana nel 2010 riportava la presenza nel territorio della ASL RMB di circa il 35% della popolazione nomade della intera città di Roma.

I nomadi presenti nei campi ammontavano a circa 2.000 unità, distribuiti in 6 campi (Tab. 3).

Particolare rilievo assume in tale contesto la presenza infantile, dato l'elevato tasso di natalità di questi gruppi etnici. Si stima che la componente di età inferiore a 15 anni rappresenti il 40% circa della popolazione; ne derivano importanti implicazioni riferibili all'area materno-infantile, in specie riguardo l'attività vaccinale.

Tab. 3 – Campi nomadi ASL Roma B e loro popolazione (Dati CRI 2010)

	n campi	popolazione
D1	4	770
D2		
D3	1	900
D4	1	340
Totale	6	2.010
ASL RMB		2.010
ASL RMA		260
ASL RMC		1.648
ASL RMD		881
ASL RME		1.008
Totale ROMA		5.807
% ASL RMB		35%

La popolazione ristretta

Sul territorio dell'ASL Roma B, viene gestita, con proprio personale, l'attività assistenziale per le persone ristrette nel Complesso Carcerario di Rebibbia che è articolato nei seguenti istituti di detenzione:

- Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso
- Casa di Reclusione Rebibbia
- Casa Circondariale Rebibbia Femminile
- III Casa Circondariale ICATT di Rebibbia

La popolazione ristretta del Complesso Carcerario ammonta, di norma, a circa 2.400 unità, pari a circa il 35% della popolazione detenuta in tutta la Regione Lazio, ma, a causa dei continui avvicendamenti, vi transitano nell'anno circa 4.000 persone.

La ASL Roma B effettua nelle strutture carcerarie di Rebibbia interventi di prevenzione e di assistenza ai detenuti ed ai tossicodipendenti ristretti, e, presso l'Unità Operativa Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini (22 p.l.), gli accertamenti diagnostici e l'attività di ricovero. Tale U.O. gestisce, oltre i reclusi del Complesso Carcerario di Rebibbia, anche i detenuti degli altri Istituti Penitenziari del Lazio.

ARTICOLO 4 – FINALITA'

L'Azienda USL Roma B si configura come una organizzazione che:

- a) agisce per il miglioramento dello stato di salute dei cittadini nel proprio contesto socio-ambientale, sviluppando alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale e assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale;
- b) sperimenta nuove modalità organizzative di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico;
- c) gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità, operando con trasparenza in un'ottica di compatibilità e sostenibilità economica con l'intero sistema socio-economico regionale;
- d) persegue la valorizzazione del proprio apparato di professionisti e di tecnologie come patrimonio dell'Azienda.

La missione strategica aziendale è:

incentrata sul soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative di salute dei cittadini, soprattutto delle fasce di popolazione fragile, promuovendo la presa in carico e gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci, appropriate, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

La visione strategica aziendale è:

fondata sul miglioramento della risposta ai bisogni di salute dei Cittadini, in un'ottica di equità, uguali opportunità, appropriatezza, efficacia e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati, garantendo la comunicazione e la partecipazione dei Cittadini, sviluppando con essi integrazioni, alleanze e sinergie, sviluppando e valorizzando altresì il capitale costituito dai professionisti e dal loro impegno nel fornire prestazioni e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

TITOLO II –VALORI E STRATEGIE AZIENDALI

ARTICOLO 5 – PRINCIPI E VALORI FONDANTI L’AZIENDA

L’ Azienda assume quali principi e valori fondanti ai fini della programmazione e gestione delle proprie attività:

- a) *Centralità del Cittadino*, che è beneficiario dei servizi.
- b) *Universalità*, nei confronti di tutti i cittadini che si trovino nello stato di bisogno indipendentemente dall’appartenenza a qualsiasi ceto, razza, religione e nazionalità.
- c) *Equità di accesso*, favorendo gli interventi di distribuzione capillare dei servizi di base sul territorio per facilitarne la fruizione da parte dei cittadini, in un sistema di garanzie fondato sull’eguaglianza dei diritti e dei doveri che responsabilizza tutti nello sviluppo della sanità.
- d) *Equità di trattamento*, attraverso una chiara definizione dei processi assistenziali intesi come sequenza integrata di attività da offrire al cittadino.
- e) *Affidabilità del servizio* mantenendo gli impegni assunti e i tempi stabiliti.
- f) *Efficacia ed appropriatezza delle prestazioni*, intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni messe in atto da professionisti competenti, supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, tali da conseguire gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall’Azienda
- g) *Efficacia gestionale ed organizzativa* intesa come flessibilità e capacità di adeguare i comportamenti, l’uso delle risorse e la varietà dei prodotti/servizi, ai continui e rapidi cambiamenti interni ed esterni all’Azienda.
- h) *Integrazione* delle risorse, ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociali finalizzata ad assicurare la presa in carico, la continuità assistenziale e l’efficienza della prestazione attraverso un processo negoziale trasparente e continuo fra i dirigenti responsabili delle varie strutture.
- i) *Trasparenza* dell’organizzazione che si impegna a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri (evidenze di efficacia) su cui si basano le scelte di governo clinico e politica sanitaria, l’esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti.
- j) *Riservatezza*, garantita ai cittadini in ogni fase del processo assistenziale e delle procedure tecnico–amministrative;

- k) *Sicurezza* dei prodotti, processi e ambienti di lavoro, intesa come sviluppo ed implementazione continua di un insieme di regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.
- l) *Economicità* ed ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse rese disponibili dall'Ente Regione perseguendone il costante contenimento e la ricerca della massima efficienza di spesa pur anche garantendo l'erogazione dei Livelli Essenziali previsti.

ARTICOLO 6 – LINEE STRATEGICHE AZIENDALI E GOVERNO CLINICO

La logica sottesa alla pianificazione strategica è l'innovazione e l'ottimizzazione dei modelli organizzativi applicando i principi e le logiche del governo clinico.

Il Governo Clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità, nel miglioramento continuo dei servizi e nella salvaguardia di elevati standard assistenziali da parte dei professionisti e della Organizzazione. L'introduzione ed il consolidamento dei principi del Governo Clinico deve favorire la crescita e lo sviluppo di una nuova cultura dell'organizzazione e del sistema di operare, in grado di realizzare una stretta interconnessione tra i processi per il miglioramento continuo della qualità assistenziale e l'erogazione dei servizi sanitari.

Operativamente il Governo Clinico si realizza con la costruzione delle appropriate relazioni funzionali tra le diverse componenti dell'Azienda a cui sono assegnate responsabilità cliniche ed organizzative.

L'esercizio del Governo Clinico, da parte di tutti i soggetti, a vario titolo coinvolti, e a cui compete la responsabilità delle scelte e delle decisioni, non può prescindere dal perseguimento della efficienza, della efficacia, della economicità, della sicurezza e della qualità delle prestazioni.

In ambito aziendale l'esercizio del Governo Clinico trova la sua naturale collocazione nella Direzione Aziendale, nelle Direzioni delle Infrastrutture Aziendali e nella Direzione delle Strutture Complesse .

Per assicurare, alla luce di tali principi, la continuità delle cure e la concreta integrazione ospedale territorio si è individuato il modello ad intensità delle cure come risposta coerente sia per l'erogazione delle attività di degenza ospedaliera (ordinaria ed in Day Hospital/Surgery) sia per le attività distrettuali. In tale modello si intravede la possibilità di rispondere in maniera più coerente alle istanze delle Persone Assistite.

Per assicurare una assistenza performante, sia dal punto di vista qualitativo, sia dal punto di vista della sicurezza delle cure per le fasce fragili, si è individuato come maggiormente efficace

ed efficiente il Chronic Disease Model che è stato declinato sinergicamente con il modello organizzativo ad intensità di cure al fine di una integrazione erogativa con mantenimento degli standard assistenziali.

Per assicurare le interazioni interaziendali in un'ottica di rete si è scelta la modalità di approccio per percorsi in logica hub & spoke. Lo sviluppo di PDTA garantirà dunque una maggiore ottimizzazione dei processi ed una maggiore accessibilità alle cure. La logica hub & spoke ha inoltre interessato le attività di rimodulazione erogativa per la transizione alla riorganizzazione della rete ospedaliera ex DCA 80/2010.

Per consentire la riduzione dei DRG a rischio di inappropriately viene definita un'azione permanente di controllo sull'attività di ricovero finalizzata a consentire il riconoscimento del valore della produzione da parte degli organi competenti. Tale azione costituirà obiettivo principale di budget per i direttori delle UUOCC di degenza e sarà accoppiata ad una azione di verifica e controllo da parte dei flussi informativi sanitari.

Per assicurare sinergie innovative si sono introdotti strumenti ad alto impatto tecnologico per supportare i modelli organizzativi tra cui quello della telemedicina.

Per assicurare la migliore assistenza in tema di Sanità Penitenziaria si è progettato un sistema in rete con utilizzo di tecnologie ICT al fine di garantire la migliore qualità e sostenibilità delle cure.

Per descrivere i progetti si è utilizzata la tecnica SWOT.

Per assicurare la rimodellazione del territorio in relazione alla ridefinizione dei territori dei Municipi di Roma Capitale si sono progettati modelli gestionali interaziendali per individuare le più efficaci modalità di trasferimento delle competenze assistenziali e delle attività economico-finanziarie.

Per gestire la strategia economica di compressione dei costi e riduzione dei costi della non qualità si è riorganizzato il percorso acquisti con adesione alla centralizzazione, si è pianificato un controllo delle forniture in termini quali - quantitativi atti alla reale ottimizzazione, si sono introdotte tecniche di HTA per la gestione degli acquisti di dispositivi, presidi e tecnologie atte a garantire l'efficacia e l'efficienza del processo, si sono progettati interventi per la riduzione dei costi dei farmaci, dei dispositivi, dei presidi e della protesica in un'ottica di implementazione dell'appropriatezza prescrittiva e di utilizzo.

Al fine di migliorare la qualità progettata e percepita delle cure si è individuata la necessità di implementare le attività di auditing interno e di introduzione di sistemi di gestione per la qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008 a supporto delle attività finalizzate a garantire i requisiti di accreditamento regionale. Si sono inoltre implementate le attività di umanizzazione delle cure e di partecipazione del cittadino al fine di garantirne l'empowerment.

Si prevede altresì la piena attuazione delle disposizioni regionali in materia di avvio delle Case della salute, come modello flessibile finalizzato al soddisfacimento della domanda di salute in sede territoriale e la presa in carico dei cittadini all'atto del primo accesso al sistema socio-sanitario. Il Piano prevede la realizzazione, secondo il modello definito dalla Regione di una Casa della Salute per ognuno dei tre distretti di afferenza.

Per assicurare una rete di cure primarie performante si è progettata una rete di MMG e PLS in rete anche in relazione ai nuovi accordi regionali.

E' stato definito inoltre un assetto di livello interaziendale per le attività di medicina legale, finalizzato all'ottimizzazione del riassetto organizzativo ed al rientro di spesa.

A fronte della pianificazione strategica l'atto aziendale individua pertanto modelli di produzione interaziendali e di aggregazione per aree funzionali, al fine di valorizzare competenze ed esperienze in un'ottica di efficienza ed efficacia produttiva. La strategia dell'Azienda RMB, nella ridefinizione del presente Atto, tiene conto degli obiettivi e dei vincoli posti dalle disposizioni finanziarie che fanno obbligo del superamento delle condizioni di squilibrio economico-finanziario, e delle direttive regionali in materia di rientro dal debito, di riorganizzazione delle reti assistenziali, dei vincoli dettati dal documento del sottogruppo individuato dal Comitato LEA per la riparametrazione degli standard riferiti agli assetti organizzativi delle aziende, ed è orientata a qualificare l'offerta dei servizi e degli interventi preventivi e clinico assistenziali, garantire l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e delle collettività, concorrere all'evoluzione ed all'affidabilità del sistema sanitario regionale, dando puntuale attuazione alle disposizioni ed ai programmi operativi regionali a partire dal triennio 2013-2015.

Per realizzare dunque un sistema aziendale in grado di supportare adeguatamente la mission definita, l'Azienda recepisce le linee strategiche aziendali derivanti dalle normative citate in precedenza considerando il bisogno del territorio e le istanze dei diversi portatori d'interesse.

Le normative nazionali e regionali vigenti individuano quale ambito rilevanti l'esigenza di evoluzione dei Servizi sanitari, con riferimento alla valutazione dei bisogni, all'organizzazione della domanda, al controllo dell'offerta, al contenimento dei costi sostenuti, sviluppando la capacità di integrazione e multidisciplinarietà. Tali cambiamenti sono ritenuti indispensabili per rispondere alla modificazione dei bisogni espressi ed ai mutamenti demografici.

E' previsto, altresì, l'eliminazione di situazione di assistenza con livelli di qualità inadeguati ed il recupero del disavanzo economico, attraverso azioni virtuose in ambito di spesa , con

l'applicazione delle riduzioni quali-quantitative disposte dal Comitato LEA, e lo sviluppo di più efficienti modelli anche con riferimento all'ambito della medicina penitenziaria, la sperimentazione di modelli e la diffusione di quelli risultati più efficaci.

Le strategie principali dell'Azienda riguardano l'evoluzione del sistema assistenziale, la gestione delle risorse umane, strutturali, tecnologiche e finanziarie e l'acquisizione di beni, servizi e tecnologie secondo le logiche di Health Technology Assessment (HTA). In particolare:

a) Strategie di evoluzione del sistema assistenziale

Le linee strategiche di evoluzione del sistema assistenziale che l'Azienda intende realizzare si riferiscono alle modalità organizzative di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

Il presente atto individua, recependoli dal DCA 80/2010, DCA 39/2012, 77/2013, 314/2013 428/2013, DCA 40/2014, DCA 219/14, DCA 247/2014, gli interventi più importanti di trasformazione dell'assistenza tesi all'evoluzione e, contemporaneamente, al recupero di efficienza e dei costi sostenuti:

- Il riequilibrio ospedale-territorio attraverso l'impulso e la trasformazione dell'assistenza primaria con l'affidamento al Distretto di un ruolo di governo effettivo, anche attraverso il potenziamento delle attività di specialistica ambulatoriale integrata nella rete dei servizi territoriali, che consenta anche di porre in essere interventi urgenti per il contenimento delle liste d'attesa;
- Le strategie relative ai sistemi informativi e l'orientamento della formazione continua a supporto degli obiettivi di trasformazione dei servizi sanitari e di riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio, anche con riferimento all'ambito della medicina penitenziaria, la sperimentazione di modelli e la diffusione di quelli risultati più efficaci.
- La definizione in ambiti e livelli assistenziali specifici (es. screening dei tumori, breast unit, malattie rare, etc.) di modelli organizzativi interdisciplinari, affidati a coordinatori con incarichi definiti in relazione alla complessità delle specifiche attività.
- L'attuazione di interventi in grado di promuovere la partecipazione dei cittadini alle decisioni relative ai percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione anche per una giusta collocazione dell'apporto delle Associazioni dei cittadini.
- La valorizzazione delle attività di formazione continua, così come previsto dalla normativa nazionale, deve essere improntata a consolidare e sviluppare le competenze specifiche e trasversali. A tal fine è necessaria una riorganizzazione dell'attuale assetto organizzativo, prevedendo un decentramento di tale funzione alle articolazioni aziendali

quali dipartimenti, distretti, tecnostruttura al fine di sviluppare una sinergia tra fabbisogno rilevato ed offerta formativa, con l'individuazione in tali strutture di una responsabilità specifica preposta alla progettazione e realizzazione delle attività formative. Alla struttura della Formazione è demandata la funzione complessiva aziendale di supporto ai responsabili di struttura, di rendicontazione e verifica dei debiti/crediti ECM e delle attività formative dell'Area Strategica.

- L'attuazione di un sistema di valutazione organico e attendibile in grado di orientare costantemente le scelte di programmazione sanitaria, di premiare le strutture secondo criteri di qualità e di apportare interventi correttivi laddove si verificano lacune, inefficienze e maggiori costi.
- L'impulso alla crescita ed al recupero di validità delle iniziative dei programmi regionali di prevenzione.
- Maggiore appropriatezza nelle prestazioni ospedaliere.
- Strategie per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio dei consumi, della distribuzione diretta e dell'appropriatezza prescrittiva.

b) Strategia di promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali

La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali e l'impegno per il perseguimento della continuità assistenziale, si realizza attraverso la riorganizzazione dei servizi, la facilitazione dell'integrazione tra ospedale e territorio, la sperimentazione di modelli e la diffusione di quelli risultati più efficaci.

Al fine di garantire un'integrazione orizzontale tra funzioni omogenee, e di assicurare alla popolazione interessata le prestazioni sulla base di criteri di equità e di appropriatezza, vengono individuate nell'ambito delle strutture dell'organizzazione distrettuale *delle Aree funzionali omogenee*, all'interno delle quali vi è la condivisione di risorse e tecnologie anche attraverso percorsi clinico-diagnostico-terapeutico-assistenziali integrati, dove vengono definite le modalità di coordinamento dei servizi e le modalità operative, in una logica di trasversalità ed omogeneità erogativa.

Tali aree rappresentano alcune funzioni specifiche di produzione:

- Salute della donna e dell'età evolutiva;
- Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva;
- Riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- Attività di screening e medicina preventiva;
- Assistenza domiciliare;
- Assistenza protesica;

- Assistenza primaria e specialistica;
- Residenzialità dell'anziano.

c) *Strategie nella gestione delle risorse umane*

L'Azienda, in considerazione della necessità di coinvolgere e responsabilizzare i professionisti nella gestione di governo dell'Azienda, considera strategiche le risorse umane e l'implementazione delle competenze professionali finalizzate all'assistenza globale alla persona, nella convinzione che la qualità delle prestazioni erogate dipenda oltre che dalla qualità organizzativa anche dalla qualità tecnica degli operatori.

Per raggiungere tale obiettivo, l'Azienda intende porre in atto tutte le iniziative e le azioni possibili, tra cui la formazione continua e l'aggiornamento, finalizzate alla crescita dei livelli di qualità professionale dei singoli operatori per adeguarsi alle istanze del mercato e degli stakeholders.

Tali strategie dovranno assumere come principi fondanti le disposizioni in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico nonché di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni in attuazione della *Legge 4 marzo 2009 n. 15 e del D. Lgs 27 ottobre 2009 n. 150*.

L'Azienda si orienta pertanto a ricercare modalità per una migliore organizzazione del lavoro, elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi sanitari e tecnico – amministrativi, la promozione della qualità delle prestazioni, il riconoscimento dei meriti, la valorizzazione delle capacità e dei risultati, il rafforzamento dell'autonomia e della responsabilità, l'incremento dell'efficienza del lavoro, unitamente al contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo.

In tal senso, l'Azienda intraprende penetranti modalità di misurazione, valutazione e trasparenza delle performances attuando, in quanto compatibili con il peculiare assetto delle funzioni assistenziali, le disposizioni di cui al Titolo II del citato decreto legislativo n. 150/2009.

In tale contesto generale, inoltre, l'Azienda continua a perseguire le finalità dei Programmi Operativi riferiti al biennio 2011 -2012, promulgati dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. 113 del 31 dicembre 2010 in materia di razionalizzazione e gestione del personale e ripresi dal Decreto del Commissario ad Acta n. 247 del 25 luglio 2014.

A questo proposito l'azienda ha progettato il sistema della valutazione della performance che si configura dunque quale strumento finalizzato a valorizzare, attraverso una scala appropriata di valutazione, l'impegno professionale e l'attività del dirigente.

Il progetto nasce dalla necessità di implementare e/o aggiornare strumenti e modelli che, anche attraverso il corretto utilizzo degli istituti contrattuali, consentano una stretta

correlazione ed interdipendenza tra assegnazione di quote di sistema premiante a ciascun dirigente, e contributo effettivo e misurabile che ogni dipendente, sia singolarmente che all'interno di un team, fornisce per il conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale definiti nel piano strategico e gestiti con logica di budget. L'organizzazione, in cui prevale l'aspetto funzionale, valuta la capacità di ogni operatore di contribuire al raggiungimento degli obiettivi negoziati tra la direzione delle infrastrutture aziendali (Dipartimenti e Distretti), e la direzione delle Unità Operative: viene privilegiato in tale caso il "valore aggiunto" che ogni operatore è in grado di fornire nel contesto della propria attività lavorativa. L'obiettivo è quello di orientare gli operatori verso il risultato misurabile, piuttosto che verso il compito o il comportamento da assumere. La valutazione dei risultati si deve pertanto basare sulla:

- capacità di lavorare per obiettivi con piena assunzione di responsabilità legata al raggiungimento dei risultati
- capacità di corrispondere una remunerazione aggiuntiva al personale che sostiene con impegno oggettivo e misurabile tale attività.

Tale apporto è strettamente interconnesso al miglioramento della quantità e qualità dei servizi forniti con risorse di norma costanti, quindi anche con un impegno specifico a contenere i costi, al miglioramento del clima lavorativo ed ai rapporti interpersonali, all'implementazione di azioni volte alla valorizzazione del lavoro di équipe in un'ottica di complementarietà professionale.

Il presente disciplinare definisce il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, ispirandosi altresì ai principi del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. .

L'innovazione introdotta con la presente disciplina è di correlare la performance individuale e relativa oggettiva misurazione, alla reale partecipazione agli obiettivi di budget e di innalzare la cultura organizzativa attraverso l'apporto sistematico di ogni dirigente. Viene altresì introdotta una modalità di valutazione delle performance professionali attraverso l'utilizzo di una scheda individuale dei dirigenti al fine di misurare sulla base di indicatori oggettivi la personale partecipazione agli obiettivi aziendali. Il peso assegnato alla performance individuale tecnico-professionale è stabilito nella misura del 20%, mentre per la performance gestionale, gli ulteriori indicatori di distribuzione, le pesature delle posizioni dirigenziali ed il calcolo delle assenze, rimane fermo quanto stabilito con la deliberazione n. 624 del 03.05.2007. Solo relativamente alla valutazione individuale è da ritenersi altresì disapplicato quanto previsto dalla deliberazione n. 560 del 21.05.2009. Per il dettaglio delle schede e le modalità di assegnazione del punteggio si rimanda al piano strategico 2014-2016.

Il Progetto infine è conforme ai Programmi Operativi sopra richiamati con cui la Regione detta alle Aziende Sanitarie del Lazio precise disposizioni concernenti il contenimento della spesa del personale attraverso il controllo del turn over e dei tetti di spesa, nonché, modalità per la ridefinizione delle strutture organizzative e programmazione delle risorse umane.

Si richiama, in ultimo, il ruolo fondamentale del Medico competente i cui compiti, ruolo e funzione sono definiti ex D. Lgs. 81/08 e s.m.i, e che, oltre alle attività sanitarie, supporta il complessivo processo di gestione dei rischi all'interno dell'Azienda, garantendo comunque il monitoraggio costante dei lavoratori ai fini del recupero dei lavoratori all'idoneità lavorativa ed al costante contrasto di ogni abuso con ricadute nell'organizzazione del lavoro.

d) Strategie in ambito di acquisizione beni, servizi ed Health Technology Assessment (HTA)

L'Azienda ritiene indispensabile l'adozione di un modello efficiente e trasparente di politiche degli acquisti, ispirato ai valori fondati dell'Azienda ed in armonia con quanto disposto dalla Regione Lazio anche in materia di centralizzazione di alcune linee di acquisti. Il modello definisce le diverse fasi del processo di acquisizione dei beni e dei servizi.

Il primo elemento è rappresentato dalle modalità di selezione dei fornitori, che devono garantire l'imparzialità e la trasparenza anche attraverso la costituzione di un Albo Fornitori Qualificati, e lo strumento del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione per la fornitura di beni e servizi sotto soglia comunitaria.

L'Azienda ha definito inoltre specifiche procedure sulle modalità di acquisizione del bene e di valutazione delle offerte. In ordine a questo ultimo aspetto il modello integra la valutazione delle caratteristiche di qualità del prodotto con quelle di rispondenza ai requisiti cogenti e di economicità. I parametri indicati sono elaborati in algoritmi che consentono una trasparente comparazione dei beni e servizi in sede di offerta. Il modello definisce procedure di monitoraggio continuo in base a standard predefiniti, di qualità tecnica e/o professionale per i beni ed i servizi acquisiti, e/o in outsourcing, al fine di misurare l'efficacia contrattuale.

L'Azienda, inoltre, ritiene indispensabile attivare, anche in ausilio alle politiche per gli acquisti, un processo continuo per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment – HTA), in considerazione delle indicazioni della Regione Lazio, riportate anche nel Decreto del Commissario ad Acta N. U0066/2010.

ARTICOLO 7 – PARTECIPAZIONE, TRASPARENZA E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

L'Azienda considera fattore vincente la costruzione di percorsi privilegiati di coinvolgimento

dei Cittadini all'interno dell'Azienda con l'obiettivo di raccogliere contributi significativi per il miglioramento nella qualità dei servizi erogati, in coerenza con il principio di "Centralità del Cittadino" verso cui tende l'organizzazione, sia come singolo che come membro di contesti sociali e comunitari specifici.

In ottemperanza alla legge n. 15/09 ed in applicazione dell'art. 11 della L. R. n. 1 del 16 marzo 2011, l'Azienda adotta il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità previo parere dell'Organismo Indipendente di valutazione e nel rispetto delle procedure di cui al comma 2 e seguenti del citato art. 11.

All'uopo è stata altresì istituita un' apposita sezione sul sito aziendale: www.aslromab.it pagina denominata "Amministrazione Trasparente". Tale sezione è finalizzata ad inserire gli elementi conoscitivi relativi alla dirigenza, nonché le informazioni richieste dallo stesso art. 11. E' stata inoltre attivata la posta elettronica certificata il cui indirizzo è protocollo.generale@pec.aslromab.it.

In questo contesto di trasparenza e di partecipazione attiva dei cittadini è costituito in Azienda il "*Tavolo permanente di confronto con le Associazioni di volontariato*", rappresentativo delle istanze dei cittadini nonché qualificato a valutare il Piano e la Relazione sulla performance.

Elementi centrali del complessivo impegno aziendale, rispetto all'informazione e all'ascolto del cittadino, sono l'Ufficio Relazioni per il Pubblico (URP), l'Audit civico, la Conferenza dei Servizi, la Consulta Sanitaria e la Carta dei Servizi pubblici sanitari.

a) *L'Ufficio Relazioni con il Pubblico* rappresenta il punto di incontro preliminare e privilegiato dell'Azienda con i Cittadini. E' istituito in applicazione delle disposizioni di cui al D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., della legge n. 241/1990, della L.R.T. n. 22/2000 e la legge 150/2000. L'Ufficio Relazioni per il Pubblico garantisce la fase di ascolto e la comunicazione corretta e tempestiva con i Cittadini; cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini, verifica la qualità percepita dai Cittadini e dagli Utenti sulle prestazioni erogate, individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati standard di valutazione; acquisisce le osservazioni e i reclami presentati dai Cittadini, da segnalare ai Dirigenti preposti.

b) *L'Audit civico* rappresenta uno degli strumenti primari della partecipazione dei Cittadini alle politiche sanitarie aziendali. L'Azienda USL Roma B promuove appositi progetti di Audit civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale, anche ai sensi dell'art. 141 della legge regionale n. 4/2006. Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalla Azienda, attraverso l'utilizzo di strumenti metodologici che comportino la definizione di indicatori, tramite la co - progettazione tra Cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta di tali dati.

- c) *La Consulta Sanitaria* è istituita, quale organismo di partecipazione previsto dall'articolo 14, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria; elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi; promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie; promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso; promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi; partecipa alla conferenza dei servizi. Sono componenti della Consulta Sanitaria: il direttore sanitario o suo delegato; i direttori di distretto; un rappresentante per ciascun municipio; un funzionario regionale competente in materia sanitaria e socio sanitaria (designato dall'Assessore alla Salute); due rappresentanti di organismi di volontariato designati dal Tavolo permanente di confronto con le Associazioni di volontariato; due rappresentanti di organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda e nelle altre aziende regionali; il responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Il funzionamento della Consulta Sanitaria è disciplinato da apposito regolamento. La Consulta si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Sanitario che la presiede.
- d) *La Conferenza dei Servizi* è indetta ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dal Direttore Generale, almeno una volta l'anno, sentita la Conferenza locale per la Sanità, per divulgare 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.
- e) *La Carta dei Servizi* è il documento con cui l'Azienda si impegna nei confronti del cittadino/utente a diffondere le informazioni sulle qualità e quantità dei servizi e delle prestazioni erogate nel rispetto dei principi e dei valori fondanti definiti nel presente atto. Il Direttore si impegna ad aggiornare la Carta dei servizi annualmente, dandone ampia diffusione. La Carta dei servizi sarà pubblicata sul sito dell'Azienda e su quello della Regione Lazio.

ARTICOLO 8 - PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLA PREVENZIONE

I molteplici mutamenti strutturali, ambientali, sociali e tecnologici avvenuti nelle società occidentali in questi anni impongono una riconsiderazione dell'impostazione delle attività

preventive. E' necessario, pertanto, nel prossimo periodo, avviare una riflessione ed un dibattito culturale e scientifico sulla prevenzione e sul suo modificarsi di significato, nonché sui nuovi scenari determinati dalle migrazioni, dalla globalizzazione, dalla diversificazione delle fonti di inquinamento, dai cambiamenti climatici, tecnologici, biotecnologici e dell'organizzazione del lavoro.

La Regione Lazio, anche a seguito delle esperienze maturate nel triennio 2005-2007, ha previsto con l'approvazione della DGR n. 613/2010 la definizione di un nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) riferito al triennio 2010-2012 disponendo che esso ed il relativo modello organizzativo divengano componenti strutturali dei nuovi atti aziendali e precisi vincoli per gli obiettivi previsti per i Direttori Generali. E' di tutta evidenza, infatti, l'esigenza che le innovazioni scientifiche e l'evoluzione culturale della medicina richiedano di accantonare modelli di intervento basati sull'attività professionale del singolo operatore e su un approccio quasi esclusivamente curativo, per passare a modelli innovativi fondati su programmi strutturati di interventi preventivi, con livelli di coordinamento tali da trasferire la logica della prevenzione individuale a quella di prevenzione universale, utilizzando anche nuove competenze e strumenti diversi.

E' per tali motivi che vengono definiti nel Piano Operativo della Prevenzione i Piani di Sanità Pubblica coordinati centralmente, implementati in modo uniforme quanto a strategie, metodi ed ambiti professionali e monitorati attraverso verifiche periodiche. La struttura deputata al coordinamento dei programmi è la Regione stessa, con il supporto tecnico dell'Agenzia di Sanità Pubblica. Alla luce della esperienza del precedente PRP si individua nelle Aziende Sanitarie Locali il livello di attuazione dei piani e dei Programmi. L'Azienda Usl Roma B è, pertanto, coinvolta nella fase di programmazione e dovrà provvedere a tradurre in piani attuativi le linee programmatiche individuate e provvedere alla concreta attuazione delle stesse.

Il Dipartimento di Prevenzione è individuato quale struttura di coordinamento e di regia della programmazione e dello svolgimento delle attività, supportando la Direzione Aziendale nella individuazione delle articolazioni organizzative chiamate a partecipare all'attuazione dei piani. Nell'attuazione del Piano e dei singoli progetti si fa riferimento agli ambiti e agli indicatori previsti in dettaglio dal Piano Regionale della Prevenzione nonché ai criteri generali e specifici per la pianificazione e l'attuazione dei progetti indicati nel Piano stesso.

Il modello organizzativo adottato, in linea con quanto disposto dal Piano stesso, prevede l'individuazione, con incarico di tipo professionale di elevata specializzazione, di un

Coordinatore Aziendale del Piano di Prevenzione e di Referenti responsabili per ogni progetto previsto.

Il Coordinatore Aziendale del Piano Regionale della Prevenzione è garante del monitoraggio dell'andamento dei diversi progetti e della rispondenza metodologica a criteri comuni per interventi previsti. Egli svolge funzione di supporto ai Referenti Aziendali di Progetto nelle necessarie attività di interfaccia con strutture interne ed esterne alle Aziende Sanitarie e partecipa all'identificazione e risoluzione di eventuali criticità.

I Referenti Aziendali di Progetto sono identificati:

- per i programmi di prevenzione oncologica, nel direttore dell'Unità Operativa Complessa preposta al coordinamento di livello Aziendale dei Programmi di Prevenzione e Screening, all'uopo operando in collaborazione con le strutture dei dipartimenti coinvolti;
- per i programmi a prevalente contenuto di educazione sanitaria, di prevenzione nei luoghi di lavoro e per la sicurezza, nei dirigenti competenti per ambito del Dipartimento di prevenzione.
- per gli altri programmi, nei dirigenti di strutture competenti per disciplina.
- Le linee di intervento ed i singoli programmi / progetti previsti dal Piano Operativo regionale ed oggetto di attuazione nell'Azienda Usl Roma B.

ARTICOLO 9 - FUNZIONI ED ATTIVITA' DI LIVELLO SOVRAZIENDALE

Tra le scelte strategiche finalizzate ad assicurare e ottimizzare le attività assistenziali e gestionali, sia sul versante della qualità dei servizi resi che sul versante della diminuzione dei costi sostenuti per funzioni accentrabili, la ASL RMB, previa intese con una o più aziende, utilizzerà in forma integrata anche strutture non direttamente gestite e che facciano invece riferimento a più aziende sanitarie. Tali innovative modalità operative dipenderanno dalle caratteristiche strutturali del sistema di offerta aziendale e renderanno indicato l'istaurarsi di rapporti di collaborazione tra la ASL RMB ed altre aziende sanitarie, in particolare per il loro bacino di utenza e il loro insediamento territoriale, ovvero per lo specifico ruolo nella rete dell'emergenza urgenza, ovvero per attività di riferimento regionale o nazionale poste in capo ad esempio per alcune funzioni agli IRCCS. Tali modelli di cooperazione interaziendale potranno pertanto agevolare i cittadini nell'accesso a prestazioni utili alla gestione di percorsi appropriati di cura, ovvero a consentire quella continuità che risulta indispensabile alla relativa efficacia.

Nello stesso tempo la ASL RMB potrà utilmente sostenere le dimensioni territoriali della

continuità assistenziale per alcune delle attività svolte dalle strutture di ricovero, in un quadro di integrazione non competitiva e di distribuzione concertata di compiti e ruoli operativi.

Esiste infine, in modo specifico per la ASL RMB e per la ASL RMC l'esigenza di omogeneizzare le logiche di intervento sul territorio, e di concertazione di specifici interventi di riorganizzazione che possano rappresentare il presupposto della nuova articolazione territoriale delle Aziende Sanitarie di Roma. Il "riazzonamento" delle Aziende è stato infatti previsto dai Piani Operativi della Regione al fine di allineare i confini delle Aziende Sanitarie con quelli dei nuovi Municipi di Roma Capitale.

La definizione di impegni di collaborazione e lo svolgimento di funzioni sovra-aziendali comportano un impatto per l'Azienda ed implicano la stipula di accordi dei quali tenere conto nel valutare il profilo dell'organizzazione aziendale anche in relazione alla definizione della offerta complessiva di servizi. Su questa base i temi delle funzioni principali di interazione e collaborazione interaziendale sono riportati all'interno dell'Atto di Organizzazione.

a. Attività dipartimentali di livello Interaziendale o Regionale

L'Azienda RMB si riconosce come soggetto proattivo nelle reti integrate per livelli di assistenza e per patologia che sono state definite dalla Regione Lazio e assume in questi ambiti le modalità operative e le funzioni definite dall'organo regionale.

L'Azienda riconosce, inoltre, come interesse rilevante e specifico, l'integrazione con altre Aziende Sanitarie al fine di intervenire in modo sinergico, efficace ed economico su una serie di funzioni quali l'Assistenza alle popolazioni detenute della Regione Lazio, la Medicina legale e protesica, la Medicina preventiva, le funzioni di Medico competente, la Telemedicina, la costituzione di un'Area Farmaceutica tra ASL RMB e Policlinico di Tor Vergata ed altre funzioni da individuare, che appaiono idonee ad una gestione integrata ed interaziendale per tipologie e caratteristiche. Specifiche modalità di collaborazione potranno riguardare inoltre un possibile ruolo di sostegno ad altre Aziende per gli interventi di 2° e 3° livello nell'ambito dei programmi di screening regionali. Sotto tale profilo appare rilevante la funzione interaziendale svolta come HUB della Rete n.1 del DCA 219/14 per la Medicina di Laboratorio e le funzioni regionali di Centro unico per la Sicurezza Trasfusionale rese dal SIMT e dalla U.O.C. Microbiologia dell'Ospedale S.Pertini.

b. Rapporti con la ASL RMC

L'esigenza di un allineamento dell'assetto territoriale del SSR con quello definito dal nuovo azionamento municipale di Roma Capitale viene indicata dal Decreto 259/2014 del Commissario ad acta che sollecita i Direttori Generali delle Aziende coinvolte a prevedere, nella elaborazione dei piani strategici e degli atti di organizzazione delle Aziende da loro dirette, modalità di coordinamento e di omogeneizzazione operativa dei loro modelli di assistenza sul territorio che possano rendere funzionalmente integrati i distretti inclusi nello stesso Municipio. Tale integrazione funzionale da un lato risulta immediatamente utile alla semplificazione dei rapporti tra il SSR, le rappresentanze istituzionali dei municipi e la loro rete di servizi mentre, dall'altro, rappresenta il presupposto per la conclusiva unificazione, dei distretti e per ricreare la diretta corrispondenza tra distretti e municipi. Per quanto riguarda il particolare, le ASL RMB e RMC è previsto che la ASL Roma B coordinerà come distretto capofila il processo di integrazione per i distretti ex V e VI, e la Roma C per i distretti ex IX e X nel rispetto delle direttive regionali impartite.

Questo percorso di convergenza deve riconoscere aree di intervento e fasi di realizzazione scandendo i tempi di attuazione attraverso la definizione di obiettivi specifici di processo.

Le aree principali attraverso le quali strutturare tale processo sono le seguenti:

- Definizione e sviluppo di un sistema integrato di "governance"
- Elaborazione dei criteri per la definizione di standard di servizio e formalizzazione di standard di servizio condivisi
- Elaborazione di criteri per la costruzione di un "bilancio di distretto" e realizzazione di bilanci di distretto omogenei
- Definizione di modalità condivise di programmazione congiunta con il Municipio degli interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria
- Sviluppo di un processo congiunto con i Municipi per la definizione dei Piani di Zona sugli interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria

A prescindere dalle specifiche modalità organizzative che il singolo distretto assumerà in base ai rispettivi Atti Aziendali della ASL RMB e della ASL RMC, si costituiscono Distretti capofila per il coordinamento provvisorio di ciascun distretto.

All'interno dell'organismo interdistrettuale di coordinamento si individua, con atto congiunto delle due Direzioni Aziendali un'unica responsabilità di direzione

All'organismo di coordinamento sono affidati i seguenti compiti:

- Definizione di standard di servizio condivisi con particolare riferimento:
 - o alla gestione delle patologie croniche,
 - o alla gestione degli interventi di prevenzione individuale primaria e secondaria

- agli interventi di tutela della salute riproduttiva
- agli interventi di sostegno alla fragilità e alla non autosufficienza nell'età pediatrica e nell'adolescenza
- agli interventi di sostegno alla fragilità e alla non autosufficienza nell'età adulta e nell'anziano
- alla gestione sul territorio, senza ricorso al ricovero ospedaliero, di procedure e interventi complessi
- alle attività di riconoscimento e certificazione di condizioni specifiche di salute
- Definizione di una proposta per la costruzione di un "bilancio di distretto" con particolare riferimento:
 - Ai costi direttamente sostenuti per attività svolte a favore della popolazione residente nello stesso distretto e nel municipio
 - Ai costi direttamente sostenuti per attività svolte a favore della popolazione residente fuori dal municipio
 - Ai costi per attività assistenziali erogate ai residenti del distretto e del municipio da soggetti erogatori extradistrettuali delle due aziende o da soggetti non aziendali
- Definizione di una proposta per gli interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria da utilizzare nella discussione con il Municipio

ARTICOLO 10 – TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO: IL POLO PENITENZIARIO DI REBIBBIA E L'AREA DI COORDINAMENTO SANITA' PENITENZIARIA

In attuazione del DPCM 1 aprile 2008, che stabilisce "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria", in attuazione al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante la "norma per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419", dal 1 ottobre 2008 l' Azienda USL Roma B ha preso in carico tutte le attività in materia di assistenza sanitaria del Polo Penitenziario di Rebibbia.

Al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure della popolazione ristretta a livello regionale è in atto la costituzione di *un'area di coordinamento di sanità penitenziaria*, secondo il modello Hub & Spoke, definendo un modello organizzativo di tipo dipartimentale che organizzi in forma unitaria le strutture ed i servizi dedicati all'assistenza delle diverse strutture

carcerarie della regione, all'uopo utilizzando anche la Telemedicina allo scopo di innalzare la qualità dell'assistenza e ridurre i trasferimenti da stabilimenti penitenziari e strutture sanitarie. In tale assetto la ASL RMB, in rapporto ai parametri della popolazione carceraria, del numero degli stabilimenti e per la tipologia delle strutture assegnate, si configura come HUB di coordinamento della rete. In considerazione della popolazione ristretta assistita dalla Roma B sul cui territorio si trova il Polo Penitenziario di Rebibbia che è costituito da quattro Istituti Penitenziari la Asl ROMA B ha individuato *una UOC Medicina Penitenziaria* afferente all'*area di coordinamento di Sanità Penitenziaria*, con compiti di integrazione sociosanitaria e di assistenza ai soggetti fragili o di cure primarie, ed ancora di promozione della tutela della salute del detenuto fin dal "primo ingresso", per ridurre il più possibile i rischi, della gestione dei soggetti con "infermità psichiche" e con "vizio parziale di mente", della gestione ed erogazione dell'assistenza alle donne in gravidanza e ai minori (0-3 anni) ospitati con le mamme, e dei soggetti affetti da patologia da dipendenza e alla popolazione immigrata. La struttura ha anche il compito di implementare le prestazioni da erogare presso l'Istituto di Pena riducendo le attività da effettuare sul territorio della ASL. Questa struttura coordina anche la Centrale Operativa presso il presidio ospedaliero del Pertini nonché le attività del HUB. In particolare la Centrale Operativa ha il compito di governare la domanda di salute della popolazione ristretta regionale e di gestire i posti letto in elezione o urgenza differibile nonché di monitorare i requisiti di qualità ed appropriatezza delle cure erogate a livello regionale per assicurare gli stessi standard.

L'area di coordinamento di Salute Penitenziaria della ASL Roma B, articolata ed integrata come HUB in un modello unitario a livello regionale, dovrà garantire il funzionamento dell'assistenza sanitaria alle popolazioni detenute a livello regionale, favorendo l'accesso di singole articolazioni organizzative anche rispondenti a differenti linee gerarchiche.

L'unità operativa Medicina Penitenziaria nell'ambito della Asl Roma B è deputata a gestire tutte le prestazioni e le funzioni relative all'assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, l'assistenza specialistica, l'assistenza infermieristica presso l'Istituto di Pena Rebibbia. La UOC Medicina Penitenziaria è articolata al proprio interno in sei UOS il cui assetto e la cui mission sono completamente modificate rispetto al precedente atto, e funzionali alla costituenda area di coordinamento di Sanità Penitenziaria della Regione Lazio. In particolare, le UOS di tutela della salute della popolazione ristretta dovranno gestire l'erogazione delle prestazioni di base e specialistiche nonché di continuità assistenziale, garantendo le attività di accoglienza ai nuovi giunti con totale presa in carico delle patologie, medicina protesica, medicina legale, riabilitative, hospice, RSA, e di tutte le esigenze clinico assistenziali, ivi comprese tutte le attività di medicina preventiva per il peculiare contesto carcerario, raccordandosi dunque con la UOC Medicina penitenziaria e, all'interno di essa con le altre strutture dipartimentali in scala regionale ed eventualmente aziendali. Ovviamente le UOS di Tutela della salute della Popolazione ristretta avranno delega aziendale alla gestione

dei rapporti con le strutture istituzionali al fine di poter garantire le attività assistenziali della popolazione loro affidata.

La UOC Medicina Penitenziaria collabora in forma integrata con le Unità Operative afferenti all'area delle dipendenze, con la U.O.C. Salute mentale ed i reparti ospedalieri detenuti dell'Ospedale Pertini che svolgono autonomamente le proprie funzioni assistenziali e che dipendono dai rispettivi dipartimenti distretti e/o strutture.

La UOC Medicina Penitenziaria collabora con altre articolazioni aziendali che sono tenute a fornire le risorse ed i supporti necessari al suo funzionamento ottimale.

Le Unità operative distrettuali "Patologie da Dipendenza" e le altre Unità afferenti assicurano i propri trattamenti diagnostico terapeutici in ambito penitenziario con il personale proprio afferente ai rispettivi Dipartimenti e/o distretti. Le attività di assistenza in regime ospedaliero sono erogate dal reparto di degenza ordinaria Medicina Protetta presso l'Ospedale Pertini che eroga le prestazioni di ricovero anche per i reclusi degli Istituti di pena della Regione Lazio.

Per la gestione tecnico – amministrativo e contabile e per il coordinamento delle attività con le Amministrazioni Penitenziarie, aziendali ed extra aziendali, con il Ministero di Giustizia e la Regione è prevista una funzione amministrativa ad hoc.

ARTICOLO 11 – PARI OPPORTUNITÀ, TUTELA DELL'AMBIENTE DI LAVORO E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI

L'Azienda USL Roma B, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "*Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*", che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità ed i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione 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 dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei

principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia è disciplinato in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i. La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.

L'Azienda USL Roma B, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D. L.gs 165/2001 e s.m.i.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- può finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

L'Azienda USL Roma B adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

TITOLO III - ASSETTO ISTITUZIONALE

ARTICOLO 12 - ORGANI DELL'AZIENDA

Ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. e ii. sono organi dell'Azienda:

1. il direttore generale;
2. il collegio sindacale;
3. Il collegio di direzione.

ARTICOLO 13 - DIRETTORE GENERALE

Il direttore generale dell'Azienda USL Roma B, ai sensi di quanto previsto dall'art. 8 della Legge Regionale n. 18/94, come modificato dalla L.R. n. 4/2006, è nominato dal Presidente della

Regione, acquisito il parere della commissione consiliare competente in materia di sanità.

Nella vigenza del piano di rientro, in caso di inerzia o grave ritardo degli ordinari organi regionali, ovvero di palese inidoneità del soggetto designato, la legge regionale dovrà prevedere un apposito potere sostitutivo demandato al Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario in carica *pro tempore*.

Il direttore generale è titolare della rappresentanza legale dell'Azienda e di tutti i poteri di gestione della stessa, è responsabile dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa e risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto della nomina, nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del direttore generale, delle funzioni gestionali dell'Azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- a) alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita i controlli spettanti;
- b) al Sindaco o alla Conferenza locale della sanità e socio-sanitaria, che partecipano alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercitano compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del direttore generale;
- c) al collegio sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, nonché i compiti di verifica dell'attività contabile dell'Azienda.

Il direttore generale, in particolare, provvede:

- a) alla nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo;
- b) alla nomina del collegio sindacale ed alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- c) alla costituzione del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari;
- d) alla nomina dell'Organismo indipendente di valutazione della performance di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009, del Collegio tecnico, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni di cui all'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;
- e) all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- f) all'adozione degli atti regolamentari di cui al punto 9.3;
- g) all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e l'organizzazione dello staff della Direzione strategica, nonché alla nomina ed alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda, nonché dei responsabili dei dipartimenti, delle unità operative complesse e semplici e il conferimento degli incarichi professionali;
- h) all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- i) all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP). Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- j) all'adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello

Organizzativo Aziendale, alla nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;

k) all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo (consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);

l) alla determinazione della dotazione organica aziendale;

m) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio;

n) all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;

o) alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;

p) alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;

q) all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione dalle funzioni di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 6/2002, così come modificato dalla legge regionale n. 4/2006, le funzioni attribuite al direttore generale devono essere distinte in:

- funzioni al medesimo esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo ed agli altri dirigenti dell'Azienda.

Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 15-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., attribuisce al direttore amministrativo, al direttore sanitario nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti.

Si precisa che le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle Aziende ai diversi livelli, possono essere:

- funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del direttore generale.

Rimangono di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda, tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione

del personale stesso;

- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti.

Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'Azienda e sul sito internet aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

ARTICOLO 14 - COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 22 comma 5 della Legge Regionale n. 4 del 28 giugno 2013 è composto da 3 componenti nominati dal direttore generale, così come previsto dal Patto della Salute per gli anni 2014-2016 all'art. 13.

Il collegio sindacale, nella prima seduta convocata dal direttore generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente.

ARTICOLO 15 – CONFERENZA LOCALE PER LA SANITA'

Strettamente correlata al Governo strategico aziendale è la Conferenza Locale per la Sanità.

E' chiamata a partecipare alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nell'Azienda al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.

La Conferenza esprime il proprio parere alla Regione nei procedimenti di valutazione dell'operato del Direttore Generale ivi compresa la verifica, trascorsi diciotto mesi dalla nomina, dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Il Direttore Generale indice, almeno una volta l'anno, sentita la Conferenza locale per la Sanità, una Conferenza 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 partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'azienda.

ARTICOLO 16 – DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo sono nominati, in rapporto fiduciario, dal direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Il direttore generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta regionale, che trasmetterà alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

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

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

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

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

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

Il Direttore Sanitario

Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

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

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il direttore sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazione dipartimentale, organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il direttore sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione del rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie sanitarie (*technology assessment*);
- accreditamento;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- coordinamento ed organizzazione delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;
- verifica dell'attuazione dei Piani Operativi Aziendali e degli *screening*;
- coordinamento locale dei trapianti.

Il direttore sanitario dell' Aziende USL Roma B assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti.

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

Egli presiede il consiglio dei sanitari.

Il direttore sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in

medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico. Presiede e/o coordina gli stessi e/o vi partecipa secondo quanto previsto dalle normative vigenti e dagli atti regolamentari aziendali.

Il Direttore Amministrativo

Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle disposizioni del direttore generale, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il direttore amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione, gestione e distribuzione di beni di consumo;
- acquisizione e gestione di servizi;
- gestione giuridico -economica delle risorse umane;
- gestione e sviluppo dell'ICT;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli AAGG, delle consulenze legali e dei rapporti con il pubblico.

L'atto di organizzazione interna dell'Azienda disciplinerà i collegamenti tra le unità operative centrali dei servizi amministrativi e le funzioni amministrative, contabili e tecniche esercitate a livello distrettuale, ospedaliero e di dipartimento.

ARTICOLO 17 – COLLEGIO DI DIREZIONE

Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione, quale organo dell'azienda che concorre al governo delle attività cliniche, 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.

Concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, 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. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Il direttore generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, prevedendo 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 (L R 28 giugno 2013 n 4).

Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.

Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore generale ed è composto da:

- il direttore sanitario;
- il direttore amministrativo;
- i direttori di dipartimento inclusi quelli interaziendali
- i direttori dei distretti sanitari;
- i direttori medici di presidio ospedaliero o polo ospedaliero;
- il coordinatore aziendale delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- il dirigente della UOC Dipartimento delle Professioni
- il coordinatore aziendale della medicina specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

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.

ARTICOLO 18 - CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda USL Roma B con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce a richiesta parere obbligatorio al direttore generale, per gli atti posti all'ordine del giorno dal Direttore Sanitario, per attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime altresì, per gli argomenti posti all'ordine del giorno, sulle attività di assistenza sanitaria.

Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento, redatto nel rispetto della normativa vigente.

a- Composizione

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario dell'Azienda la cui composizione è assicurata dalle seguenti figure professionali:

- n. 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 categoria 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 e i pediatri di libera scelta sono eletti dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale.

b- Personale avente diritto alla nomina di componente del Consiglio dei sanitari

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 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:

1. le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
2. la commissione elettorale ed il seggio elettorale;
3. l'elezione dei componenti;
4. la durata.

ARTICOLO 19 – ALTRI ORGANISMI AZIENDALI

L'Azienda istituisce i seguenti Organismi sanitari disciplinati dalla normativa vigente ed in particolare:

- Comitato Etico;
- Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
- Comitato per il buon uso del sangue;

- Comitato per l'ospedale senza dolore;
- Commissione per il prontuario terapeutico;
- Commissione per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica.

Tali Organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche e assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

La composizione ed il funzionamento degli Organismi del presente articolo, nominati dal Direttore Generale per la durata di un triennio, sono disciplinati da apposito regolamento.

ARTICOLO 20 – IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ED IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

LA FIGURA DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.

L'art.1 comma 7 della Legge n.190/2012 prevede la nomina nell'ambito delle pubbliche amministrazioni del responsabile della prevenzione della corruzione. La norma stabilisce che l'organo di indirizzo politico individua di norma, nelle amministrazioni il cui ordinamento non prevede un'articolazione del ruolo in fasce, un dirigente appartenente al ruolo amministrativo che sia titolare di incarico di ufficio a livello dirigenziale generale, ovvero articolato al suo interno in strutture organizzative dirigenziali di secondo livello, con l'esclusione dei dirigenti inseriti in uffici a diretta collaborazione con l'autorità di indirizzo politico. Resta fermo che l'amministrazione può anche decidere di dedicare un apposito ufficio allo svolgimento della funzione. La legge altresì prevede che per motivi di complessità organizzativa possa essere valutata l'individuazione di referenti per la corruzione che operano nelle strutture dipartimentali o territoriali. Le modalità di raccordo e di coordinamento tra il responsabile della prevenzione ed i referenti potranno essere inserite nel piano triennale di prevenzione in modo da creare un meccanismo di comunicazione / informazione, input / output per l'esercizio della funzione, fermo restando la unicità del responsabile al fine di evitare una frammentazione della funzione e / o una diluizione della responsabilità.

Per quanto riguarda le funzioni ed i compiti del responsabile della prevenzione, la suddetta legge prevede che il medesimo debba:

- Elaborare la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione (art.1 comma 8); i contenuti del piano

che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del responsabile, sono distintamente indicati nel comma 9 dell'art.1.

- Definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1 comma 8);
- Verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art.1 comma 10 lett.a)
- Promuovere modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art.1 comma 10 lett.a)
- Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1, comma 10 lett.b);
- Individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;

A fronte dei compiti attribuiti, la legge prevede per il responsabile della corruzione delle consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

La legge n.190/2012 prevede anche il raccordo tra il responsabile della prevenzione e gli altri organi e figure presenti nell'amministrazione; lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al responsabile della prevenzione richiede che:

- L'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- Le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto.

A tal fine all'art.1 comma 9 lett. f, la legge stabilisce che nell'ambito del piano di prevenzione della corruzione siano individuati "specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge", in considerazione del fatto che la trasparenza realizza già di per sé una misura di prevenzione poiché consente il controllo da parte degli utenti dello svolgimento dell'attività amministrativa, il programma per la trasparenza deve essere coordinato con il piano di prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza con i periodi di trasferimento.

LA FIGURA DEL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA.

Immediatamente a seguire l'entrata in vigore della L.190/2012 che introduce la figura del Responsabile della prevenzione della corruzione, cui attribuisce anche il compito di adempiere agli obblighi di trasparenza, il successivo D. Lgs. 14/03/2013, n. 33, all'art.43, recante "Vigilanza sull'attuazione delle disposizioni e sanzioni" introduce la figura del Responsabile

della trasparenza le cui funzioni debbono essere svolte, di norma, dal Responsabile della prevenzione della corruzione medesimo, e il suo nominativo è indicato nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

Il responsabile della trasparenza svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Il responsabile della trasparenza provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il responsabile della trasparenza controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D. Lgs. n.33/2013 stesso.

In relazione alla loro gravità, il responsabile della trasparenza segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.

Il responsabile della trasparenza segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

ARTICOLO 21 - FUNZIONI DIRIGENZIALI E DELEGA

L'Azienda conferisce e revoca gli incarichi dirigenziali attenendosi alle procedure previste dalla normativa vigente e avuto riguardo alle disposizioni del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e dei contratti collettivi nazionali di lavoro

La definizione della tipologia degli incarichi dirigenziali non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi stessi, la quale discende esclusivamente dall'assetto organizzativo aziendale e dalla graduazione delle funzioni.

Gli incarichi professionali di alta specializzazione, conseguenti alla graduazione, sono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali – quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento e possono prevedere la responsabilità

di gestione di risorse.

In tale ambito sono configurabili incarichi di responsabilità di Servizi Assistenziali che, pur non caratterizzandosi per la prevalenza di funzioni gestionali, sono ugualmente dotati di compiti di natura specialistico-funzionale, anche in parte gestionali, con livello di graduazione anche pari o superiore ad incarichi di struttura di corrispondente complessità. Per incarichi dirigenziali professionali si intendono comunque funzioni, con adeguati ambiti di autonomia e responsabilità, che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico – funzionale di base - ove previsto - nella disciplina o professionalità di appartenenza.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti della azienda ai diversi livelli possono essere funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega e funzioni proprie, agli stessi attribuiti nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

Al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in funzioni ad esso esclusivamente riservate e funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario e Amministrativo ed agli altri Dirigenti dell'azienda.

Sono altresì delegabili dal Direttore Generale ai dirigenti, gli adempimenti non espressamente previsti a carico del Datore di Lavoro dalle normative di Igiene e Sicurezza. Gli adempimenti delegati, le modalità di delega e l'organizzazione della prevenzione conseguente sono dettagliati in un apposito regolamento aziendale della sicurezza.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione e cioè quelle più propriamente "di governo", mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti.

L'atto di conferimento della delega al dirigente deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega stessa e

viene pubblicato sull'albo dell'Azienda e sul sito internet.

Il delegante può, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato. Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela, coordinamento e di vigilanza (annullamento e modifica degli atti adottati dal delegato). Gli atti di alta amministrazione sono adottati dal Direttore Generale con deliberazione. Gli atti di gestione sono adottati dai Dirigenti con determinazione dirigenziale.

Per strutture semplici si intendono sia le articolazioni interne della struttura complessa sia quelle a valenza dipartimentale o distrettuale, dotate della responsabilità ed autonomia. Per incarichi professionali di alta specializzazione si intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali – quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento.

Per incarichi professionali si intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico – funzionale di base - ove previsto - nella disciplina o professionalità di appartenenza

TITOLO IV – SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

ARTICOLO 22 - PIANO DELLA PERFORMANCE

L'Azienda informa la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di misurazione e valutazione della performance lo strumento fondamentale, di cui al D. Lgs 150/09, recepito dalla Regione Lazio con la Legge Regionale del 16 marzo 2011, n. 1, artt. 14 e seguenti, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli.

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Generale, avvalendosi dell'Organismo Indipendente di Valutazione, dei responsabili delle competenti strutture organizzative ed anche attivando appositi gruppi di lavoro, definisce il Piano delle Performance Aziendali sulla base delle istanze dei cittadini e delle direttive nazionali e regionali gli obiettivi generali dell'Azienda, individuando, le risorse disponibili e le azioni per il loro raggiungimento, considerando lo sviluppo dei servizi sanitari, tecnici, amministrativi e di supporto e l'assetto organizzativo definito con il presente Atto Aziendale.

Le modifiche all'Atto Aziendale inerenti gli assetti organizzativi sono approvate dal Direttore Generale con atto deliberativo, secondo le modalità stabilite dalle vigenti normative regionali.

ARTICOLO 23 – CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE , VALUTAZIONE E SISTEMI PREMIANTI

Il Piano delle Performance ed in particolare il Ciclo di gestione della Performance ai sensi del D.lgs. 150/2009, Titolo II Art.3 e della citata Legge Regionale n. 1/2011, sono volti al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità operative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati dell'Azienda e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

L'azienda misura e valuta la performance con riferimento all'organizzazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. L'Azienda adotta modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la

massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance. Sono adottati metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Ciclo di gestione della performance è sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio ed è articolato nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati all'organo di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il ciclo della performance è lo strumento attraverso il quale la Direzione Generale, in qualità di organo di indirizzo politico e strategico aziendale, assegna le risorse disponibili ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento degli obiettivi definiti nei documenti di programmazione. Gli obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, che li consegue nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Elemento fondamentale per il raggiungimento del risultato è la correlazione tra risorse e risultati. Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione aziendale, dagli uffici di staff e dall'Organismo Indipendente di valutazione, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità e della trasparenza, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento.

Partendo da tali indicazioni, e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore Generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento, area o distretto attivando specifici percorsi di negoziazione. Ogni Direttore di Dipartimento, acquisisce il parere complessivo del Comitato di Dipartimento ed attribuisce alle singole strutture gli obiettivi prestazionali, attivando specifici percorsi di negoziazione.

Analogo percorso deve essere attivato all'interno del Distretto e dell'Area Amministrativa.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che i componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale dell'Unità

Operativa Controllo di Gestione, che supporta sia la Direzione Strategica sia i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica.

I sistemi di valutazione del personale, connessi al ciclo di gestione della performance, di cui all'art. 4 del D. Lgs 150/09 e del Capo V delle Legge Regionale n. 1/2011, costituiscono presupposto per la valorizzazione del merito e per l'incentivazione della produttività e qualità delle prestazioni anche ai fini del riconoscimento degli incentivi.

I sistemi premianti, nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti, valorizzano i dipendenti secondo logiche meritocratiche, essendo vietata, ai sensi dell'art. 18 del D.lgs. n. 150/09 e s.m.i., la distribuzione indifferenziata o per automatismi di quote di salario in assenza di sistemi oggettivi di valutazione.

Per tali fini l'Azienda Usl Roma B procede alla definizione dei sistemi connessi alla corresponsione del salario di risultato secondo modalità che garantiscano la piena applicazione dei precedenti principi.

In particolare, nell'ambito dei processi e dei sistemi di valutazione della produttività, al personale dirigenziale e non dirigenziale vengono attribuite quote di incentivazione economica, differenziate in base all'esito dei procedimenti di valutazione, in modo che le risorse destinate al trattamento accessorio correlato ai risultati di equipe ed individuali, siano attribuite in base al merito e sulla base di criteri ed indicatori oggettivi e misurabili, secondo le modalità indicata dall'art. 18 della Legge Regionale n. 1/2011. Le quote economiche relative al trattamento di risultato sono attribuite al personale dirigenziale e non dirigenziale sulla base di criteri e principi generali valutati in sede di contrattazione collettiva integrativa.

ARTICOLO 24 – ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

La Direzione Generale, ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. 150/09, ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in forma collegiale. Tale Organismo è autonomo ed ha il compito di assicurare il supporto operativo e tecnico adeguato alle attività di valutazione e controllo dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività sanitarie. Ha competenza nei seguenti ambiti:

- a) esercita le attività di controllo strategico e riferisce, in proposito, direttamente alla Direzione Strategica Aziendale;
- b) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;

- c) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione ed esterni ai vari livelli istituzionali
- d) valuta la Relazione sulla Performance e ne assicura la pubblicazione sul sito istituzionale;
- e) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione nonché dell'utilizzo dei premi, secondo quanto previsto dal Dlgs. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- f) propone alla Direzione Generale la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Inoltre cura annualmente la realizzazione delle indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio dirigente da parte del personale. La Direzione Generale, secondo quanto stabilito dalla normativa, stabilisce che nell'ambito dell'articolazione organizzativa dell' Unità Operativa Controllo di Gestione è costituita la Struttura Tecnica Permanente di cui all'art. 16 della Legge Regionale n. 1/2011, che assume la responsabilità di tecnostruttura a supporto tecnico delle scelte operate dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo e dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance.

TITOLO V – IL BILANCIO

ARTICOLO 25 – IL BILANCIO

Il Direttore Generale adotta il Bilancio di esercizio annualmente, di norma secondo la scadenza naturale prevista dal Codice Civile, integrata dalle disposizioni regionali che di volta in volta vengono emanate.

Esso si compone della Situazione Patrimoniale, del Conto Economico e della Nota Integrativa, integrato con ulteriore documentazione che normative specifiche di settore impongono.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma B nella redazione del Bilancio di Esercizio utilizza tutti gli strumenti di conoscenza, amministrativi e contabili per una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale, finanziaria ed economica; si avvale dei principi

contabili vigenti nonché garantisce continuità di applicazione ai criteri di valutazione dei singoli conti. Applica altresì i criteri di recente introduzione del Decreto Legislativo 118/2011 e ad esso si conforma.

Il Bilancio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale è redatto secondo lo schema nazionale e regionale richiesto e conformemente al piano dei conti regionale, benché l'Azienda si avvalga durante l'esercizio di un Piano dei Conti più dettagliato secondo le esigenze informative specifiche e di volta in volta individuate.

Il Bilancio di Esercizio è onnicomprensivo e relativo all'Azienda nel suo insieme e nella sua interezza: prospetti intermedi e conti economici di settore appartengono al Bilancio di Esercizio e ritrovano i propri valori all'interno del Conto Economico aziendale.

L'Azienda a tale scopo regola specifici settori e/o linee di attività, quali ad oggi ad esempio le attività commerciali, le contabilità di progetto, il conto economico dell'attività libero professionale intramoenia, il conto economico dell'attività di sanità penitenziaria.

Ai sensi e per gli effetti dei nuovi principi contabili introdotti dal Decreto Legislativo 118/2011 in tema di ammortamenti e di sterilizzazioni, l'Azienda si dota altresì di apposito regolamento volto all'individuazione e rendicontazione delle fonti di finanziamento per investimenti, del loro utilizzo, delle relative conseguenti e coerenti scritture contabili per la separata evidenza degli investimenti effettuati con quote finanziate ad hoc, distinti da investimenti effettuati senza specifici finanziamenti e pertanto soggette a storno quota FSR.

Il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili

Il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, individuato nel Direttore della UOC Contabilità Generale e Bilancio, 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.

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

TITOLO VI – ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA

ARTICOLO 26 - PRINCIPI DI RIFERIMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda orienta il processo organizzativo aziendale ai principi definiti ed agli obiettivi posti

dal Piano di rientro e dai successivi decreti attuativi.

L'Azienda è articolata in Distretti ed è organizzata in Dipartimenti ed Unità Operative.

Il modello organizzativo si ispira al principio della distinzione della funzione di committenza da quella di produzione e del governo economico

La funzione di committenza, strumento indispensabile per la programmazione delle attività, trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale, veicolate attraverso i Distretti, e si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere adeguatamente ed in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione. E' una funzione propria delle Direzioni di Distretto che la esercitano secondo gli indirizzi regionali e le normative recepite dall'azienda, ed entro i limiti della compatibilità economico-finanziaria del Bilancio di Previsione Annuale. La funzione di committenza consta di più attività concettualmente distinte:

- definizione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- definizione delle priorità;
- definizione della tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati che i produttori interni ed esterni devono garantire per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- acquisto delle prestazioni dai produttori attraverso la negoziazione.

La funzione di produzione compete ai Dipartimenti e alle Unità Operative, luogo del governo clinico.

Al principio della distinzione fra attività di committenza e attività di produzione si ispirano le modalità di svolgimento delle attività della Azienda e dovranno essere adeguati i modelli organizzativi ed i meccanismi operativi della azienda, attraverso un processo graduale che si esplica attraverso successivi atti organizzativi.

Le funzioni centrali e territoriali amministrative e di governo economico sono svolte dall'insieme delle unità operative che costituiscono l'apparato tecnico - amministrativo-contabile, in stretta collaborazione con le unità operative sanitarie. La tecnostruttura amministrativa, all'interno del modello organizzativo ispirato ai principi di committenza e produzione, assolve un ruolo di servizio trasversale, esercitando funzioni precipue di governo economico, giuridico, acquisizione e governo delle risorse umane, economiche e tecnologiche.

Le funzioni di supporto denominate di staff istituite nell'Azienda sono: Controllo di Gestione, Qualità, Risk Management, Assistenza alla Persona, Comunicazione marketing e URP, Prevenzione e Protezione aziendale, Formazione, Sistemi informativi sanitari, Direzioni Mediche di Presidio, Libera professione e liste di attesa, Medico Competente, Valutazione

Attività Strutture Accreditate e Convenzionate, Mobility Manager e Servizio Civile.

ARTICOLO 27 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PARAMETRI STANDARD

L’Azienda è organizzata in Macrostrutture aziendali rappresentate dai Dipartimenti, Presidi Ospedalieri, Distretti, Aree Amministrative e Staff.

Nell’ambito di ciascuna macrostruttura aziendale, si collocano le articolazioni organizzative delle unità operative di afferenza e di sede definiti negli articoli successivi dal presente atto.

Il presente atto garantisce il rispetto dei parametri standard nell’individuazione delle strutture semplici e complesse e della macrostruttura ai sensi del DCA U 00259 del 6 agosto 2014, definiti in sede nazionale dal Comitato LEA. Gli standard cui si fa riferimento sono i seguenti :

- Strutture complesse ospedaliere: 1 ogni 17,5 posti letto pubblici Regione
- Strutture complesse non ospedaliere: 1 ogni 13.515 residenti (per Regioni con popolazione >2,5 mln)
- Strutture semplici: 1,31 ogni struttura complessa

Come elemento aggiuntivo in applicazione degli standard, l’Azienda comunque non aumenta il numero di incarichi di struttura complessa e semplice, ma anzi garantisce la riduzione numerica nei limiti derivanti dall’applicazione dei parametri standard.

L’applicazione degli standard, nelle more della definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera determina una conseguente definita diminuzione del numero di UOC e UOS presenti nell’Azienda.

La metodologia adottata presuppone una separazione tra area ospedaliera, con afferenza a posti letto ospedalieri, e area non ospedaliera che ricomprende l’area dei servizi amministrativi e tecnici e l’area territoriale

Dall’applicazione degli standard discende il principio della necessità di adeguamento dell’atto aziendale alle variazioni anagrafiche ed alle modificazioni della programmazione regionale della configurazione dell’offerta sanitaria dei presidi ospedalieri, anche in conseguenza di provvedimenti normativi nazionali e regionali.

Coerentemente con le disposizioni del DCA 259/2014 l’assetto dell’area territoriale e centrale (composta, a sua volta, dall’area dei servizi amministrativi e tecnici e da quella distrettuale) risulta distinto dall’area ospedaliera.

In considerazione degli standard, il numero di unità non ospedaliere viene ripartito tra l’area amministrativa e tecnica e quella territoriale, tenendo conto anche dell’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento di Prevenzione,

la cui istituzione è obbligatoria per legge.

Ai sensi delle Linee Guida ogni Dipartimento deve aggregare almeno 6 strutture (UOC o UOSD) di cui almeno 4 complesse, è in deroga la UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica, delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione e sociale.

ATTO 2014					
Tipo di Struttura		Indicatore	Standard	UO	
				Standard	-5%
Strutture Complesse previste	Ospedaliere	Posti Letto pubblici Regione SC Ospedaliere Regione	17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera	35,49	33,71
			Regioni con Pop. <2,5 min = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera		
			Regioni con Pop. <2,5 min = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera		
	Non Ospedaliere	Pop. Residente Regione SC non Ospedaliere Regione	679.450/13515	50,27	47,76
TOTALE STRUTTURE COMPLESSE				85,76	81,47
Strutture Semplici Totali previste	Ospedaliere		1,31 Strutture semplici per struttura complessa	46,49	44,16
	Non Ospedaliere		1,31 Strutture semplici per struttura complessa	65,86	62,57
TOTALE STRUTTURE SEMPLICI				112,34	106,73
		<i>Strutture Semplici Totali Strutture Complesse Totali</i>		198,10	188,20
VIGENTE		PROPOSTA		DIFFERENZA	
U.O.C.	U.OS.	U.O.C.	U.OS.	U.O.C.	U.OS.
91	123	81	107	-10	-16

Figura 6

ARTICOLO 28 – DISTRETTO

Il Distretto è la struttura individuata, ai sensi dell'art. 3 quater del dlgs 502/1992, per assicurare i servizi di assistenza primaria relativa alle attività sanitarie e di integrazione socio sanitaria. E' la struttura operativa dell'Azienda a cui vengono assegnate responsabilità relativamente alla programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, al funzionamento dei servizi sul territorio direttamente gestiti, nonché alle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi. Tali funzioni sono da attribuirsi alla UOC Direzione del Distretto. Il Distretto, articolazione territoriale dell'Azienda, assicura alla popolazione di riferimento

nell'area di competenza, tutti i servizi territoriali di tipo sanitario e sociosanitario, direttamente e attraverso l'azione coordinata e sinergica con le altre articolazioni aziendali.

Il modello organizzativo previsto prevede il Distretto come macrostruttura a valenza dipartimentale, in cui il Direttore del distretto assicura le attività "core", attraverso la produzione diretta di servizi sanitari e sociosanitari da parte delle Unità Operative direttamente afferenti, e garantisce le altre attività definite per committenza ed assicurate indirettamente, attraverso produttori esterni al Distretto, aziendali e non.

Dal punto di vista organizzativo, ad ogni Distretto sono assegnate risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed è attribuita, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria per l'espletamento delle funzioni di cui all'art.3 del D.L.vo n.502/1992 e s. m. i..

Ad ogni distretto afferisce infine, quale articolazione dello stesso, una Casa della Salute.

Al fine di implementare il progetto della realizzazione delle Case della Salute nonché per garantire gli standard qualitativi di produzione delle Case stesse, è stata istituita una UOC Interdistrettuale Percorsi di Cronicità.

Modello organizzativo

Il modello organizzativo del Distretto, in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, c.1 della Legge 8 novembre 2012, n. 189, prevede l'articolazione riportata nell'Organigramma allegato al presente Atto.

Tale modello caratterizza l'organizzazione distrettuale che prevede quali Unità Operative Complesse Interdistrettuali, quali per esempio le strutture di assistenza per le Patologie da Dipendenza, Medicina Legale e Farmacia Territoriale, che è a sua volta afferente per gli aspetti gestionali e tecnico-organizzativi al Dipartimento dei Servizi Diagnostici e del Farmaco. Ciascuna struttura interdistrettuale afferirà ad un Distretto capofila per la linea di attività di riferimento. Analogamente, sono previste Unità Operative Semplici specialistiche Interdistrettuali afferenti funzionalmente al Distretto capofila.

Il modello organizzativo dell'Azienda prevede, inoltre, per la gestione del budget e dell'attività amministrativa dei Distretti, anche in continuità con la precedente organizzazione, una Unità Operativa Interdistrettuale che, attraverso la funzione di specifici servizi garantisce la gestione amministrativa dei singoli distretti. Tale unità è funzionalmente collegata con la gestione delle attività amministrative dell'assistenza penitenziaria. Al fine di garantire una omogeneità delle prestazioni è previsto un

coordinamento interdistrettuale a nomina del direttore generale.

Al Distretto, come previsto dal precedente art. 6, afferiscono le competenze di diretto coordinamento delle UUOCC assegnate al distretto e delle aree funzionali omogenee interdisciplinari che consentano e promuovano lo sviluppo di modelli operativi.

Trovano altresì collocazione nel distretto le aggregazioni funzionali territoriali di cui agli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati ex AA.CC.NN. del 23/03/2005 e s.m.i. con particolare riferimento della presa in carico dei pazienti fragili.

Gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni si coordinano e si integrano, nel rispetto delle direttive aziendali e delle funzioni attribuite alle articolazioni in cui gli stessi operano con le strutture aziendali e gli altri professionisti ed operatori nell'ambito delle attività di assistenza sanitaria territoriale.

Organismi

Nell'ambito della Direzione di Distretto opera l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, organismo permanente, deputato ad assicurare la direzione collegiale attraverso la partecipazione dei professionisti al processo di pianificazione strategica, con particolare riferimento alla predisposizione del Programma delle Attività Territoriali, alla definizione dei criteri e dei principi di organizzazione e di gestione dei servizi del territorio, al governo clinico, allo sviluppo dell'integrazione tra il Distretto ed i diversi dipartimenti nell'obiettivo di assicurare il massimo grado di equità, di trasparenza e di omogeneità.

L'Ufficio di Coordinamento è presieduto dal Direttore di Distretto e ad esso partecipano:

- i Direttori delle Unità Operative Complesse Interdistrettuali;
- i Direttori delle Unità Operative Complesse del Distretto
- i Dirigenti responsabili delle Unità Operative Semplici del Distretto;
- i Direttori di Dipartimento ;
- il Coordinatore Distrettuale della specialistica ambulatoriale
- il Coordinatore socio-sanitario di Distretto;
- i Medici di medicina generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato che partecipano in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali
- il Coordinatore Infermieristico del Distretto;

E' istituita presso il Distretto la Commissione sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche individuata dai contratti collettivi e dagli accordi regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali.

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e la Commissione sulla appropriatezza

delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche si dotano di appositi regolamenti e procedure di funzionamento.

Funzioni

Le funzioni assicurate in ambito distrettuale sono:

- **FUNZIONE DI COMMITTENZA**

Per una corretta programmazione dell'attività di committenza ed in particolare per la stima dello stato di salute della popolazione, della valutazione della domanda, dell'offerta (anche in termini di omogeneità territoriale), della performance dei distretti è stato elaborato un Set di indicatori distrettuali. Il sistema comprende attualmente specifici indicatori raccolti in aree di interesse: Demografia, Epidemiologia, Prevenzione, Assistenza medica primaria, Assistenza specialistica, Assistenza Domiciliare, Assistenza riabilitativa, Assistenza al disagio mentale, Assistenza alle dipendenze, Assistenza materno-infantile, Area gestionale. Per ciascuna delle aree di interesse sono stati adottati più indicatori orientati secondo cinque prospettive funzionali: Contesto, Bisogno, Struttura, Attività, Risultato. Il set di indicatori è ovviamente un sistema dinamico che prevede la periodica revisione degli indicatori scelti. Il sistema di rilevazione e la relativa procedura operativa, che coinvolge con logica di rete le diverse articolazioni aziendali territoriali, prevedendo la raccolta sistematica dei dati, la successiva analisi da parte dei Distretti, la progettazione di azioni correttive da parte dei Dipartimenti interessati e dei Distretti, la realizzazione degli interventi e la successiva rivalutazione, seguendo un criterio di ciclicità, è attiva dal 2007.

- **FUNZIONE DI PRODUZIONE:**

Il Distretto deve garantire, in base al DCA 206/2013, le seguenti attività:

- ✓ salute della donna e dell'età evolutiva
- ✓ tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva
- ✓ medicina generale e pediatria di libera scelta, specialistica territoriale e continuità assistenziale
- ✓ assistenza protesica
- ✓ riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto
- ✓ assistenza domiciliare e residenzialità
- ✓ medicina legale
- ✓ tossicodipendenza

- ✓ farmaceutica

La funzione di produzione potrà essere:

- a. diretta - prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari prodotti e gestiti dalle Direzioni di Distretto, attraverso le articolazioni operative ad esse direttamente afferenti ovvero dalle UUOCC interdistrettuali;
- b. indiretta - prestazioni e servizi erogati attraverso altri produttori esterni all'Azienda, secondo la logica fornitore – acquirente, sotto la diretta responsabilità della Direzione di Distretto;

Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento dei servizi affidati. E' responsabile, in particolare, delle attività distrettuali, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

La Direzione di Distretto assicura quindi, relativamente al territorio di competenza e attraverso un'integrazione di tipo funzionale, l'erogazione di attività proprie di altre articolazioni aziendali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Farmaco, Presidi Ospedalieri ecc.) in termini di analisi dei bisogni, progettazione integrata degli interventi, monitoraggio e valutazione.

Nell'ambito della funzione di produzione il nuovo modello organizzativo potrà permettere lo sviluppo di sistemi orientati verso il paziente cronico, garantendo qualità e continuità delle cure attraverso la strutturazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) . In particolare è adottato un modello di assistenza che valorizzi il concetto di "medicina di iniziativa", nello specifico il Chronic Care Model.

Tale modello prevede:

- ✓ la costituzione, dopo adeguata formazione, di un team multiprofessionale e multidisciplinare
- ✓ un approccio centrato sul paziente
- ✓ un approccio di popolazione.

Gli obiettivi finali di un intervento "proattivo" saranno rappresentati dalla reale presa in carico del paziente cronico, da una contrazione degli eventi acuti e quindi degli accessi e ricoveri ospedalieri.

Contemporaneamente sono elaborati strumenti operativi rappresentati dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le patologie a maggior impatto (in particolare Diabete, BPCO, scompenso cardiaco, etc.,) attraverso l'attività di gruppi multiprofessionali

per la condivisione dei percorsi.

- **FUNZIONE DI INTEGRAZIONE**

L'integrazione si sviluppa in tre direzioni:

- ✓ Integrazione interna al territorio distrettuale delle varie attività sanitarie erogate direttamente o acquisite dai produttori e dai Dipartimenti aziendali. Per tale finalità il Direttore di Distretto - riferendosi all'ambito territoriale proprio – garantisce l'integrazione dell'offerta nel territorio distrettuale sotto il profilo dell'omogeneità, dell'equità, della appropriatezza e della trasparenza, in riferimento ai bisogni espressi dai Cittadini di quel contesto territoriale;
- ✓ Integrazione tra i distretti dell'Azienda delle varie attività sanitarie erogate. Sotto tale profilo i Direttori dei Distretti - riferendosi all'ambito territoriale dell'Azienda – garantiscono l'integrazione dell'offerta in "senso orizzontale" (tra diversi territori, tenuto conto delle specificità di ciascuno di essi) relativamente ad omogeneità, equità, appropriatezza e trasparenza;
- ✓ supporto alla Direzione strategica nei rapporti con i Municipi del distretto nonché con gli altri soggetti con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000.
- ✓ Integrazione del complesso delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli Enti Locali. In tale contesto, il Direttore di Distretto contribuisce alla definizione delle più ampie politiche di welfare, attraverso il Piano di zona e gli Accordi di Programma, finalizzata alla presa in carico integrata .

Aree di sviluppo

Casa della Salute

La Casa della Salute si colloca nell'ambito di una riorganizzazione dell'offerta sanitaria orientata alla gestione delle patologie croniche, anche in considerazione dell'incremento dell'incidenza e della prevalenza di quest'ultime, attraverso:

- lo sviluppo di strategie preventive e proattive (chronic care model)
- l'attivazione di modelli organizzativi reticolari in grado di connettere diverse aree assistenziali (medicina generale, medicina specialistica, servizi sanitari e socio-sanitari, assistenza intermedia, assistenza ospedaliera, residenzialità, domicilio) a garanzia della continuità delle cure soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti

La Casa della Salute, attraverso modalità organizzative del lavoro e di condivisione

funzionale della struttura tra più professionisti, è deputata alla integrazione delle attività già svolte a livello distrettuale avvalendosi dell'impegno del MMG, del PLS, del Medico di Continuità assistenziale, degli specialisti, anche ospedalieri, e delle altre professioni sanitarie e sociali, in attività assistenziali svolte in spazi predestinati comuni e con impegno orario a garanzia della fruibilità dei servizi stessi.

In particolare ha il compito di:

- garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno e in particolare migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche e degenerative;
- facilitare, tramite il distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;
- assicurare un Punto Unico di Accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali e multidisciplinari e realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione di risultati interni ed esterni ai servizi;
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di equipe, anche utilizzando i fondi contrattualmente destinati alle attività formative per le specifiche figure professionali.

La responsabilità del funzionamento della Casa della Salute è affidata alla UOC interdistrettuale Percorsi Cronicità che risponde funzionalmente ai distretti in rapporto alla articolazione delle Case della Salute sul territorio di ciascun distretto.

Il modello organizzativo della Casa della Salute è di tipo modulare e prevede:

- Funzioni di base - attività indispensabili, che connotano la struttura

- Moduli funzionali aggiuntivi - ad eventuale completamento dell'offerta di servizi (tra i quali si sottolinea, per rilevanza, l'area di degenza infermieristica)

In ogni Distretto verranno sviluppati progetti "sostenibili" a complessità variabile in relazione alle strutture ed alle risorse umane e strumentali disponibili, pur nel rispetto dei requisiti di qualità assistenziale.

Punto Unico di Accesso (PUA)

La porta di accesso ai servizi socio-sanitari dei cittadini ed in particolare dei soggetti fragili, dalla quale iniziare un percorso integrato e multistituzionale fino alla presa in carico, è rappresentata dai Punti Unici di Accesso (PUA) la cui collocazione verrà rivalutata, favorendone l'ubicazione presso le strutture poliambulatoriali distrettuali, nell'ottica del superamento dell'accoglienza dei singoli servizi. Preliminarmente a detto trasferimento verranno ratificati specifici accordi con i diversi Municipi.

Nelle sedi dei PUA vengono svolte attività di front e di back-office prevedendo la presenza o il collegamento in tempo reale con gli operatori dei servizi sociali municipali, nonché:

- attività di accoglienza, ascolto e informazione sui servizi;
- registrazione della richiesta;
- prima valutazione dei bisogni sociali e/o sanitari;
- eventuale accompagnamento verso i diversi Servizi in caso di "bisogni semplici" con possibilità di appuntamento diretto con il Servizio interessato;
- verifica della presa in carico da parte del servizio/servizi competenti o dell'inserimento del cittadino nei percorsi di continuità assistenziale tra Ospedale-Territorio;
- attivazione dell'UVMD.

Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)

In ambito Distrettuale sono attive le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD) che si configurano come équipe multiprofessionali e multidisciplinari di tipo funzionale, operanti nell'ambito del Distretto la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto.

La composizione minima dell'UVM prevede la presenza del: MMG/PLS, infermiere, assistente sociale, Responsabile UOS CAD o UOS DAR (o loro delegati), integrato a seconda delle specifiche necessità del caso trattato da altre figure professionali (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, psicologo, ecc.). L' UVM prevede la presenza di almeno un operatore indicato dal Municipio, per tale ragione la composizione della stessa sarà oggetto

di un successivo accordo interistituzionale.

L'UVMD attualmente viene attivata per tutte le situazioni in cui è richiesta l'assistenza domiciliare sanitaria, per l'area della disabilità adulti, per le persone non autosufficienti anche anziane e in tutte le situazioni previste dal DCA 39/12 e dal DCA 431/12 (escluso per le RSA, l'Alzheimer). Successivamente si prevede di estendere l'attivazione dell'UVMD anche ad altri settori di intervento. Infatti per le aree ad elevata integrazione sanitaria: minori, disabili, anziani, adulti non autosufficienti il PUA provvederà all'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale.

Per gli aspetti funzionali e organizzativi dei PUA verranno seguite le linee di indirizzo per il Punto Unico di Accesso Integrato sociosanitario approvate con DGR 315/2011

L'UVMD viene attivata, previa valutazione preliminare, da parte dei competenti servizi.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla UVMD formalmente riunita"

Ai fini della valutazione è necessario individuare strumenti validati, integrati con schede di valutazione sociali all'uopo individuate utilizzando, ove previsti, gli strumenti di valutazione specifici.

L'UVMD per le persone non autosufficienti, anche anziane, deve:

- elaborare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
- procedere ad eventuali ulteriori verifiche del PAI (oltre a quelle già previste dalla normativa vigente) su segnalazione del case manager (individuato dal servizio competente);

Per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ha la funzione di valutare la necessità di attivazione/prosecuzione/rivalutazione periodica dei progetti riabilitativi erogati in ogni regime assistenziale.

I coordinatori dell'integrazione sociosanitaria distrettuale e municipale garantiscono il monitoraggio del percorso/processo al fine di implementarlo.

Percorsi di integrazione Ospedale-Territorio

In relazione ai percorsi di integrazione Ospedale-Territorio è attivo il protocollo di continuità assistenziale, già redatto dagli operatori ASL Roma B e ASP Lazio, con i seguenti obiettivi:

- Pianificazione ed omogeneizzazione dei percorsi intraospedalieri;

- Strutturazione dei percorsi Ospedale-Territorio (e viceversa) senza soluzioni di continuità;
- Pianificazione del percorso verso setting residenziali, semiresidenziali o domiciliari;
- Tracciabilità dei processi stessi

il protocollo sarà oggetto di una rivalutazione, per uniformarlo alla nuova organizzazione e di condivisione per una integrale applicazione. Sono state previste, per le finalità di integrazione ospedale – territorio, come già indicato nel modello organizzativo, unità operative semplici specialistiche interdistrettuali, a disciplina ospedaliera afferenti funzionalmente al Distretto capofila.

Verranno definiti ulteriori raccordi funzionali rispetto ai PDTA elaborati e allo sviluppo dell'Area di assistenza intermedia.

Integrazione sociosanitaria

Tra Azienda e Municipi sono definiti accordi di programma relativi al “ Piano della Salute”, parte integrante dei Piani di Zona e dei Piani Attuativi Territoriali, che stabiliscono l'offerta sociosanitaria, l'organizzazione dell'integrazione dei servizi, gli indirizzi progettuali, le priorità e gli elementi di valutazione. Il Piano della Salute è predisposto all'interno dell'Ufficio di Piano, luogo della progettazione integrata Municipio/Distretto, in cui sono presenti in maniera paritetica componenti dell' Ente Locale e del Distretto, che ha quindi la funzione di programmare la rete sociosanitaria e di monitorarla periodicamente.

A livello organizzativo, il PUA è la porta d'accesso integrata per il cittadino/utente e l'UVMD (in cui sono presenti operatori sanitari e dell'ente locale) diviene il luogo di valutazione congiunta dei bisogni.

Il coordinatore sociosanitario di Distretto ha la funzione di armonizzare e raccordare l'intero processo proponendo al Direttore di Distretto ulteriori azioni che favoriscano e implementino l'integrazione sociosanitaria. Successivamente verranno definiti i rapporti tra il coordinatore dell'integrazione sociosanitaria e il servizio sociale distrettuale, anche in riferimento al coordinamento delle attività sociali del Distretto.

Ambulatorio infermieristico territoriale

L'ambulatorio infermieristico territoriale è un servizio all'interno della rete territoriale organizzato e gestito, per ciascun distretto, direttamente da personale infermieristico. L'ambulatorio risponde all'esigenza di sviluppare concretamente l'offerta dei servizi sanitari territoriali, assicurare la continuità assistenziale attraverso l'integrazione ed il

coordinamento, diversificare l'assistenza attraverso la presa in carico di bisogni a bassa complessità clinica ed elevata caratterizzazione assistenziale finalizzata a ridurre gli accessi impropri di pronto soccorso.

ARTICOLO 29 - DIPARTIMENTO

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria e dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. Esso, con il supporto di un sistema informativo adeguato alla valutazione della produttività e degli esiti in salute, rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di governo clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari; costituisce il contesto nel quale valorizzare le competenze professionali che, ponendosi quale fattore critico per il conseguimento degli obiettivi del dipartimento, rappresentano la principale risorsa dell'organizzazione. Il cambiamento verso un'organizzazione dipartimentale, infatti, è facilitato e raggiunge i livelli più avanzati laddove gli operatori recepiscono tale organizzazione come strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale.

Infatti il dipartimento, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di governo clinico ovvero la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e di protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente. Il dipartimento, infatti, offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, alla gestione dell'ampio spettro di professionalità e competenze, allo sviluppo di efficacia ed efficienza dei servizi offerti.

Pertanto il modello organizzativo dipartimentale è considerato il fondamento delle strategie gestionali dei servizi sanitari e tale modello deve trovare compiuta applicazione nel nuovo quadro di riorganizzazione dei servizi aziendali non solo a livello ospedaliero ma anche a livello territoriale e misto ospedale territorio. Pertanto, per proseguire in tale direzione e programmare azioni di promozione, diffusione e sviluppo vanno posti in essere

modelli operativi innovativi centrati sulle esigenze di riorganizzazione del sistema sanitario regionale ed in particolare sugli obiettivi connessi al rientro economico ed alla riqualificazione della spesa, nella garanzia della qualità assistenziale.

Nella prospettiva della introduzione del Governo Clinico, le finalità perseguite dall'organizzazione dipartimentale possono essere così schematizzate:

Sinergie per l'efficacia. L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumentano la probabilità della efficacia nell'assistenza.

Valutazione dell'outcome. La misura degli esiti dei trattamenti deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali.

Continuità delle cure. I percorsi assistenziali, con la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte organizzative e diagnostico-terapeutiche, nonché momenti formativi, con la conseguente riduzione di trasferimenti e prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative, favoriscono l'integrazione e la continuità delle cure.

Integrazione inter-disciplinare. La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza.

Orientamento al paziente. Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione della persona in assistenza.

Sicurezza dei pazienti. La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti fondamentali di un sistema volto alla sicurezza del paziente.

Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari sono sostenute dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze.

Ottimizzazione nell'uso delle risorse. La gestione comune di personale, spazi ed apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale, consentendo soluzioni assistenziali

altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa.

Responsabilizzazione del personale. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche, è uno strumento di garanzia per la qualità dell'assistenza, la piena valorizzazione del personale e l'attuazione di una gestione efficiente.

Responsabilizzazione economica. Gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la gestione diretta delle risorse assegnate e la loro partecipazione nella realizzazione degli obiettivi del dipartimento.

Organizzazione e sviluppo della ricerca. L'organizzazione dipartimentale amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale nonché favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana.

Implementazione delle conoscenze nella pratica clinica. Rappresenta il contesto ideale per il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica, favorendo i cambiamenti comportamentali degli operatori e l'utilizzo gli strumenti più efficaci messi a disposizione dalla ricerca.

Il Dipartimento è pertanto una struttura organizzativa, costituita da una pluralità di unità operative complesse e semplici dipartimentali, raggruppate in base ai seguenti criteri:

- affinità del loro sistema tecnico di riferimento (dipartimenti di specialità o di area assistenziale omogenea per risorsa guida);
- interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti target di popolazione, pur mantenendo le diverse UU.OO. la loro autonomia professionale.

Ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 259/2014 è prevista l'istituzione, il mantenimento, la composizione e la riconversione dei Dipartimenti modo utile e produttivo.

In base a tali specifiche disposizioni regionali è obbligatorio rispettare i rapporti dipartimenti/U.O.C. indicati, fatta salva l'istituzione dei dipartimenti obbligatori per legge, costituiti dal Dipartimento di Prevenzione e dal Dipartimento di Salute Mentale nonché per la UOC Dipartimento delle Professioni.

Il Dipartimento è dunque un centro di responsabilità sovraordinato rispetto alle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse che lo compongono, infatti al Dipartimento è attribuita autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria per l'espletamento delle funzioni e ciò in quanto responsabile delle attività erogate e delle risorse umane, strumentali, finanziarie, etc., assegnate in sede di negoziazione budgetaria.

Le unità operative complesse e semplici dipartimentali mantengono l'autonomia di governo

clinico.

Nel presente atto sono previsti sia Dipartimenti a struttura, che modelli dipartimentali funzionali (UOC dipartimento delle professioni) e funzionali interaziendali o di livello regionale (medicina penitenziaria). Il modello organizzativo funzionale dipartimentale interaziendale potrà essere utilizzato, in rapporto alle dimensioni della interaziendalità, per le attività degli uffici legali, medicina legale, farmaceutica, etc..

Il Dipartimento strutturale ha i seguenti compiti:

- negoziare con la Direzione strategica gli obiettivi di budget e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle Unità Operative costituenti il Dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato.
- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- negoziare con i distretti le prestazioni da erogare in ambito distrettuale in rapporto ai bisogni;
- assicurare la produzione di prestazioni e servizi assistenziali centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica (funzione di governo clinico);
- gestire le risorse umane assegnate e assicurare il governo e la ottimale organizzazione all'interno delle strutture e dei servizi facenti parte del dipartimento;
- promuovere lo sviluppo e l'utilizzo di protocolli e buone pratiche cliniche nelle diverse strutture territoriali per la gestione della patologia cronica degenerativa ovvero a basso-medio tenore assistenziale.

Quindi, il Dipartimento, nel garantire l'erogazione di prestazioni, in ambito ospedaliero e territoriale, garantisce e promuove:

- l'integrazione della risposta produttiva ai bisogni di salute della popolazione - evidenziati dai Distretti a cui è ricondotta appunto la funzione di committenza - in "*senso orizzontale*" in ambito ospedaliero e territoriale sotto il profilo dell'equità, appropriatezza e trasparenza;
- il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali che a vario titolo e livello di responsabilità operano nell'ambito del Dipartimento, attraverso la pianificazione, lo sviluppo e la sistematizzazione dei programmi di formazione/aggiornamento, di ricerca e di gestione del rischio clinico

nei confronti delle diverse tipologie di personale afferente e relative professionalità;

- la promozione della partecipazione dell'insieme dei professionisti al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali, all'interno delle linee della programmazione regionale ed aziendale, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e dell'innalzamento dei livelli di efficienza in rapporto alle risorse disponibili;
- la gestione globale del processo clinico, diagnostico e terapeutico ai diversi livelli organizzativi e degli aspetti socio-sanitari allo stesso correlati (integrazione interdisciplinare e multi - professionale), nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed equità;
- la continuità assistenziale (o delle cure) attraverso l'integrazione tra le diverse fasi assistenziali ed i diversi professionisti;
- la valutazione dei processi e degli esiti (garanzia degli outcome) per assicurare progressivamente l'innalzamento dei risultati in termini di salute, nel rispetto delle risorse economicamente disponibili e tramite l'implementazione e l'utilizzo sistematico delle linee guida nazionali ed internazionali.

Il Dipartimento raggiunge i compiti assegnati attraverso:

- la gestione completa, diretta ed unitaria delle diverse tipologie di personale assegnato al dipartimento (ivi inclusa la programmazione dell'orario di servizio e di lavoro delle diverse UU.OO., la formulazione delle proposte di assegnazione degli incarichi dirigenziali e l'effettuazione delle verifiche di prima istanza);
- la diretta gestione e l'effettuazione dei collegi tecnici e della valutazione del personale con le diverse periodicità previste;
- la proposta dei programmi di formazione ed aggiornamento professionale;
- la gestione unitaria delle tecnologie e delle correlate risorse guida (blocchi operatori, diagnostiche per immagini, aree intensive etc.) anche in tutte le fasi di acquisizione, all'uopo avvalendosi della collaborazione dell'ingegneria clinica.
- la gestione diretta ed unitaria degli spazi assegnati dalla Direzione Aziendale e dei posti letto di degenza finalizzati all'attività in urgenza, elettiva e di ospedalizzazione a ciclo diurno;
- la gestione unitaria dell'attività ambulatoriale secondo modelli organizzativi che privilegino l'accesso secondo criteri di priorità della domanda in base a criteri di isogravità;

- la gestione complessiva delle liste di attesa per l'accesso alle linee di produzione;
- la gestione complessiva dell'attività libero professionale e delle relative liste d'attesa;
- la definizione di linee guida, protocolli, implementazione del medical audit e lo sviluppo del sistema di sicurezza aziendale al fine di raggiungere il miglior livello di appropriatezza;
- la gestione dei rapporti con le Università e gli Enti di Ricerca per lo sviluppo e l'implementazione di programmi e progetti di ricerca clinica, anche di tipo traslazionale, finalizzata, con la correlata gestione e responsabilità degli eventuali fondi di ricerca ottenuti da soggetti terzi.

ARTICOLO 30 - ORGANI DEL DIPARTIMENTO

Gli Organi del Dipartimento sono

- il Direttore di Dipartimento
- il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i Direttori titolari di incarico di direzione di struttura complessa a rapporto esclusivo, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento e costituita dai Direttori di Struttura Complessa. Il Direttore di dipartimento mantiene ed esercita pienamente la direzione della struttura complessa di cui ha assunto la responsabilità, configurandosi pertanto la funzione di Direttore di Dipartimento come incarico, conferito ai sensi degli art. 27 e 29 del CCNL 08/06/2000, distinto ed aggiuntivo all'incarico già attribuito dall'Azienda a seguito delle procedure concorsuali previste ex D.P.R. 484/97 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Direttore rappresenta il Dipartimento e garantisce e dirige ogni relativa attribuzione, ed in particolare:

- la direzione del dipartimento e di tutte le relative articolazioni, nonché la gestione dei servizi e delle funzioni affidate;
- svolge le funzioni di Datore di Lavoro, ai sensi del D.Lgs. 81/2008, per le attività delegate dal Direttore Generale;
- la partecipazione alla contrattazione annuale di budget, dove negozia con la Direzione strategica, consultato il Comitato di Dipartimento, gli obiettivi assistenziali e gestionali e la pianificazione delle attività e dei volumi di produzione necessari ed appropriati che è necessario garantire per rispondere ai bisogni di salute della linea ospedaliera e territoriale;

- la gestione del budget del Dipartimento, di cui ha la responsabilità esclusiva;
- la risposta dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi assegnati.
- la direzione delle attività e delle risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- la partecipazione agli organi collegiali al fine di garantire l'integrazione con i Distretti e con Presidi Ospedalieri della AUSL;
- la verifica della rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli della Azienda;
- la direzione del personale assegnato alle strutture del dipartimento
- la direzione e gestione delle attività assistenziali del dipartimento
- la direzione e gestione degli approvvigionamenti e dell'acquisizione delle tecnologie
- la direzione delle attività amministrative proprie del dipartimento
- la gestione e la responsabilità delle risorse economiche affidate
- la responsabilità delle funzioni delegate dalla direzione strategica
- la responsabilità di gestire e regolare i rapporti con i distretti socio-sanitari aziendali
- l'informazione al Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione e dell'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi concordati.
- gli interventi di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, previsti dalla normativa vigente assicurando, in materia di sicurezza, lo svolgimento delle funzioni delegate dal Direttore Generale nella veste di datore di lavoro

Il Direttore di Dipartimento sentito il Comitato di Dipartimento propone, motivando, gli incarichi di struttura semplice dipartimentale e gli incarichi professionali di valenza dipartimentale. Il conferimento degli incarichi di responsabilità delle strutture semplici non dipartimentali e gli incarichi professionali sono proposti dal Direttore della relativa struttura complessa al Direttore di Dipartimento. In caso di contrasto tra Direttore di Struttura Complessa e Direttore di Dipartimento, l'arbitrato è effettuato dal Direttore Sanitario Aziendale.

Il Direttore di Dipartimento è il Presidente del Collegio Tecnico, valutatore di 1^a istanza degli incarichi di struttura complessa e dei dirigenti di struttura semplice.

Ha compiti di supporto all'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico nella gestione dei reclami nonché nell'attività del Risk Manager. E' coadiuvato dal Comitato di Dipartimento, di cui ha la direzione.

Il Comitato di Dipartimento, ai sensi dell'articolo 17bis del decreto legislativo 502/1992 è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.

Il Comitato di Dipartimento, diretto dal Direttore di Dipartimento, è composto di diritto da:

- i direttori delle Unità Operative Complesse costituenti il dipartimento;
- i dirigenti delle Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- il dirigente del servizio tecnico-sanitario, della prevenzione, etc., in relazione alla tipologia dipartimentale
- i responsabili, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica e della riabilitazione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel Dipartimento;
- da una componente elettiva composta dai dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del Dipartimento che durano in carica tre anni.

Il Comitato di Dipartimento si riunisce previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento di norma con cadenza trimestrale e comunque almeno due volte all'anno. Di ogni seduta viene redatto apposito contestuale verbale, conservato in ordine cronologico presso la Direzione del Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su rilevanti aspetti di governo clinico ed economico. La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti con apposito regolamento.

ARTICOLO 31 - FUNZIONI AMMINISTRATIVE CENTRALI E TERRITORIALI

Il governo economico – gestionale nonché le attività di supporto amministrativo indispensabili alla committenza ed alla produzione esercitate dalle Direzioni di Dipartimento e di Distretto, dalle Unità Operative Complesse ospedaliere e non ospedaliere sono garantite dalle articolazioni organizzative preposte all'assolvimento delle funzioni amministrative centrali e territoriali.

Le funzioni centrali, ospedaliere e territoriali dirette al complessivo e generale governo economico gestionale dell'Azienda devono garantire:

- la gestione e lo sviluppo delle risorse umane e l'applicazione degli istituti contrattuali nonché la gestione delle relazioni sindacali e di reclutamento del personale;
- la pianificazione operativa e la gestione degli acquisti e dei contratti per la fornitura

di beni e servizi necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza anche in raccordo con la centrale acquisti della Regione Lazio; gestione servizi economici;

- la corretta gestione economico – finanziaria con l’applicazione e l’utilizzo degli strumenti della contabilità generale e di progetto nel rispetto delle direttive regionali relative al Piano di Rientro;
- la corretta gestione dell’iter di approvazione degli atti deliberativi e della loro pubblicazione, la gestione del protocollo informatico e di tutte le stazioni protocollanti aziendali, gli archivi aziendali e la gestione degli atti convenzionali con altre aziende nonché la gestione dei contratti assicurativi;
- lo sviluppo continuo e il costante aggiornamento dei sistemi informatici (Information Technology) aziendali interfacciandosi con i sistemi regionali ed i flussi riferiti al debito informativo di carattere istituzionale. Gestione di tutti i punti CUP presenti sul territorio e presso i presidi aziendali. Elaborazioni retributive e relativa applicazioni degli istituti contrattuali correlati.
- la gestione amministrativa specifica, previa istituzione di apposite strutture complesse, semplici/servizi, delle articolazioni aziendali ed in particolare dei Distretti, dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri, dell’area dell’Assistenza Penitenziaria

Entrambe le funzioni centrali e territoriali sono coordinate dalle rispettive Aree di afferenza che hanno lo scopo di assicurare l’omogeneità di azione attraverso l’emanazione di direttive ed indirizzi concordate con la Direzione Aziendale. Per quanto concerne i servizi dell’area amministrativa, sulla base delle indicazioni specifiche di cui alla DCA 206/2013 potranno essere istituiti Dipartimenti interaziendali delle funzioni amministrative e tecniche al fine di realizzare economie di scala attraverso la centralizzazione di uno o più servizi, presso gli uffici regionali ovvero una o più aziende sanitarie pilota già esistenti. L’azienda Roma B potrà, previo accordo con le Aziende interessate e sulla base di specifiche direttive regionali partecipare all’istituzione di dipartimenti interaziendali delle funzioni amministrative e tecniche, utilizzando le U.O.C. e U.O.S. non ospedaliere assegnate

ARTICOLO 32 - FUNZIONI DI STAFF

La Direzione Strategica si avvale per le attività di governo dell’Azienda di strutture dello Staff, articolate in unità operative complesse, unità operative semplici a valenza strategica, unità organizzative dirigenziali complesse, servizi ed incarichi professionali.

Le linee di attività di staff sono individuate in:

- ✓ Controllo di gestione e sistema di valutazione
- ✓ Governo della rete e degli erogatori
- ✓ Ufficio Relazioni con il Pubblico e comunicazione istituzionale
- ✓ Qualità
- ✓ Servizio Prevenzione e Protezione
- ✓ Medico competente
- ✓ Risk Management
- ✓ Formazione
- ✓ Sistemi informativi Aziendali
- ✓ Uffici legali
- ✓ Mobility Manager
- ✓ Gestione delle liste di attesa e ALPI
- ✓ Servizio Civile
- ✓ Sviluppo Organizzativo.

L'azienda articola le funzioni di staff, in rapporto a complessità, dotazioni e funzione specifica, in incarichi di struttura semplice o complessa, ovvero in incarichi professionali. Dal punto di vista funzionale, in relazione alle specifiche peculiarità, le strutture o le funzioni di staff possono afferire o alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria.

ARTICOLO 33 - ARTICOLAZIONI AZIENDALI

Le unità operative sono strutture organizzative del Dipartimento, o del Distretto, che aggregano risorse multi professionali, tecniche e finanziarie; assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi secondo i criteri definiti nell'ambito del dipartimento o del distretto di appartenenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali. Le unità operative possono essere complesse, semplici a valenza dipartimentale, e semplici di singola unità operativa ed individuate secondo i criteri di cui al precedente articolo.

Il presente Atto garantisce il rispetto dei parametri standard di cui al DCA 259/2014 ed il contenimento del numero dei Dipartimenti, delle Strutture complesse e semplici, delle posizioni organizzative e delle funzioni di coordinamento nel rispetto delle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia finanziaria.

Le Unità Operative Complesse sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa, devono possedere una dotazione di dirigenti non inferiore a quattro unità, a tre per le unità dipartimentali, a due per le unità semplici, e, riferendosi a tutte le tipologie, anche tecnico amministrative, un organico complessivo di norma superiore a venti unità.

Le unità operative sanitarie dipartimentali devono disporre di un organico dirigenziale non inferiore a tre unità, mentre le unità operative semplici un organico non inferiore a due unità, ai sensi dell'art. 18 del DCA 40/2011.

La direzione di struttura complessa o di struttura semplice a valenza dipartimentale, implica lo svolgimento di funzioni di direzione e organizzazione da attuarsi nel rispetto delle direttive operative e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione delle decisioni volte al corretto espletamento del servizio in termini di appropriatezza nella struttura propria. La direzione di struttura semplice di unità operativa implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità ed autonomia limitate agli obiettivi assegnati, secondo gli indirizzi del Direttore della Struttura Operativa Complessa.

A tal proposito si ricorda che l'Azienda ASL ROMA B ha recepito il D.Lgs 254/2000, *art. 15 terdecies*, per il quale il dirigente responsabile di struttura complessa prende il nome di direttore, mentre il dirigente di strutture semplice e semplice dipartimentale prende il nome di dirigente responsabile di UOS o di UOSD.

Al fine di rendere flessibile l'offerta di produzione e la qualificazione e lo sviluppo della professionalità dei professionisti dell'Azienda, vengono attribuiti incarichi professionali di alta specializzazione e di consulenza nonché di responsabilità di Servizio.

Tale tipologia di incarichi fa riferimento al riconoscimento e all'esercizio di elevate competenze tecnico-professionali, comunque correlate all'assunzione di rilevante responsabilità dirigenziale, e che producono prestazioni di elevata complessità nell'ambito di una determinata disciplina o dell'organizzazione della tecnostruttura.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, le Aziende valorizzeranno quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica oltre alle competenze che comunque connotano gli aspetti dirigenziali.

Gli incarichi dirigenziali professionali e di struttura sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

Nel regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, deve essere esplicitato il modello di valutazione assunto e le relative procedure, individuando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati dei dirigenti; si deve,

altresì, dare particolare peso alle verifiche dei colleghi tecnici ai fini della conferma degli incarichi o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo.

La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati, con le modalità previste dai CC.NN.LL.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto assistenziale - tecnico-professionale, nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze dell'Azienda.

Nell'ambito di attività a forte integrazione operativa e di rilevanza strategica sono individuate funzioni di specifico contenuto disciplinare denominate Servizi di natura professionale. Si intende per "Servizio" *l'ambito disciplinare la cui responsabilità clinica – tecnica - assistenziale nonché amministrativa/organizzativa è affidata ad un Dirigente con incarico professionale di alta specializzazione*.

A tal fine, tra le tipologie di incarichi professionali, sono ricomprese le specifiche responsabilità di conduzione di Servizi sanitari assistenziali preposti alla erogazione di prestazioni assistenziali, ovvero di tipo professionale e tecnico – amministrativo, caratterizzati da consistenti livelli quali – quantitativi di attività e da elevate responsabilità anche di ambito aziendale.

Tali responsabilità sono configurate sulla base dell'applicazione del comma 8 dell'art. 27 del CCNL 08/06/2000.

ARTICOLO 34 - MODELLI OPERATIVI

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale possono essere individuati modelli operativi funzionali orientati ad ottimizzare il collegamento di diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne, direttamente collegabili, all'uopo anche definendo apposite aree/reti, in termini di posizionamento nell'organigramma dipartimentale. Un'area dipartimentale infatti può connettere, per criterio di omogeneità disciplinare o progettuale, strutture o linee all'interno dei dipartimenti od anche tra dipartimenti.

Le aree/reti/percorsi inter-professionali, quali ad esempio il Percorso senologico, il percorso Chirurgia del pavimento pelvico, ecc., sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici di più discipline al fine di costituire un'offerta di prestazioni

integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico interdisciplinare.

All'area/rete professionale è preposto un Coordinatore in posizione non gerarchicamente sovraordinata ma con reali funzioni di coordinamento delle attività e funzioni. In applicazione dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i. per i rapporti con i medici specialisti interni, art.30 bis, possono essere istituite le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), per la presa in carico del paziente cronico - fragile, la cui definizione è affidata, previo confronto con le rappresentanze aziendali, all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

La rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca. In un'organizzazione complessa formale la creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne, dell'azienda non direttamente tra loro, ma direttamente collegabili in termini di posizionamento nell'organigramma dall'azienda stessa. Una rete professionale infatti connette quanti partecipano a un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'azienda. Le reti professionali, dunque, sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali ancora a un centro specialistico.

I gruppi operativi interdisciplinari sono momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello dello Staff della Direzione Strategica o a livello di Dipartimento/Distretto. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Technology assesment, Sistemi di Indicatori, Accredimento. Espressione aziendale della capacità di rete e di integrazione fra i diversi gruppi operativi sono le esperienze maturate con il: Percorso senologico , il Centro per la diagnosi precoce di sclerosi sistemica, il Centro per la terapia anticoagulante, il Percorso Chirurgia del pavimento pelvico.

E' da considerarsi **gruppo operativo interdisciplinare** anche il gruppo di lavoro per le attività inerenti il riassetto municipale che comporterà:

1. per la ASL ROMA B la perdita del denominato attuale IV distretto, ex X Municipio, che andrà assorbito dal territorio della ASL ROMA C;
2. per la ASL ROMA C la cessione dell'attuale territorio del VI Municipio.

Il gruppo interdisciplinare garantirà, da un lato la continuità assistenziale e dall'altro, lo studio delle modalità di copertura dei maggiori costi che sosterrà la ASL ROMA B la cui quota capitaria è per il 2015 rimodulata sulla popolazione assistita senza quella dell'ex X Municipio già considerata in carico alla ASL ROMA C.

ARTICOLO 35 - DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI

Il Dipartimento delle Professioni è una struttura dipartimentale funzionale, il cui assetto, e relativa articolazione interna, è previsto in deroga ai parametri standard di cui al presente atto ed alle linee guida regionali, il cui obiettivo è quello di garantire, in modo integrato con le attività di competenza dei distretti e del dipartimento, l'utilizzo ottimale delle risorse infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie, della prevenzione e sociali per assicurare una risposta adeguata ai bisogni di salute dei cittadini anche attraverso processi di integrazione degli interventi assistenziali.

Ad esso afferiscono la UOC delle Professioni delle Aree Infermieristica ed Ostetrica, Tecnico Sanitaria, Tecnica della Riabilitazione, Tecnica della Prevenzione e del Sociale, nonché le cinque U.U.O.O.S.S. corrispondenti alle aree di legge.

La Direzione della UOC delle Professioni delle Aree Infermieristica ed Ostetrica, Tecnico Sanitaria, Tecnica della Riabilitazione, Tecnica della Prevenzione e del Sociale, è affidata ad un Dirigente delle Professioni, in possesso dell'anzianità di servizio come dirigente del ruolo sanitario, prevista dalla normativa vigente concorsuale per l'accesso alla posizione di responsabile di struttura complessa, di cui alla L.251/00, nominato secondo le procedure previste dagli artt. 6 e 7 della legge 251/00, ed in aderenza alla specifica normativa contrattuale e concorsuale (DPCM 25 gennaio 2008) vigente in materia (DPR 483/97, DPR 484/97).

Il Dipartimento delle professioni svolge le seguenti funzioni:

- la partecipazione all'individuazione ed alla realizzazione degli obiettivi specifici dell'area di competenza, nel rispetto delle competenze proprie dei medici;

- la garanzia del mantenimento dei livelli di assistenza per la parte di competenza nonché, la promozione delle attività di prevenzione, cura e sostegno degli individui, delle famiglie e della collettività;
- lo sviluppo dell'organizzazione, il coordinamento, la gestione, la verifica ed il controllo delle risorse umane e materiali necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie infermieristiche/ostetriche/tecniche/riabilitative/sociali nei servizi offerti all'utenza;
- l'analisi e la programmazione del fabbisogno formativo di base;
- la promozione e la partecipazione alla formazione del personale di supporto;
- la promozione di progetti revisione della qualità e degli esiti delle diverse attività
- la partecipazione nell'ambito delle specifiche competenze all'identificazione dei bisogni di salute della persona, della famiglia e della collettività;
- la collaborazione alla realizzazione di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali e delle malattie infettive;
- la partecipazione per quanto di competenza alle attività di libera professione ALPI/APA, ove sono coinvolte le professioni infermieristiche, ostetriche e della riabilitazione, tecnico sanitarie, della prevenzione e sociali.

Al fine di garantire inoltre la piena applicazione delle ulteriori disposizioni di cui alla legge 251/00, in materia di dirigenza delle professioni dell'area tecnica riabilitativa, dell'area tecnico sanitaria, dell'area tecnica della prevenzione e dell'area della assistenza sociale, si è prevista l'istituzione delle corrispondenti cinque unità operative semplici professionali, rispettivamente: UOS Area infermieristica ed ostetrica, UOS Area Professioni tecnico sanitarie (afferente funzionalmente alla UOC e gestionalmente aggregata al Dipartimento dei Servizi Diagnostici ove opera), UOS Area Professioni tecniche della Prevenzione (afferente funzionalmente alla UOC e gestionalmente aggregata al Dipartimento della Prevenzione ove opera), UOS Area Professioni Tecniche della Riabilitazione (afferente funzionalmente alla UOC e gestionalmente aggregata al Distretto e ai Dipartimenti ove opera), la UOS Area delle Professione della Assistenza Sociale (afferente funzionalmente alla UOC e gestionalmente aggregata al Distretto e ai Dipartimenti dove opera). Quest'ultima UOS, in particolare, svolge le funzioni di competenza e di garante degli aspetti sociali della persona con problemi sanitari. Il mandato del Servizio Sociale Professionale è, quindi, di attivare e di prendersi cura delle reti di sostegno per favorire i processi di integrazione.

Il conferimento dei relativi incarichi dirigenziali di UOS avverrà attraverso l'autorizzazione all'assunzione da parte della Regione e, conseguentemente, all'espletamento di apposita procedura concorsuale per titoli ed esami, rivolta a personale in possesso dell'anzianità di servizio di almeno cinque anni come dirigente del ruolo sanitario prevista dalla normativa vigente concorsuale per l'accesso alla posizione di responsabile di struttura semplice. Il superamento di tale procedura concorsuale consentirà quindi l'attribuzione di posizioni dirigenziali e responsabilità specifiche con relativo incarico di struttura.

Le UU.O.O. di cui al presente articolo, si articolano al proprio interno, ove necessario, attraverso il conferimento di incarichi di posizione organizzativa.

TITOLO VII – RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

ARTICOLO 36 – OSPEDALE

I Presidi Ospedalieri dell'Azienda Asl Roma B sono inseriti nella rete regionale che classifica gli ospedali secondo tipologie diversificate in relazione ai differenti profili di offerta distinguendo, altresì, tra ospedali che svolgono in tutto o in parte funzioni di HUB, da quelli con funzioni di Spoke, in base anche ai bacini di utenza intesi come ambiti di programmazione sovraziendali, in rapporto alla topografia del territorio.

Fermo restando quanto sopra evidenziato, gli ospedali dell'Azienda assolvono, oltre alle funzioni specialistiche individuate dalla programmazione regionale, alla funzione di ospedali di riferimento per le popolazioni delle circoscrizioni o municipi circostanti e attuano forme di integrazione e collaborazione con le strutture operative delle altre aziende sanitarie.

L'ospedale è struttura operativa dell'Azienda ASL ed è organizzato, secondo il modello dipartimentale, per intensità di cure, in strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate sono quelle previste dalla programmazione regionale.

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

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

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

Ai fini dell'organizzazione e gestione degli ospedali si tiene conto dei nuovi modelli organizzativi per funzioni o specificità assistenziali superando la divisione in reparti, prevedendo la gestione unitaria delle risorse di degenza.

Il Direttore Generale affida la direzione sanitaria dell'ospedale ad un dirigente medico, della disciplina direzione medica di presidio ospedaliero, che assume l'incarico di Direttore Medico del Presidio Ospedaliero.

Dirige lo stesso ai fini igienico-organizzativi e collabora allo sviluppo del governo clinico, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate nonché ai processi organizzativi riguardanti la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti.

Le funzioni quindi vengono esercitate, con riferimento alla organizzazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali ed alle funzioni igienico sanitarie e di sicurezza ospedaliera, secondo specifiche linee di attività, riconducibili rispettivamente alle seguenti:

- Igiene – tecnica e sicurezza ospedaliera;
- Coordinamento delle attività finalizzate alla prevenzione del rischio clinico
- Epidemiologia, Statistica, Flussi Informativi e Gestione Archivio Clinico;
- Tutela sicurezza dei Lavoratori;
- Vigilanza sui Servizi esternalizzati;
- Organizzazione e valutazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali;

Specificamente, la Direzione di Presidio Ospedaliero concorre alle funzioni di coordinamento e verifica nei confronti delle prestazioni erogate nell'ambito del Presidio, in particolare verificando la corrispondenza con gli obiettivi aziendali; esercita le funzioni di Dirigente responsabile (D.Lgs. 81/2008) delle aree comuni non assegnate ai Dipartimenti; attua gli interventi di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori cui è direttamente preposta, previsti dalla normativa vigente; coordina per tutto il Presidio, le attività di accettazione, di ricovero e quelle ambulatoriali; coordina la raccolta e la trasmissione dei dati statistici, gestisce la documentazione sanitaria, cura la tenuta dell'archivio delle cartelle cliniche e di altra documentazione sanitaria cartacea; fornisce supporto tecnico all'attività dei dipartimenti, per gli aspetti igienico organizzativi, gestionali e medico legali, assicurando ove richiesto la propria presenza o quella di un medico di direzione medica, appositamente delegato, all'interno dei comitati di dipartimento; vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici e sul rispetto della riservatezza dei dati personali; cura i rapporti con gli organi giudiziari e con gli organismi, anche extra - aziendali, di verifica e di controllo.

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL si articola nel Presidio Sandro Pertini e nel Presidio Policlinico Casilino.

ARTICOLO 37 - ARTICOLAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA

L'offerta ospedaliera dell'Azienda USL Roma B viene effettuata dai Presidi Ospedalieri Sandro Pertini e Policlinico Casilino, attraverso lo sviluppo di reti ospedaliere regionali di alta specialità.

Il modello dell'offerta è articolato in base alle specifiche direttive della Regione finalizzate a superare disomogeneità territoriali e/o ridondanze con l'obiettivo di raggiungere una dotazione di posti letto per acuti sufficiente a garantire i livelli assistenziali.

Per l'Ospedale S. Pertini, in attuazione delle direttive regionali, fermo restando il totale pesato dei posti letto per area, sono definite dotazione di posti letto per disciplina e/o attività specifica secondo criteri che tengono conto degli elevati volumi di attività del Pronto Soccorso. Essi rendono necessario disporre di posti letto di medicina d'urgenza ed emodinamica peraltro ai fini della risposta assistenziale ai bisogni sanitari, anche in termini di efficienza (indice di rotazione, degenza media) e di alcuni posti letto di chirurgia specialistica correlati ai suddetti volumi del Pronto Soccorso, nonché alla complessità assistenziale che ne deriva. I due presidi ospedalieri presentano, inoltre, come ulteriore offerta sanitaria in regime di Pronto Soccorso, l'OBI (Osservazione Breve Intensiva), come previsto dalle specifiche direttive regionali.

ARTICOLO 38 - RETI REGIONALI DI SPECIALITA'

Il Piano di riorganizzazione regionale dell'offerta ospedaliera prevede di definire macroaree territoriali di riferimento dell'offerta e, all'interno di esse, definire i presidi ospedalieri di afferenza classificandoli secondo il modello "Hub e spoke" ed inserendoli nell'ambito di reti regionali di specialità al fine di articolare l'offerta prestazionale e di fornire appropriata risposta alle esigenze dei cittadini.

Il modello organizzativo della rete prevede, infatti, una integrazione verticale che prevede la concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in strutture sanitarie dove siano presenti tutte le specialità (HUB), integrati con un insieme di servizi periferici (SPOKE).

La rete di specialità è finalizzata all'effettiva presa in carico e alla definizione unitaria del progetto di cura. Presuppone la condivisione del know-how dei professionisti (definizione di percorsi diagnostico-terapeutici) e di procedure e modelli operativi omogenei nel territorio dell'Azienda.

La rete multiprofessionale clinica ed assistenziale definita nei Decreti del Commissario ad

Acta, riguarda la Rete dell'Assistenza perinatale (n.56/2010), la Rete Assistenziale delle Malattie Emorragiche Congenite (n.57/2010), la Rete Assistenziale delle Malattie infettive (n.58/2010), la Rete Oncologica (n.59/2010), la Rete Assistenziale dell'Emergenza (n.73/2010), la Rete dell'Assistenza Cardiologica e Cardiochirurgica (n.74/2010), la Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto (n.75/2010), la Rete Assistenziale Trauma Grave e Neuro - trauma (n.76/2010), la Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica (n.77/2010), la Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo - Facciale(n.78/2010), la Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano (n.79/2010), la Rete Dolore cronico non oncologico (n. 83/2010), la Rete Cure Palliative(n. 84/2010), la Rete delle Strutture di Medicina di Laboratorio (n.219/2014).

Gli strumenti di programmazione di macroarea e/o ambito regionale definiscono gli assetti di rete (nodi) ospedalieri e territoriali, mentre la pianificazione aziendale ed interaziendale esplicita le relazioni funzionali fra i diversi nodi garantendo:

- l'unitarietà dei processi di assistenza, che risulta essenziale soprattutto nelle patologie cronico degenerative;
- un'offerta qualificata ed omogenea sul territorio di macroarea e regionale;
- la differenziazione delle funzioni e la complementarietà tra esigenze di cura a diversa complessità assistenziale, finalizzata a contemperare le necessità di elevata qualità dell'assistenza e la sostenibilità economica di sistema.

L'integrazione della rete ospedaliera e di quella territoriale assicura la multidisciplinarietà delle diverse fasi dei percorsi aziendali clinico - assistenziale e riabilitativo compresa l'attività di prevenzione, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale. Il nuovo Piano Sanitario Regionale, fa delle reti cliniche uno dei cardini della programmazione sanitaria per il triennio. La rete clinica assistenziale è costituita, da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. L'Azienda ASL ROMA B, in tutti i processi di pianificazione e gestione delle reti e della erogazione delle prestazioni, favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e i soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei cittadini a livello nazionale e internazionale. L'Azienda promuove la definizione e l'utilizzo dei percorsi aziendali diagnostico - terapeutico - assistenziali come strumento di governo clinico e di continuità della presa in carico. I percorsi sono prioritariamente individuati tra le patologie a più alta prevalenza e intensità assistenziale, sia acute sia croniche, al fine di definire gli standard erogativi di qualità e sicurezza delle cure da garantire a tutte le Persone assistite.

Nell'ambito delle reti, l'Area Interaziendale della Sanità Penitenziaria rappresenta il *core* della rete regionale per l'assistenza della popolazione ristretta.

TITOLO VIII – ARTICOLAZIONE DIPARTIMENTALE

ARTICOLO 39 - DIPARTIMENTI DELLA ASL ROMA B

I Dipartimenti istituiti assumono, nel rispetto delle normative vigenti, la seguente tipologia:

- a carattere strutturale in quanto incentrati sull'aspetto produttivo - gestionale.
- forti in quanto i rapporti tra le Unità Operative costituenti il dipartimento rispondono ad una logica di gestione gerarchica.
- transmurali, in quanto costituiti da unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere.

I criteri di aggregazione delle unità operative e di strutture semplici dipartimentali nel dipartimento sono:

- affinità del loro sistema tecnico di riferimento (dipartimenti di specialità o di area assistenziale omogenea per risorsa guida);
- interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti target di popolazione, pur mantenendo le diverse UU.OO. la loro autonomia professionale.

In base a questi criteri, i dipartimenti istituiti sono:

- a) Dipartimento di Emergenza Accettazione
- b) Dipartimento Misto di Area Medica
- c) Dipartimento Misto di Area Chirurgica
- d) Dipartimento dei Servizi Diagnostici, Trasfusionali e del Farmaco
- e) Dipartimento di Prevenzione
- f) Dipartimento di Salute Mentale
- g) Dipartimento dell'Assistenza Materno Infantile

a) DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE

Il Dipartimento Emergenza Accettazione è costituito da unità operative ubicate nei due Presidi Ospedalieri, Sandro Pertini e Policlinico Casilino. I due Presidi Ospedalieri al momento sono sede di D.E.A. di 1^a livello, finalizzato alla gestione delle condizioni di urgenza ed emergenza. Il criterio di aggregazione dipartimentale è sostanziato da una

parte dalla necessità di garantire approcci professionali ed assistenziali omogenei nelle diverse patologie trattate indipendentemente dalla sede di soccorso e dall'altra di assicurare un modello organizzativo integrato tra le diverse specialità ubicate nei due Presidi. Relativamente alle Unità oggetto di riorganizzazione ai sensi del presente Atto, si prevede che le relative linee di attività, ove confermate per la garanzia dei livelli di assistenza, siano garantite attraverso specifiche modalità organizzate, in forma di Servizio, cui restano conferite le specifiche responsabilità.

b) DIPARTIMENTO MISTO DI AREA MEDICA ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Il Dipartimento misto di area medica ed integrazione ospedale territorio è costituito da unità operative ubicate al momento nei due Presidi Ospedalieri Sandro Pertini e Policlinico Casilino e nelle aree territoriali distrettuali.

Il Dipartimento misto di area medica ed integrazione ospedale territorio garantisce un approccio unitario multi-disciplinare e multiprofessionale delle patologie a carattere internistico, in ambito ospedaliero (fase dell'acuzie) ed in ambito territoriale (fase della cronicità), privilegiando anche l'implementazione di alcuni ambiti professionali specialistici specifici. In ambito ospedaliero, l'integrazione è favorita anche dalla gestione unitaria degli spazi e dei posti letto di degenza, finalizzati all'attività elettiva e di ospedalizzazione a ciclo diurno, la cui gestione è riferita a modelli organizzativi innovativi per specificità assistenziali e intensità di cura. Relativamente alle Unità oggetto di riorganizzazione ai sensi del presente Atto, si prevede che le relative linee di attività, ove confermate per la garanzia dei livelli di assistenza, siano garantite attraverso specifiche modalità organizzate, in forma di Servizio, cui restano conferite le specifiche responsabilità.

c) DIPARTIMENTO MISTO DI AREA CHIRURGICA

Il Dipartimento Chirurgico e delle Specialità Chirurgiche è costituito da unità operative ubicate al momento nei due Presidi Ospedalieri Sandro Pertini e Policlinico Casilino e finalizzato alla gestione coordinata ed integrata delle patologie a carattere chirurgico in ambito ospedaliero. In tale ambito il Dipartimento opera attraverso il ricorso integrato delle Unità Operative che lo costituiscono con riferimento alle diverse modalità di offerta

(linea del ricovero elettivo, del ricovero in urgenza, del ricovero in day surgery e dell'attività ambulatoriale chirurgica) e secondo modelli organizzativi. Relativamente alle Unità oggetto di riorganizzazione ai sensi del presente Atto, si prevede che le relative linee di attività, ove confermate per la garanzia dei livelli di assistenza, siano garantite attraverso specifiche modalità organizzate, in forma di Servizio, cui restano conferite le specifiche responsabilità. In tale Dipartimento afferisce anche la UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, struttura dell'Università di Roma Tor Vergata, a tale struttura viene conferita operatività interpresidio, al fine di valorizzare ulteriormente le modalità di integrazione tra i due presidi ospedalieri della ASL.

d) **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI, TRASFUSIONALI E FARMACEUTICI**

Il Dipartimento dei Servizi Diagnostici, Trasfusionali e Farmaceutici è costituito da unità operative finalizzate all'attività di supporto agli altri Dipartimenti, ai Distretti ed alle unità operative interdistrettuali ed aggregate, in rapporto alla complessità organizzativa e gestionale, in Aree omogenee della Diagnostica di laboratorio e trasfusionale, della Diagnostica per immagini ed interventistica, e del Farmaco.

In ambito laboratoristico e trasfusionale il Dipartimento persegue l'attuazione delle disposizioni nazionali e regionali vigenti e dei decreti commissariali concernenti le Reti regionali dei Laboratori Clinici e dei Servizi Trasfusionali ed il pieno perseguimento degli obiettivi ad esse connessi, ed in particolare l'avvio e la realizzazione dei centri di riferimento regionali previsti presso l'Ospedale Sandro Pertini dagli stessi decreti, tra i quali il Centro regionale per la Sicurezza Trasfusionale per la validazione del sangue con metodi rispettivamente molecolari ed immunologici.

L'area funzionale omogenea comprende, per la parte relativa alla diagnostica specialistica, Le strutture specialistiche di Patologia Clinica e Citopatologia, di Biochimica clinica, di Microbiologia, Virologia e di Anatomia Patologica.

La Azienda ASL Roma B applica le disposizione di cui al DCA 219/14 ed in particolare, nell'ambito della rete interaziendale che comprende ASL ROMA B ed ASL ROMA G, individua e rende operativo presso l'Ospedale Pertini l'*HUB* di gestione della rete interaziendale che individua laboratori *Spoke* nei presidi ospedalieri della ASL ROMA G e del Policlinico Casilino.

L'operatività di tale modello, HUB & SPOKE, in ambito ospedaliero e territoriale, si configura secondo il modello del Laboratorio Logico Unico che, in un modello integrato di gestione

informatica che assicura il collegamento diretto di centri prelievo, reparti clinici e laboratori, consente di ottimizzare le attività di accesso alla diagnostica in emergenza-urgenza, in elezione ospedaliera e territoriale, per le strutture carcerarie, per i medici di medicina generale, secondo un modello di rete che consente di concentrare le sezioni di diagnostica specialistica, in particolare quella avanzata, con contestuale realizzazione di economie di scala in termini di risorse umane, tecnologiche e di consumi correlati, con innalzamento della qualità analitica e riduzione dei tempi di risposta.

L'attività delle due aree di diagnostica di laboratorio e di radiologia diagnostica ed interventistica è assicurata dai professionisti che operano coordinandosi sulla stessa linea di produzione in modo integrato.

Le Aree hanno unicamente funzioni di supporto alla direzione di dipartimento e sono individuate per quelle linee di attività non espressione del Direttore del Dipartimento e sono coordinate da un direttore di struttura complessa dell'area stessa, individuato dalla Direzione Aziendale su proposta del direttore di Dipartimento.

La funzione di coordinamento non comporta la corresponsione di indennità aggiuntive se non quelle derivanti dalla retribuzione di posizione.

Relativamente alle Unità oggetto di riorganizzazione ai sensi del presente Atto, si prevede che le relative linee di attività, ove confermate per la garanzia dei livelli di assistenza, siano garantite attraverso specifiche modalità organizzative, in forma di Servizio, cui restano conferite le specifiche responsabilità.

L'Area del Farmaco, che comprende la farmacia ospedaliera e la farmacia territoriale, quest'ultima inserita altresì tra le unità interdistrettuali, oltre ai compiti previsti dalla normativa in termini di vigilanza, assicura l'attività di promozione sul corretto utilizzo dei farmaci e *device* e vigila sulle diverse fasi di gestione in fase ospedaliera ed extra-ospedaliera. Inoltre elabora e realizza i progetti di controllo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'utilizzo dei farmaci conformemente alle indicazioni contenute nella scheda tecnica e delle note AIFA. Il controllo dell'appropriatezza prescrittiva costituisce attività strategica per la promozione del corretto ed efficiente uso dei farmaci e dei dispositivi. L'inappropriatezza prescrittiva infatti è una delle principali componenti della spesa nella Regione Lazio e nel contempo rappresenta il tramite per valorizzare e responsabilizzare l'atto medico, poiché ha lo scopo di promuovere l'uso dei beni farmaceutici che abbiano il migliore rapporto costo/efficacia per conseguire i migliori risultati terapeutici rispetto ai bisogni del paziente salvaguardando la sostenibilità.

Nel Dipartimento vengono elaborati e realizzati i progetti di controllo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'utilizzo dei farmaci conformemente alle indicazioni contenute nella

scheda tecnica, delle note AIFA e della Regione Lazio.

e) DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

In ottemperanza con la normativa vigente, nonché con la legge 190 del 23 dicembre 2014, il Dipartimento di Prevenzione assicura le funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica. Ha la responsabilità complessiva degli interventi di medicina preventiva, che assicura attraverso le seguenti linee di attività:

- o educazione alla salute;
- o interventi di prevenzione;
- o profilassi delle malattie infettive e parassitarie.

In tale ambito, il Dipartimento di Prevenzione ha la globale responsabilità degli interventi di medicina preventiva, ivi inclusi gli interventi di medicina preventiva per l'HIV e le malattie a trasmissione sessuale e delle strategie vaccinali ai soggetti adulti a rischio o correlati all'espletamento di specifiche attività lavorative, integrandosi con il territorio;

- o tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- o tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- o tutela igienico-sanitaria degli alimenti e sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- o sicurezza negli ambienti di vita;
- o sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il Dipartimento di Prevenzione ha tra i suoi compiti la verifica dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali delle strutture sanitarie. Per tali aspetti, collabora con l'U.O.C. Accreditamento.

Il Direttore del Dipartimento è altresì Coordinatore aziendale del Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR 613/2010 di cui all'art.8 del presente Atto.

Il Dipartimento è suddiviso per la valenza strategica nonché in ottemperanza alla normativa vigente in 2 aree:

- *Area di Sanità Pubblica Veterinaria, Igiene degli alimenti e della Nutrizione, Igiene degli alimenti di origine animale,*
- *Area di Tutela della Salute negli ambienti di Lavoro e di Sanità Pubblica*

Esso è inoltre articolato, ai sensi dell'art. 15 quarter, comma 2 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. nelle seguenti articolazioni organizzative:

- a) igiene e sanità pubblica;*

b) igiene degli alimenti e della nutrizione;

c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

d) sanita' animale;

e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

In particolare l'Area di Sanità Pubblica Veterinaria, Igiene degli alimenti e della Nutrizione, Igiene degli alimenti di origine animale, ha compiti di tutela della salute pubblica mediante attività di educazione alla salute e di controllo volte a prevenire, in ambito veterinario, le malattie trasmissibili all'uomo dagli animali (zoonosi) e dagli alimenti di origine animale (sicurezza alimentare), e svolge altresì, in ambito medico, attività concernenti l'igiene degli alimenti e della nutrizione umana e la sorveglianza nutrizionale. In tale Area ai fini della integrazione e del coordinamento delle attività afferisce anche la UOSD Igiene degli alimenti, della nutrizione umana e sicurezza alimentare restando afferente alla disciplina dell'Igiene degli alimenti e della nutrizione (ex DPR 484/97).

Le strutture organizzative delle due aree rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

In particolare la previsione di un'Area unica è volta ad assicurare un più efficace governo della Sanità pubblica Veterinaria e della Sicurezza nel rispetto della normativa europea. Relativamente alle Unità oggetto di riorganizzazione ai sensi del presente Atto, si prevede che le relative linee di attività, ove confermate per la garanzia dei livelli di assistenza, siano garantite attraverso specifiche modalità organizzative, in forma di Servizio, cui restano conferite le specifiche responsabilità.

Al dipartimento afferisce gestionalmente la UOS delle Professioni Tecnico sanitarie della prevenzione.

f) DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale assicura la tutela della salute mentale, ambito nel quale persegue obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso una rete di strutture organizzative.

Il Dipartimento di Salute Mentale riconosce come prevalente luogo di cura l'ambito territoriale, in cui viene garantita la funzione di ascolto del disagio e del disturbo psichico

(che nel territorio nasce) e nel quale l'Utente viene assunto in carico, assicurando il livello di cura più appropriato rispetto al bisogno evidenziato (dall'assistenza ambulatoriale alle diverse forme di assistenza semi-residenziale o residenziale, casa-alloggio, casa appartamento etc.).

Il livello di trattamento, adeguato al variare delle condizioni cliniche, è assicurato dal Dipartimento di Salute Mentale nei diversi nodi della rete dei servizi di assistenza territoriale in una prospettiva di continuità terapeutica; in ambito ospedaliero assicura le attività assistenziali finalizzate esclusivamente al trattamento delle acuzie non altrimenti gestibili nei servizi territoriali.

In considerazione della dimensione territoriale della risposta e della sua interazione con aspetti sociali, nonché della specificità delle prestazioni erogate la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale sviluppa una stretta rete di relazioni professionali con il Dipartimento Materno – Infantile. Tali connessioni riguardano soprattutto gli aspetti correlati al disagio dell'età evolutiva ed alla sua gestione anche in riferimento alla fase riabilitativa; in particolare, vanno qui richiamati i protocolli di raccordo interdipartimentale con il Dipartimento Materno Infantile per le attività precipue relative alla UOC TSRMEE e con altri Stakeholders – d'intesa con i Direttori di Distretto,- tra cui le comunità locali, in tutte le sue espressioni istituzionali di rappresentanza sociale, in quanto solo un approccio integrato può garantire il rispetto dei valori etici su cui si fonda l'Azienda.

Sono organi aggiuntivi del Dipartimento di Salute Mentale, la Consulta del DSM e la Conferenza di Servizio del DSM.

Relativamente alle Unità oggetto di riorganizzazione ai sensi del presente Atto, si prevede che le relative linee di attività, ove confermate per la garanzia dei livelli di assistenza, siano garantite attraverso specifiche modalità organizzative, in forma di Servizio, cui restano conferite le specifiche responsabilità.

Il DSM si articola pertanto nel modo seguente: UOC e strutture gestionali territoriali che operano a livello distrettuale costituite dalle Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali.

Nel dettaglio le strutture sono:

- UOC: Salute mentale 1, Salute mentale 2, Salute mentale 3, TSMREE, SPDC
- UOS: CSM I distretto, CSM II distretto, CSM III distretto e TSMREE I distretto, TSMREE II distretto, TSMREE III distretto.
- UOSD: Residenzialità e Progetti terapeutici

Il modello sopra descritto si prefigge inoltre, di garantire la globalità ed unitarietà degli

interventi, l'individuazione e promozione delle potenzialità dell'individuo, delle risorse della famiglia e del territorio.

Le UOC Salute Mentale assicurano la risposta adeguata e omogenea ai bisogni di assistenza ambulatoriale, territoriale e domiciliare dei pazienti adulti del territorio di riferimento. Essi garantiscono nel territorio le funzioni di accoglienza, valutazione, progettazione personalizzata e trattamenti territoriali, anche molto specialistici, attuabili nel presidio e/o a domicilio, in stretta connessione con il contesto sociale abituale di vita del cittadino/paziente. Si articolano in una UOS CSM cadauna.

La UOC del Servizio di Diagnosi e Cura dell'ospedale Sandro Pertini, assicura l'ospitalità ai pazienti in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) o ricovero volontario di alcune aree del territorio aziendale secondo i bacini di utenza stabiliti a livello regionale. Garantisce consulenze al Pronto Soccorso dell'ospedale e ai diversi reparti di degenza e l'integrazione con la rete dei CSM di riferimento per il reinserimento dei pazienti dimessi. Ha valenza sovra territoriale/supra distrettuale.

La UOC TSMREE è un servizio di prevenzione diagnosi e terapia delle patologie psichiatriche, neurologiche, neuropsicologiche, e psicologiche per i minori. Assicura le valutazioni neuropsichiatriche, psicologiche, psicodiagnostiche, logopediche; garantisce le prestazioni di psicoterapia e terapie di sostegno psicologico al minore e alla famiglia, terapie logopediche e neuromotorie, le certificazioni ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3, per l'inserimento scolastico di minori con disabilità e con bisogni educativi speciali; la predisposizione piano individuale per il servizio scolastico di AEC. Si articola a livello distrettuale in 3 UOS. In relazione alla sua mission, si integra funzionalmente con il Dipartimento Materno – Infantile.

La UOSD Residenze e dei Progetti Terapeutici assicura attraverso il coordinamento delle strutture residenziali presenti nel territorio l'efficace e efficiente gestione delle strutture e la presa in cura che integra l'ambito sanitario con quello sociale, considerando la grande rilevanza degli aspetti di ordine sociale nel favorire o meno la salute mentale. L'ambito della competenza è a valenza sovra territoriale/supra distrettuale.

g) DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA MATERNO INFANTILE

La tutela della salute della donna e del bambino è il tema conduttore entro cui si sviluppano i grandi obiettivi del Dipartimento: la sicurezza della gravidanza e della nascita insieme al benessere e alla protezione della salute fisica e mentale del bambino, attraverso un'attività assistenziale integrata e coerente con l'impegno nella formazione di medici e di altre figure

professionali e nella ricerca su vari temi attinenti agli scopi del Dipartimento.

Il target assistenziale è rappresentato dalle donne e dalle coppie per una genitorialità responsabile ed ancora per la gestione delle problematiche di fisiopatologia della riproduzione nonché dal nascituro e dal bambino dalla età neonatale alla adolescenza.

TITOLO IX – NORMA TRANSITORIA

ARTICOLO 40 – GESTIONE TRANSITORIA DISTRETTI ACCORPATI TRA LE ASL RMB ed RMC

Al Paragrafo 5.10.3 della DCA U00259 del 06.08.2014, concernente l'accorpamento del Distretto IV ASL RMB, ex X Municipio con la ASL RMC e del VI Distretto ASL RMC, ex VI Municipio con la ASL RMB, ai sensi dell'Art. 26 della Deliberazione della Assemblea Capitolina n. 11/2012 e di quanto disposto dal nuovo Statuto di Roma Capitale, è previsto che "nelle more dell'emanazione di specifici provvedimenti relativi alla ridefinizione degli ambiti territoriali dei distretti in coerenza con il nuovo assetto dei Municipi di Roma Capitale, le Aziende dovranno individuare adeguati meccanismi di integrazione e coordinamento interdistrettuale con specifico riferimento alle aree interessate dalla definizione dei confini aziendali in conseguenza dello Statuto di Roma Capitale. Pertanto, in una prima fase, sarà possibile anche la costituzione di Distretti interaziendali, fermo restando che essi dovranno avere un unico Direttore di Distretto e che ciò non potrà di per sé dar luogo alla duplicazione di strutture e servizi ma al contrario dovrà generare la razionalizzazione dell'esistente. In quest'ottica sarà anche possibile procedere alla stipula di intese tra Aziende confinanti che prevedano meccanismi di compensazione e di imputazione della produzione, ferma restando la titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi in capo alla Azienda che produce per conto dell'altra e la garanzia assistenziale alla popolazione residente".

Sulla base di tali presupposti e previa stipula di apposita intesa con la ASL RMC, saranno definiti meccanismi di integrazione e coordinamento interdistrettuale atti a garantire la funzionalità dei servizi all'utenza ed al progressivo trasferimento delle attività e competenze tra le due Aziende.

In particolare la ASL ROMA B coordinerà come distretto capo fila il processo di integrazione per i Distretti ex V e VI, la ASL ROMA C coordinerà il processo di integrazione per i Distretti ex IX e X.

Tali modalità dovranno prevedere specifici meccanismi di compensazione economica e di imputazione della produzione, a fronte della già definita assegnazione della popolazione residente alle AA.SS.LL. di rispettiva competenza territoriale e saranno effettuate sulla base delle direttive regionali.

In via transitoria pertanto il IV Distretto della ASL RMB, ex X Municipio, vedrà garantite tutte le attività assistenziali oggi erogate dalle strutture e dai servizi della ASL RMB. Vengono riportate in allegato le strutture organizzative presenti nel distretto, o ivi afferenti, in funzione del modello organizzativo della Asl Roma B, preesistente all'attuale Atto (vedi tabella denominata "IV Distretto ex Municipio X", pag. 107 del presente documento).

Per quanto attiene le strutture, il personale e le risorse tecniche, organizzative e strumentali, attualmente presenti nel IV Distretto, le stesse resteranno transitoriamente in capo alla ASL RMB, rinviando alla definitiva fase di attuazione dell'accorpamento, la definitiva allocazione delle risorse, nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali, di conseguenza la quota capitaria rimarrà in seno alla Asl Roma B fino all'avvenuta definizione conclusiva.

BIBLIOGRAFIA

- Legge n.191/09 e ss. mm. e ii.;
- L. R. n.18/94 e ss. mm. e ii.;
- D. Lgs 30 luglio 1999, n. 286
- Legge 15 marzo 1997, n. 59
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Legge regionale 3 agosto 2001 n. 16
- Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;
- Legge 7 agosto 2012, n. 135
- Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito con- Legge 8 novembre 2012, n.189
- Legge 24 dicembre 2012, n.228
- DCA 80/2010
- DCA 00247 del 25 luglio 2014
- DCA 251 del 30 luglio 2014
- DCA 259 del 6 agosto 2014

ALLEGATI

ATTO AZIENDALE 2014

ALLEGATO
ORGANIGRAMMA AZIENDALE

ATTO AZIENDALE 2014							
STAFF DIREZIONE GENERALE							
TIPOLOGIA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC		QUALITA' E AUDITING	CENTRALE		1		
UOC		FORMAZIONE	CENTRALE		1		
UOC		CONTROLLO DI GESTIONE	CENTRALE		1		
UOC		SVILUPPO ORGANIZZATIVO	CENTRALE		1		
	UOS	ALPI E LISTE DI ATTESA	CENTRALE				1
		<i>UUOOS STAFF</i>					
	UOS	RSPP	CENTRALE				1
	UOS	COMUNICAZIONE E URP	CENTRALE				1
	UOS	SERVIZIO CIVILE E PROGETTI SPECIALI	CENTRALE				1
4	4			0	4	0	4
		<i>FUNZIONI PROFESSIONALI</i>					
		MOBILITY MANAGER					
		AVVOCATURA					

ATTO AZIENDALE 2014							
STAFF DIREZIONE SANITARIA							
TIPOLOGIA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC		RISK MANAGEMENT	CENTRALE		1		
UOC		SISTEMI INFORMATIVI SANITARI	CENTRALE		1		
UOC		VALUTAZIONE ATTIVITA' STRUTTURE ACCREDITATE E CONVENZIONATE	CENTRALE		1		
	UOS	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE STRUTTURE ACCREDITATE E CONVENZIONATE	CENTRALE				1
	UOS	TRATT. GIURIDICO E CONTROLLI STRUTTURE ACCREDITATE E CONVENZIONATE	CENTRALE				1
UOC		DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OP	OSPEDALE PERTINI	1			
UOC		DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO PC	POLICLINICO CASILINO	1			
5	2			2	3	0	2
		<i>FUNZIONI PROFESSIONALI</i>					
		MEDICO COMPETENTE					

AREA RISORSE UMANE, ECONOMICHE E FINANZIARIE							
UOC		GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	CENTRALE		1		
UOC		GOVERNO DELLA MEDICINA DEI SERVIZI E DEL PERSONALE CONVENZIONATO	CENTRALE		1		
UOC		AFFARI GENERALI	CENTRALE		1		
UOC		BILANCIO	CENTRALE		1		
	UOS	RICAVI E CONTABILITA' COMMERCIALE E DEGLI INVESTIMENTI	CENTRALE				1
UOC		GESTIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE	CENTRALE		1		
AREA GESTIONE TECNOLOGIE E IMPIANTI							
UOC		INFORMATICA AZIENDALE	CENTRALE		1		
UOC		EDILIZIA SANITARIA	CENTRALE		1		
	UOS	IMPIANTI FISSI E PATRIMONIO	CENTRALE				1
UOC		TECNOLOGIE BIOMEDICHE	CENTRALE		1		
UOC		PROVEDITORATO	CENTRALE		1		
9	2			0	9	0	2

ATTO AZIENDALE 2014							
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI							
TIPOLOGIA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE		UOC TT		
UOC		DELLE PROFESSIONI DELLE AREE INFERMIERISTICA ED OSTETRICA, TECNICO SANITARIA, DELLA RIABILITAZIONE, DELLA PREVENZIONE E DEL SOCIALE	CENTRALE		1		
	UOS	AREA INFERMIERISTICA ED OSTETRICA	CENTRALE				
	UOS	AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	CENTRALE				
	UOS	AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	CENTRALE				
	UOS	AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE	CENTRALE				
	UOS	AREA PROFESSIONI DELL'ASSISTENZA SOCIALE	CENTRALE				
1					1		

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE							
ATTO AZIENDALE 2014							
TIPOLOGIA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC		MEDICINA D'URGENZA E P.S.	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	MEDICINA D'URGENZA	OSPEDALE PERTINI			1	
	UOS	PRONTO SOCCORSO	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		MEDICINA D'URGENZA E P.S.	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOS	MEDICINA D'URGENZA	POLICLINICO CASILINO			1	
	UOS	PRONTO SOCCORSO	POLICLINICO CASILINO			1	
UOC		ANESTESIA E RIANIMAZIONE	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	RIANIMAZIONE	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		ANESTESIA E RIANIMAZIONE	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOS	RIANIMAZIONE	POLICLINICO CASILINO			1	
UOC		ORTOPEDIA	OSPEDALE PERTINI	1			
UOC		ORTOPEDIA	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOSD	UTIC	OSPEDALE PERTINI			1	
	UOSD	EMODINAMICA	OSPEDALE PERTINI			1	
	UOSD	CARDIOLOGIA D'URGENZA	OSPEDALE PERTINI			1	
	UOSD	TERAPIA DEL DOLORE E DELLE CURE PALLIATIVE	OSPEDALE PERTINI			1	
6	10			6	0	10	0

ATTO AZIENDALE 2014							
DIPARTIMENTO MISTO DI AREA MEDICA ED INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO							
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT	
UOC	MEDICINA	OSPEDALE PERTINI	1				
UOC	MEDICINA PROTETTA	OSPEDALE PERTINI	1				
UOC	MEDICINA	POLICLINICO CASILINO	1				
UOC	DIABETOLOGIA E DIETOLOGIA	TERRITORIALE		1			
UOC	NEFROLOGIA E DIALISI	OSPEDALE PERTINI	1				
	UOS	DIALISI TERRITORIALE					1
UOC	PNEUMOLOGIA	OSPEDALE PERTINI	1				
UOC	ONCOLOGIA MEDICA	OSPEDALE PERTINI	1				
UOC	NEFROLOGIA E DIALISI	POLICLINICO CASILINO	1				
UOC	NEUROLOGIA NEUROFISIOPATOLOGIA	OSPEDALE PERTINI	1				
UOC	GASTROENTEROLOGIA	OSPEDALE PERTINI	1				
	UOS	ENDOSCOPIA OPERATIVA D'URGENZA				1	
UOC	CARDIOLOGIA	OSPEDALE PERTINI	1				
	UOS	DIAGNOSTICA AMBULATORIALE CARDIOLOGICA				1	
	UOS	ELETTROFISIOLOGIA				1	
UOC	CARDIOLOGIA	POLICLINICO CASILINO	1				
	UOS	UTIC				1	
	UOS	ARITMOLOGIA				1	
	UOS	EMODINAMICA				1	
	UOSD	ANGIOLOGIA				1	
	UOSD	CENTRO DI SENOLOGIA - BREAST UNIT				1	
	UOSD	MICROANG. ISCHEM. ED ULCERE SCLERODERMICHE				1	
	UOSD	GASTROENTEROLOGIA TERRITORIALE 1-2-3 DISTRETTO					1
12	11		11	1	9	2	

ATTO AZIENDALE 2014						
DIPARTIMENTO CHIRURGICO MISTO DI AREA CHIRURGICA						
TIPOLOGIA STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO			1	
	UOS	CHIRURGIA DISMETABOLISMI			1	
UOC	CHIRURGIA TERRITORIALE	TERRITORIALE		1		
	UOS**	CHIRURGIA IN AMBITO PENITENZIARIO *				
UOC	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA			1	
UOC	OTORINOLARINGOIATRIA	INTERPRESIDIO	1			
UOC	CHIRURGIA VASCOLARE	OSPEDALE PERTINI	1			
UOC	OCULISTICA	INTERPRESIDIO	1			
UOC	UROLOGIA		1			
UOC	CHIRURGIA PLASTICA	INTERPRESIDIO	1			
UOC*	CHIRURGIA VASCOLARE D'URGENZA (U.O.C. AD ESAURIMENTO AL 23/08/2016)	POLICLINICO CASILINO				
	UOSD	CHIRURGIA SPEC.ONCOLOGICA A ORIENT.SENOLOGICO			1	
8	4		7	1	4	0

* UOC NON QUI CONTEGGIATA PERCHE' AD ESAURIMENTO IL 23/08/2016

** UOS NON QUI CONTEGGIATA PERCHE' CONTEGGIATA NELL'AREA COORDINAMENTO SANITA' PENITENZIARIA

ATTO AZIENDALE 2014							
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA MATERNO INFANTILE							
TIPOLOGIA STRUTTURA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC		PEDIATRIA	OSPEDALE PERTINI	1			
UOC		NEONATOLOGIA E UTIN	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOS	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	POLICLINICO CASILINO			1	
	UOS	NEONATOLOGIA	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOS	PATOLOGIA OSTETRICA	POLICLINICO CASILINO			1	
UOC		TUTELA SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETA' EVOLUTIVA	TERRITORIO		1		
	UOS	CONSULTORIO 1 DISTRETTO	TERRITORIO				1
	UOS	CONSULTORIO 2 DISTRETTO	TERRITORIO				1
	UOS	CONSULTORIO 3 DISTRETTO	TERRITORIO				1
	UOSD	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE E ANDROLOGIA	OSPEDALE PERTINI			1	
5	8			4	1	5	3

ATTO AZIENDALE 2014							
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI TRASFUSIONALE E FARMACEUTICI							
TIPOLOGIA STRUTTURA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
AREA Funz. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI							
UOC		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	RADIODIAGNOSTICA IN URGENZA	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		RADIODIAGNOSTICA PER IMMAGINI TT	TERRITORIO		1		
	UOS	RADIODIAGNOSTICA	TERRITORIO				1
UOC		DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E INTERVENTISTICA	POLICLINICO CASILINO	1			
	UOSD	RADIOLOGIA INTERV. VASC. E NEUROR.	OSPEDALE PERTINI			1	
AREA Funz. MEDICINA DI LABORATORIO							
UOC		BIOCHIMICA CLINICA	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	PATOLOGIA CLINICA EMATOLOGICA E COAGULATIVA	OSPEDALE PERTINI			1	
	UOS	IMMUNODIAGNOSTICA	OSPEDALE PERTINI			1	
	UOS	LABORATORIO URGENZE	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	CITODIAGNOSTICA	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		ANATOMIA PATOLOGICA	OSPEDALE PERTINI	1			
UOC		MEDICINA TRASFUSIONALE	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOSD	PATOLOGIA CLINICA (U.O.C. AD ESAURIMENTO)	POL. CASILINO			1	
AREA Funz. DEL FARMACO							
UOC		FARMACIA OSPEDALIERA	OSPEDALE PERTINI	1			
	UOS	FARMACOECONOMIA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	OSPEDALE PERTINI			1	
UOC		FARMACIA TERRITORIALE	TERRITORIO		1		
	UOS	GESTIONE MAGAZZINO TERRITORIALE	TERRITORIO				1
9	10			7	2	8	2

ATTO AZIENDALE 2014							
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT	
AREA TUTELA SALUTE AMBIENTI DI LAVORO E DI SANITA' PUBBLICA							
UOC		VACCINAZIONI E PROGRAMMI DI PREVENZIONE E SCREENING	TERRITORIO		1		
UOC		IGIENE PUBBLICA	TERRITORIO		1		
	UOS	EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE SORVEGLIANZA MALATTIE CRONICHE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	TERRITORIO				1
	UOS	SORVEGLIANZA PREVENZIONE E CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	TERRITORIO				1
	UOS	UNITA' OPERATIVA AIDS	TERRITORIALE				1
UOC		PREVENZIONE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO	TERRITORIO		1		
	UOS	ATTIVITA' AMBULATORIALI MEDICINA DEL LAVORO E PREVENZIONE DISAGIO DA LAVORO E MOBBING	TERRITORIO				1
	UOS	PREVENZIONE ATTIVA E PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBIENTE DI LAVORO	TERRITORIO				1
AREA DI SANITA' PUBBLICA VETERINARIA, IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE, IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE							
UOC		TUTELA IGIENICO SANITARIA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	TERRITORIO		1		
	UOS	CONTROLLO CARNI	TERRITORIO				1
	UOS	CONTROLLO DISTRIBUZIONE PRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE	TERRITORIO				1
	UOS	CONTROLLO STABILIMENTI RICONOSCIMENTO COMUNITARIO	TERRITORIO				1
UOC		IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	TERRITORIO		1		
	UOS	CONTROLLO PRODUZIONE PRIMARIA E FILIERE CORTE	TERRITORIO				1
	UOSD	SANITA' ANIMALE	TERRITORIO				1
	UOS	IGIENE URBANA VETERINARIA	TERRITORIO				1
	UOS	PROFILASSI DI STATO	TERRITORIO				1
	UOSD	IGIENE DEGLI ALIMENTI DELLA NUTRIZIONE E DELLA SICUREZZA ALIMENTARE	TERRITORIO				1
	UOS	SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE	TERRITORIO				1
	UOS	MICOLOGIA SORVEGLIANZA SANITARIA FITOSANITARI	TERRITORIO				1
5	15			0	5	0	15

ATTO AZIENDALE 2014							
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE							
TIPOLOGIA STRUTTURA		DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC		SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)	OSPEDALE PERTINI	1			
UOC		SALUTE MENTALE 1	TERRITORIO		1		
	UOS	CSM 1 DISTRETTO	TERRITORIO				1
UOC		SALUTE MENTALE 2	TERRITORIO		1		
	UOS	CSM 2 DISTRETTO	TERRITORIO				1
UOC		SALUTE MENTALE 3			1		
	UOS	CSM 3 DISTRETTO	TERRITORIO				1
UOC		TSMREE	TERRITORIO		1		
	UOS	TSMREE 1 DISTRETTO	TERRITORIO				1
	UOS	TSMREE 2 DISTRETTO	TERRITORIO				1
	UOS	TSMREE 3 DISTRETTO	TERRITORIO				1
	UOSD	RESIDENZIALITA' E PROGETTI TERAPEUTICI	TERRITORIO				1
5	7			1	4	0	7

ATTO AZIENDALE 2014							
AREA INTERAZIENDALE SANITA' PENITENZIARIA							
	TIPOLOGIA STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
U.O.C.		MEDICINA PENITENZIARIA	TERRITORIO		1		
	UOS	TUTELA SALUTE POPOLAZIONE RISTRETTA NUOVO COMPLESSO	TERRITORIO				1
	UOS	TUTELA SALUTE POPOLAZIONE RISTRETTA DELLA III CASA E RECLUSIONE PENALE	TERRITORIO				1
	UOS	TUTELA SALUTE POPOLAZIONE RISTRETTA CASA CIRCONDARIALE FEMMINILE	TERRITORIO				1
	UOS	PATOLOGIE DA DIPENDENZA IN AMBITO PENITENZIARIO (DIPENDE DA UOC SERT INTERDISTRETTUALE)	STRUTTURA PENITENZIARIA REBIBBIA				1
	UOS	CHIRURGIA IN AMBITO PENITENZIARIO	TERRITORIO				1
	UOS	MEDICINA PREVENTIVA	TERRITORIO				1
1	6			0	1	0	6

ATTO AZIENDALE 2014							
DISTRETTI TERRITORIALI							
TIPO STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT	
UOC	DISTRETTO 1 ^A	TERRITORIO		1			
	UOS GESTIONE AMMINISTRATIVA 1 E 2 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS ODONTOIATRIA TERRITORIALE 1-2-3 DISTRETTO COMPRESA REBBIBIA	TERRITORIO					1
UOC	CURE PRIMARIE 1 DISTRETTO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE SPECIALISTICA - DISTRETTO 1 ^A	TERRITORIO		1			
	UOS MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTRETTO 1 ^A	TERRITORIO					1
	UOS PROTESICA DISTRETTO 1 ^A	TERRITORIO					1
UOC	INTERDISTRETTUALE PERCORSI CRONICITA'	TERRITORIO		1			
	UOS INTEGRAZIONE PERCORSI DI CURA PZ CRONICI 1 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS INTEGRAZIONE PERCORSI DI CURA PZ CRONICI 2 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS INTEGRAZIONE PERCORSI DI CURA PZ CRONICI 3 DISTRETTO	TERRITORIO					1
UOC	DISTRETTO 2 ^A	TERRITORIO		1			
	UOS [*] PNEUMOLOGIA TERRITORIALE	TERRITORIO					1
	UOS [*] CARDIOLOGIA TERRITORIALE	TERRITORIO					1
UOC	CURE PRIMARIE 2 DISTRETTO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE SPECIALISTICA - DISTRETTO 2 ^A	TERRITORIO		1			
	UOS MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTRETTO 2 ^A	TERRITORIO					1
	UOS PROTESICA DISTRETTO 2 ^A	TERRITORIO					1
UOC	DISTRETTO 3 ^A	TERRITORIO		1			
	UOS GESTIONE AMMINISTRATIVA 3 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS PNEUMOLOGIA TERRITORIALE	TERRITORIO					1
UOC	CURE PRIMARIE 3 DISTRETTO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE SPECIALISTICA - DISTRETTO 3 ^A	TERRITORIO		1			
	UOS MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTRETTO 3 ^A	TERRITORIO					1
	UOS PROTESICA DISTRETTO 3 ^A	TERRITORIO					1
UOC	S.E.R.T. INTERDISTRETTUALE	TERRITORIO		1			
	UOS PATOLOGIE DA DIPENDENZA 1 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS PATOLOGIE DA DIPENDENZA 2 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS PATOLOGIE DA DIPENDENZA 3 DISTRETTO	TERRITORIO					1
UOC	TUTELA FRAGILITA', DISABILITA' E SOGGETTI DEBOLI INTERDISTRETTUALE	TERRITORIO		1			
	UOS CAD 1 E 2 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS CAD 3 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS TUTELA MALATTIA DI ALZHEIMER E STATI DI DEMENZA	TERRITORIO					1
	UOS TUTELA DISABILITA' E MALATTIE CRONICHE NELL'ANZIANO	TERRITORIO					1
	UOS TUTELA MALATTIE TERMINALI ED HOSPICE	TERRITORIO					1
	UOS DISABILITA' IN ETA' ADULTA 1 E 2 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS DISABILITA' IN ETA' ADULTA 3 DISTRETTO	TERRITORIO					1
UOC	ASSISTENZA SOCIO SANITARIA DEI FLUSSI MIGRANTI	TERRITORIO		1			
UOC	MEDICINA LEGALE	TERRITORIO		1			
	UOS MEDICINA LEGALE TERRITORIALE 1 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS MEDICINA LEGALE TERRITORIALE 2 DISTRETTO	TERRITORIO					1
	UOS MEDICINA LEGALE TERRITORIALE 3 DISTRETTO	TERRITORIO					1
11	28		0	11	0		28

ATTO AZIENDALE 2014							
DISTRETTO IV EX MUNICIPIO X							
TIPO STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA		SEDE	UOC OSP	UOC TT	UOS OSP	UOS TT
UOC		DISTRETTO 4^A	TERRITORIO				
	UOS	MEDICINA PRIMARIA 4 [°] DISTRETTO	TERRITORIO				
	UOS	PRESIDI TERRITORIALI 4 [°] DISTRETTO	TERRITORIO				
		<i>UOOO O ATTIVITA' AFFERENTI AD ALTRI DIPARTIMENTI O STRUTTURE</i>					
	UOS	CAD 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
	UOS	TSMREE 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
	UOS	DISABILITA' IN ETA' ADULTA 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
	UOS	PATOLOGIE DA DIPENDENZA 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
	UOS	CONSULTORIO 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
	UOS	MEDICINA LEGALE TERRITORIALE 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
UOC		SALUTE MENTALE 4	TERRITORIO				
	UOS	CSM 4 DISTRETTO	TERRITORIO				
		RADIODIAGNOSTICA					
		DIALISI					
		GASTROENTEROLOGIA					
		PNEUMOLOGIA					
		CENTRO PRELIEVI					
		AMBULATORIO INFERMIERISTICO					
		DISTRIBUZIONE FARMACI					

ALLEGATO
TABELLA POSTI LETTO
PRESIDI OSPEDALIERI ASL ROMA B

OSPEDALE PERTINI			
DISCIPLINA		P.L. PREVISTIALLEGATO TECNICO	
COD.di SPECIALITA'	DESCRIZIONE	ORDINARI	D.H.
97	DETENUTI	21	
	AREA CHIRURGICA	70	
14	CHIRURGIA VASCOLARE	16	
36	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA		
37	OSTETRICIA	20	
98	DAY-SURGERY		19
02	DAY-HOSPITAL		25
05	ANGIOLOGIA		
08	CARDIOLOGIA	30	
	AREA MEDICA	104	
29	NEFROLOGIA		
39	PEDIATRIA	9	1
40	PSICHIATRIA	16	
51	ASTANT. BREVE OSS. MEDICINA D'URG.	16	
62	NEONATOLOGIA	6	
64	ONCOLOGIA		
68	PNEUMOLOGIA		
49	TERAPIA INTENSIVA	12	
50	UNITA' CORONARICA	8	
TOTALE POSTI LETTO		328	45
TOTALE COMPLESSIVO		373	

POLICLINICO CASILINO			
DISCIPLINA		P.L.	
COD.di SPECIALITA'	DESCRIZIONE	PREVISTIALLEGATO TECNICO	
		ORDINARI	D.H.
	AREA CHIRURGICA	55	12
14	CHIRURGIA VASCOLARE		
34	OCULISTICA		
36	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA		
37	OSTETRICIA	38	
08	CARDIOLOGIA	24	
	AREA MEDICA	44	4
51	ASTANT. BREVE OSS. MEDICINA D'URG.	25	
62	NEONATOLOGIA	16	
73	UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	16	
49	TERAPIA INTENSIVA	8	
50	UNITA' CORONARICA	6	
TOTALE POSTI LETTO		232	16
TOTALE COMPLESSIVO		248	

ALLEGATO
ELENCO STRUTTURE
ACCREDITATI E CONVENZIONATI

STRUTTURE PUBBLICHE NON DI RICOVERO PRESENTI NEL TERRITORIO ASL RM B ANNO 2014 (MOD.MINIST. STS11)	
COD. STRUTT.	DENOMINAZ. STRUTTURA
170312	CONSULT. S. BENEDETTO
170412	CONSULT. TOR CERVARA
170512	CONSULT. SETTECAMINI
170612	CONSULT. PIETRALATA
170712	CONSULT. MANFREDONIA
170812	CONSULT. RESEDE
171015	N.P.I. PIAZZA DEI MIRTI
171417	PEPERINO 4
171515	N.P.I.PIETRALATA
172110	SERT 1 Distretto
172120	SERT 2 Distretto
172130	SERT 3 DISTRETTO
172150	SERT REBIBBIA
175112	CONSULT. TORRENOVA
175212	CONSULT. CANAPIGLIE
176215	N.P.I. CAMBELLOTTI
176315	N.P.I. LUNGHEZZA
176317	N.P.I.San BASILIO
176318	N.P.I. MANFREDONIA
176319	N.P.I. RESEDE
176320	N.P.I. VILLAGGIO BREDA
176321	VILLAGGIO BREDA
176415	N.P.I. TORRENOVA
180111	OSPEDALE PERTINI
180511	OSPEDALE POLICL. CASILINO
190111	BRESADOLA
190211	MOZART
190611	PIAZZA DEI MIRTI
190731	TORRICELLA SICURA
190911	LA RUSTICA
191011	RUBELIA 2
191021	CASAL BERTONE
195311	TENUTA DI TORRENOVA
195411	CAMBELLOTTI
195911	LUNGHEZZA
210216	COMUN. ALLOGGIO LE TERRAZZE
215313	COMUN. ALLOGGIO MARTELOTTI
215314	COMUN. ALLOGGIO PIAZZA URBANA
215315	COMUNITA' ALLOGGIO M. GOZZANO
215316	Centro diurno ORNITORINCO
215317	GRUPPO APPART. LUNGHEZZA
215318	APPART. PONTE DI NONA 23
215319	COMUN. ALLOGGIO IL MELOGRANO
215321	CENTRO DIURNO FABBRICA DEI SOGNI
215322	CASA PROTETTA OSIMO
215324	APPART. PONTE DI NONA 35
215326	CSM BARDANZELLU
215328	CENTRO DIURNO PISPOLE
215513	CSM TORRESPACCATA
215600	CSM EUCALIPTI
215610	CENTRO DIURNO LO STORMO
970000	REBIBBIA (CASE DI RECLUSIONE)
000003	T.S.M.R.E.E. "CASILINA"
000005	CENTRO DIURNO SPERIMENTALE DISTR 6 EX RMC
000006	CENTRO SALUTE MENTALE DISTR 6 EX RMC
000007	SERT DISTR 6 EX RMC
000008	CONSULTORIO FAMILIARE "CASILINA"
000009	CONSULTORIO FAMILIARE "CONDOTTIERI"
000010	CONSULTORIO FAMILIARE "SPENCER"
000012	MED.PREV.ETA' EVOLUTIVA DISTR 6 EX RMC
003700	T.S.R.A.D. "CASILINA"
004500	SANTA CATERINA DELLA ROSA

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ED ACCREDITATE al 31/10/2014			
codice struttura	denominazione	tipologia	posti letto
120166	Casa di Cura Nuova Itor	Istituto di ricovero per acuti	137
120132	Guarnieri	Istituto di ricovero per acuti	109
022200	Ospedale Madre Giuseppina Vannini	Istituto di ricovero per acuti	251
023700	Casa di Cura Fabia Mater	Istituto di ricovero per acuti	74
019400	Casa di Cura San Luca	Istituto di ricovero per acuti	81
120100	Villa Lucia	RSA	48
120152	Madonna del Divino Amore	RSA	50
120155	Alessandrino	RSA	55
120160	Longoni	RSA	90
120158	Residenza Magnolia	RSA	52
120111	Mendicini	RSA + Assistenza psichiatrica	50
120127	Castello della Quietè	RSA + Assistenza psichiatrica	40

Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento (ex art 26 L 833/78)			
	PL RESIDENZ	PL SEMIRESIDENZ	TRATT NON RESIDENZ
Didasco	0	0	80
TE.RI.	0	0	850
Raggio di Sole	21	30	0
Ist. Filippo Smaldone	20	50	40
Opera Sante De Sanctis	0	36	148
Cooperat. Nova Sair (tratt. Ex RI.Rei.)			
Cooperat. OSA (tratt. Ex RI.Rei.)			

NB: sono compresi i trattamenti accreditati ex IKT