

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 1 aprile 2015, n. U00133

Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Roma C.

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

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

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: *“Presenza 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;

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

DATO ATTO, in particolare, che al punto 2, lettere c) e d), del dispositivo dei DCA n. 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 C, in conformità alle indicazioni ed alla procedura formale di cui al DCA n.U00259/14, ha approvato la proposta di Atto Aziendale con la deliberazione n. 1184 del 17/11/2014, della quale 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)

unitamente alla copia del Piano Strategico adottata in conformità al DCA n.U00251/14;

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 C, ha formulato alcune osservazioni, contenute nelle note regionali prot. n. 58483 del 3 febbraio e prot. n. 91965 del 19 febbraio 2015 con le quali si invitava l'Azienda a rivedere l'Atto Aziendale ed a fornire alcuni chiarimenti;

DATO ATTO che il Direttore Generale della ASL ROMA C, con le note prot. n. 17271 dell'11/02/2015 e prot. n. C/20468 del 20/02/15 ha formulato alcune proposte di miglioramento e di modifica degli atti proposti;

DATO ATTO che la Commissione, nella seduta del 23 febbraio 2015, ha preso atto dei chiarimenti forniti dal Direttore Generale della ASL Roma C con la nota prot. n. C/20468 del 20/02/2015 anzi citata, formulando ulteriori osservazioni:

DATO ATTO che la Regione, con nota prot. n. 106192 del 25/02/2015, ha invitato l'Azienda a rivedere conseguentemente l'Atto Aziendale con l'intesa di approvarlo a condizione che dette osservazioni fossero adeguatamente recepite;

CONSIDERATO che il Direttore Generale della ASL Roma C ha trasmesso, con e-mail del 12 marzo 2015, la nuova proposta di Atto Aziendale e che la Commissione, in ordine a detta nuova proposta, ha espresso sempre per e-mail una piena condivisione rispetto ai chiarimenti ed alle integrazioni forniti, ritenendo dunque il Piano Strategico condivisibile e l'Atto Aziendale approvabile;

VISTA la nota regionale prot. n. 150902 del 18 marzo 2015 con cui la Regione ha, conseguentemente, comunicato quanto sopra all'Azienda;

VISTA le deliberazioni del Direttore Generale della ASL ROMA C n. 254 del 18/03/2015 e n. 401 del 25/03/2015 con le quali si sono adottati, rispettivamente, il Piano Strategico e l'Atto Aziendale;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA C adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 401 del 25/03/2015, 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:

1. di approvare l'Atto Aziendale della ASL ROMA C adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 401 del 25/03/2015, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà

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

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

Direttore Generale Dr. Carlo Saitto**Deliberazione n. 401 del 25.03.2015****Oggetto:** Approvazione Atto Aziendale della ASL Roma C

L'estensore

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Silvia Cavalli

Il Direttore proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attesta, ai fini dell'art.1 della L. n°20/1994 così come modificato dall'art.3 della L.639/1996, che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Data

(timbro e firma)

Gestore di spesa

Budget iniziale

Registrazione n°

di €

Budget residuo

data

Il Direttore f.f. UOC Controllo di Gestione
(Dr.ssa Tiziana De Vito)

Il Dirigente addetto al controllo di budget attesta che lo stesso non comporta
sfavorevoli scostamenti

rispetto al budget di previsione per €.....

comporta

data

Il Direttore UOC Gestione delle Contabilità
(Dr.ssa Angela Paoelli)**Parere del Direttore Amministrativo** FavorevoleNon favorevole (con motivazioni
allegate al presente atto)

data

Dr ssa Silvia Cavalli**Parere del Direttore Sanitario** FavorevoleNon favorevole (con motivazioni
allegate al presente atto)

data

Dr.ssa Marina Capasso

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA 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;

CONSIDERATO:

- che la esplicitazione delle principali misure di riorganizzazione e razionalizzazione del SSR per gli anni 2013/2015 è contenuta nei Programmi Operativi approvati con DCA U00247 del 25 luglio 2014;
- che lo strumento per l'attuazione di tali Programmi Operativi è rappresentato, a livello aziendale, dal Piano Strategico da adottare per il periodo 2014/2016 al fine di definire gli obiettivi di breve e medio periodo;
- che infine l'Atto Aziendale descrive l'assetto organizzativo ed i correlati meccanismi operativi, dei quali l'Azienda si dota al fine di perseguire gli obiettivi delineati dai Piani Strategici;

CONSIDERATO, pertanto, che tra i provvedimenti di cui sopra intercorre un rapporto di interdipendenza e connessione logica;

VISTO il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, avente ad oggetto l'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013/2015 ed il successivo DCA n. U00368 del 31/10/2014, con il quale:

- a) si è ridefinita la rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e posti acuti per consentire il raggiungimento dello standard di 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post acuzie) stabilito dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95;
- b) si è rimodulato l'assetto della rete dell'emergenza, delle patologie "tempo dipendenti" e materno-infantile-pediatria, e si è stabilito che detti interventi dovranno essere realizzati contemporaneamente al potenziamento dell'attività territoriale;

VISTO il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

VISTO il DCA n. U00259 06/08/2014 con il quale è stato approvato l'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

CONSIDERATO che le nuove Linee Guida hanno tenuto conto, altresì, degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN elaborati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012, e trasmessi alle Regioni con la nota del Ministero della Salute n. 17867 del 16 luglio 2012, secondo i seguenti criteri:

- a) per le strutture complesse ospedaliere: una ogni 17,5 posti letto pubblici;
- b) per le strutture complesse non ospedaliere: una ogni 13.515 residenti per Regioni con popolazione superiore a 2,5 milioni di abitanti;
- c) per le strutture semplici, sia ospedaliere che non ospedaliere: 1, 31 struttura semplice ogni unità complessa;

DATO ATTO che la bozza di Atto Aziendale predisposto dalla Direzione Generale è stato trasmesso il 24/10/2014 al Collegio di Direzione, alla Conferenza Sanitaria Locale, al Consiglio dei Sanitari, alle Organizzazioni Sindacali della Dirigenza e del Comparto;

DATO ATTO, altresì, che:

- il Collegio di Direzione è stato incontrato in data 03/11/2014 per una illustrazione del documento e in data 10/11/2014, a seguito di votazione, ha espresso parere favorevole con tutti voti a favore ad eccezione di uno;
- la Conferenza Sanitaria Locale è stata incontrata in data 04/11/2014 per una illustrazione del documento e in data 14/11/2014 ha espresso parere favorevole;
- il Consiglio dei Sanitari è stato sentito in data 04/11/2014;
- le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza sono state consultate in data 06/11/2014 mentre quelle del Comparto in data 05/11/2014;

DATO ATTO che con delibera n. 1184 del 17.11.2014 è stato adottato l'Atto Aziendale della ASL Roma C e trasmesso agli Uffici competenti della Regione Lazio il 17.11.2014 con prot. n. C/87661;

TENUTO CONTO delle osservazioni della Regione Lazio effettuate sul Piano Strategico e sull'Atto Aziendale di cui al punto precedente con note che hanno comportato la necessità di apportare alcune variazioni:

- prot. n. 58483 del 03.02.2015,
- prot. n. 91965 del 19.02.2015
- prot. n. 106192 del 25.02.2015;

DATO ATTO, altresì, che:

- il Collegio di Direzione è stato incontrato in data 23/03/2015 per una illustrazione del documento e, a seguito di votazione, ha espresso parere favorevole con tutti voti a favore ad eccezione di uno;
- la Conferenza Sanitaria Locale è stata incontrata in data 24/03/2015 per una illustrazione del documento e nello stesso incontro ha espresso parere favorevole;
- il Consiglio dei Sanitari è stato sentito in data 23/03/2015 e sono state recepite alcune osservazioni formali ma non sostanziali riportate nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza e del Comparto sono state invitate in data 24/03/2015 per una illustrazione del documento;

RITENUTO di approvare l'Atto Aziendale nel testo allegato (All. 1)

DATO ATTO che il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo hanno espresso parere favorevole con la sottoscrizione dell'atto.

DELIBERA

- di approvare l'Atto Aziendale della ASL Roma C nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- di precisare che, nelle more della definizione delle procedure necessarie alla effettiva attuazione delle previsioni commissariali in narrativa citate, sono fatti salvi tutti i rapporti contrattuali ed i trattamenti

economici in godimento dei Direttori delle sopresse strutture complesse, rispetto ai quali saranno esperite tutte le relazioni sindacali e tutte le procedure di salvaguardia e di garanzia previste in materia ai fini della regolazione del rapporto individuale di lavoro anche ai sensi del decreto commissariale n. 48/2011;

- di evidenziare, altresì, che l'allegato Atto Aziendale costituisce documento di organizzazione e funzionamento, la cui piena applicazione avverrà necessariamente solo successivamente al superamento della verifica da parte della Regione, e comunque per fasi progressive in stretta coerenza con la programmazione regionale, di cui ai Programmi Operativi 2013/2015;
- di trasmettere, a cura della UOC AA.GG., copia del presente atto al Commissario ad Acta, nonché alla Direzione Regionale Salute Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, alla Conferenza Sanitaria Locale ed al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
- di prevedere la pubblicazione sull'albo pretorio on line come per legge nonché sul portale aziendale affinché ne sia garantita la massima diffusione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Carlo Saitto

ASL Roma C

ATTO AZIENDALE 2015

INDICE

Principi generali, criteri di progettazione organizzativa e macro struttura

Capo I – L’Azienda Sanitaria Locale Roma C

- Art. 1 Denominazione, sede legale, logo e patrimonio
- Art. 2 Gli elementi identificativi dell’Azienda
- Art. 3 Le finalità istituzionali, i valori di fondo e la vision aziendale
 - 3.1 *La centralità della persona*
 - 3.2 *L’universalità dell’assistenza e l’equità nell’accesso ai servizi*
 - 3.3 *La qualità e l’appropriatezza*
- Art. 4 La dichiarazione di mission della Asl Roma C
- Art. 5 Le macro funzioni dell’Azienda

Capo II – L’assetto istituzionale

- Art. 6 Gli organi dell’Azienda
 - 6.1 Il Direttore Generale
 - 6.2 Il Collegio di Direzione
 - 6.3 Il Collegio Sindacale
- Art. 7 La Direzione Aziendale
- Art. 8 Il Direttore Sanitario
- Art. 9 Il Direttore Amministrativo
- Art. 10 La Conferenza Locale per la Sanità

Capo III – L’assetto organizzativo

- Art. 11 Principi generali di organizzazione
- Art. 12 Livelli organizzativi di funzionamento
- Art. 13 Lo Staff
- Art. 14 La tecnostruttura di supporto
 - 14.1 Area Governo dei Contratti
 - 14.2 Area Personale e Gestione amministrativa
 - 14.3 Dipartimento per l’ Integrazione socio-sanitaria, le continuità delle cure e le funzioni integrate territorio-ospedale
- Art. 15 Distretti
 - 15.1 Direzione di Distretto
 - 15.2 Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali
 - 15.3 Strutture amministrativo-contabili distrettuali
- Art. 16 I Presidi Ospedalieri
 - 16.1 Direzione Medica di Presidio
 - 16.2 Area di coordinamento sub dipartimentale
 - 16.3 Segreteria dei dipartimenti e delle aree interdipartimentali di coordinamento
 - 16.4 Consulta interdipartimentale
 - 16.5 Strutture amministrativo contabili di Presidio
 - 16.6 Organizzazione Ospedaliera e Reti Regionali di assistenza
- Art. 17 Dipartimenti territoriali a struttura
 - 17.1 Dipartimento Salute Mentale
 - 17.2 Dipartimento di Prevenzione
- Art. 18 Definizione delle unità organizzative e degli incarichi

- 18.1 Dipartimento territoriale e strutture
- 18.2 Area dipartimentale
- 18.3 Dipartimento Assistenziale Ospedaliero
- 18.4 Incarico di Coordinamento Interdipartimentale
- 18.5 Unità Operativa Complessa
- 18.6 Incarico di coordinamento dipartimentale
- 18.7 Unità Operativa Semplice Dipartimentale
- 18.8 Incarico di progetto
- 18.9 Incarico specialistico
- 18.10 Unità Operativa Semplice

Art. 19 Sperimentazione organizzativa e gestionale

Art. 20 Collaborazione interaziendale e funzioni sovra-aziendali per la ASL RMC

Capo IV – Meccanismi operativi

Art. 21 Le funzioni di Audit e di Controllo Interno in una prospettiva di Corporate Governance

Art. 21.1 La prospettiva di Corporate Governance

Art. 21.2 Il sistema Aziendale di Governo Integrato

Art. 22 Gli strumenti a supporto delle decisioni strategiche

Art. 23 Le funzioni e gli strumenti a supporto della gestione

Art. 23.1 La contabilità analitica e il sistema di reporting

Art. 23.2 La programmazione e il budgeting

Art. 24 Ulteriori strumenti di governo

Art. 24.1 Il Sistema Informativo Aziendale

Art. 24.2 Il sistema di valutazione del personale

Art. 24.3 Lo sviluppo delle competenze e la formazione

Art. 25 La libera professione intramuraria

Capo V – Patrimonio e attività contrattuale

Art. 26 Il patrimonio dell'Azienda

Art. 27 I principi sull'attività contrattuale

Capo VI - Incarichi e assegnazione delle responsabilità

Art. 28 La gestione e lo sviluppo delle risorse umane

Art. 29 Disciplina per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali

Art. 30 Competenze gestionali della dirigenza

Capo VII - Gli organismi dell'Azienda

Art. 31 Consiglio dei Sanitari

Art. 32 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Art. 33 Collegio Tecnico

Art. 34 Comitati e Commissioni Aziendali

Art. 34 Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Art. 36 Comitato Etico

Art. 37 Commissione Aziendale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica

Art. 38 Commissione Aziendale per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate

Capo VIII - Partecipazione e Tutela dei diritti del cittadino

Art. 39 I rapporti esterni: con i cittadini, le istituzioni e le forze sociali

Art. 40 I rapporti con l'Università

Art. 41 Il bilancio di missione

Art. 42 Norme finali e transitorie

Allegati

Allegato I Organigramma aziendale

Allegato 2 Elenco UUOCC, UOSD e UOS.

Allegato 3 Tabella di corrispondenza tra le UUOO previste dall'atto e la situazione attuale

Principi generali, Criteri di progettazione organizzativa e macro struttura

CAPO I

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA C

Art. 1

Denominazione, sede legale, logo e patrimonio

1. L'Azienda Sanitaria Locale Roma C, istituita con Deliberazione della Giunta Regionale del 30.06.94 n.5163, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.
2. La sede legale è a Roma in via Primo Carnera n. 1.
3. Il logo ufficiale è il seguente:



4. Il sito internet aziendale è www.aslrmc.it. Ai sensi dell'art.32 della Legge 18 giugno 2009, n.69, sullo stesso vengono assolti gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, nonché tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione "Amministrazione trasparente";
5. Il patrimonio dell'azienda è costituito da tutte le risorse, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

Art. 2

Gli elementi identificativi dell'Azienda

La popolazione residente ed il territorio

L'attuale configurazione territoriale dell'ASL Roma C (Fig.1) si estende nell'area sud/sud-est della città di Roma su una superficie di circa 250 km². Comprende quattro Distretti Sanitari denominati 6,9,11 e 12 il cui territorio coincide con quello degli omonimi ex Municipi VI,IX,XI e XII, ora denominati rispettivamente V,VII,VIII e IX.

Fig. 1 Configurazione territoriale ASL Roma C – anno 2015



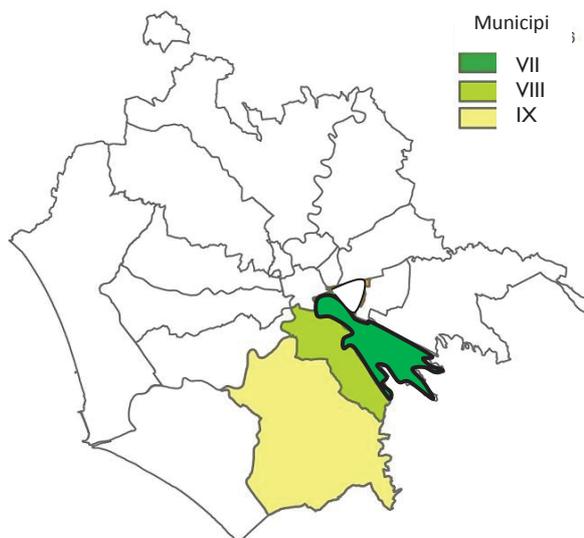
Il bacino di utenza afferente alla ASL Roma C nella sua attuale configurazione è pari a oltre 555.000 residenti, con una densità media di circa 2.260 abitanti per km², più elevata nei Distretti 6 e 9 vicini al centro della città, meno elevata nei Distretti 11 e 12 che si estendono fino alla periferia.

A partire dall'anno 2016 si prevede che l'Azienda ASL Roma C modificherà il suo assetto territoriale per farlo coincidere con i confini dei nuovi Municipi VII, VIII e IX di Roma Capitale (Fig. 2). Il bacino di utenza afferente alla ASL Roma C nella sua nuova configurazione interessa lo stesso quadrante sud/sud-est della città di Roma ma comprenderà una superficie di circa 277 km² pari ad oltre 620.000 residenti, con una densità media di circa 2.250 abitanti per km², più elevata nel Municipio VII (6.650 ab./km²), meno elevata nel Municipio IX (960 ab./km²) che comprende vaste aree agricole.

Nella elaborazione dell'atto si è tenuto conto anche del territorio compreso nel nuovo Municipio V, sulla base del presupposto che fosse comunque necessario offrire un supporto organizzativo al mantenimento della presenza sanitaria in quel contesto territoriale, mentre non viene discusso l'assetto organizzativo di quella parte del Municipio VII che è attualmente ricompresa nel territorio della ASL RMB, non possedendo questa azienda informazioni adeguate sull'articolazione locale dei servizi e sulle correnti modalità di soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione residente.

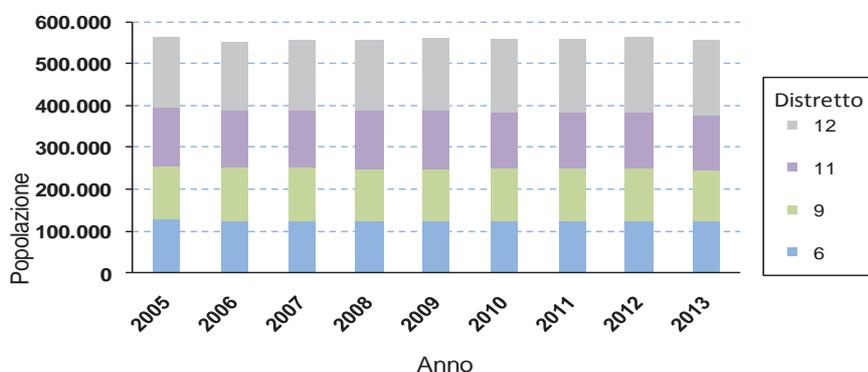
La formulazione dell'assetto organizzativo per il territorio compreso nel nuovo Municipio V, e quindi in prospettiva afferente alla ASL RMB, va dunque intesa come provvisoria. Analogamente si procederà nel corso del 2015 a verificare l'assetto organizzativo dei servizi sanitari in quella parte del Municipio VII che è attualmente ricompresa nel territorio della ASL RMB, ma in prospettiva afferente alla ASL RMC, per configurare un adeguato profilo di offerta sanitaria ai cittadini ivi residenti nel momento in cui si realizzerà il riallineamento formale dei confini delle Aziende Sanitarie con quelli dei Municipi.

Fig. 2 Configurazione territoriale ASL Roma C – anno 2016



Per le ragioni appena descritte le analisi della popolazione si concentrano sull'assetto territoriale esistente nel 2015 e verranno aggiornate con la riconfigurazione prevista per il 2016 (Tab. 1 e Tab.2).

Tab. 1 Popolazione residente nella ASL Roma C per anno e Distretto. Anno 2013



Tab. 2 Indici demografici - Popolazione residente nella ASL Roma C Anno 2013

	Distretto				Totale Asl Roma C
	6	9	11	12	
Popolazione residente al 31.12.2013	122.494	123.793	132.203	179.034	557.524
di cui P ₆₅₊	24,3%	25,6%	25,4%	19,4%	23,3%
di cui P ₇₅₊	13,6%	13,8%	13,1%	9,0%	12,1%
di cui stranieri	15,1%	9,9%	9,4%	8,1%	10,4%
Superficie (km ²)	7,9	8,1	47,2	183,1	246,3
Densità di popolazione (ab.per km ²)	15.466,4	15.358,9	2.800,9	977,8	2.263,8
% di popolazione residente in aree ad alta deprivazione	25,2%	3,0%	10,5%	12,7%	12,8%
Indice di vecchiaia (P ₆₅₊ /P ₀₋₁₄)	204%	223%	203%	129%	180%
Indice demografico di dipendenza (P ₆₅₊ ,P ₀₋₁₄)/P ₁₅₋₆₄	57%	59%	61%	52%	57%
Indice di struttura della pop.attiva (P ₄₀₋₆₄ /P ₁₅₋₃₉)	131%	148%	151%	141%	143%
Indice di ricambio della popolazione in età attiva (P ₆₀₋₆₄ /P ₁₅₋₁₉)	139%	163%	153%	124%	141%

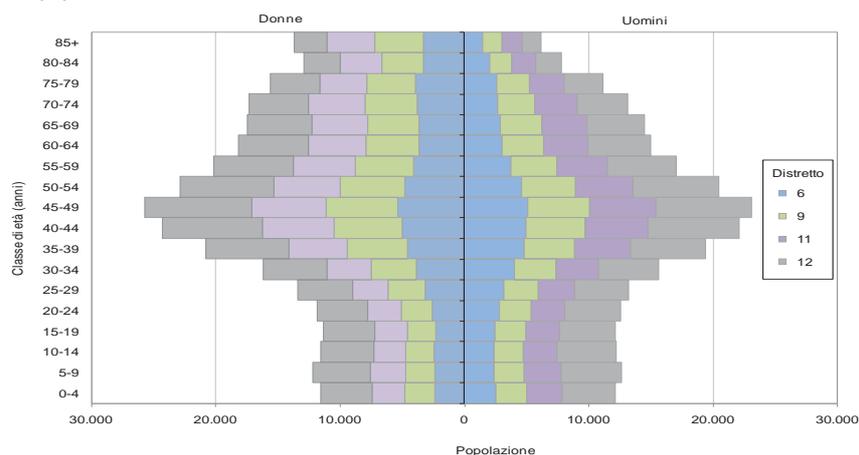
La piramide delle età (Fig. 3) mostra la tipica forma ad “albero” delle popolazioni “invecchiate”, con una forte asimmetria a favore delle donne nelle fasce di età più anziane. L'indice di vecchiaia della ASL Roma C è pari a 180%, superiore alla media regionale (144%).

I Distretti 6 e 9 sono situati nelle aree più antiche della città e, pur occupando una esigua porzione di territorio, sono caratterizzati da una densità abitativa molto più elevata degli altri due Distretti. Il Distretto 12 è il più esteso sia come superficie che in termini di popolazione, rappresentando da solo un terzo dei residenti della Azienda. Il Distretto 12 è caratterizzato da dinamiche demografiche più “giovani” rispetto agli altri 3, come evidenziato dagli indici di struttura della popolazione. Infatti, mentre nei Distretti 6,9 e 11 la popolazione anziana (65+) rappresenta un quarto della popolazione, nel Distretto 12 è pari al 19%.

L'indice di vecchiaia mostra come, sebbene in tutti i Distretti si osservi una maggior quota di anziani (65+) rispetto ai giovani (0-14 anni), nel Distretto 12 questo indice è circa la metà rispetto a quello degli altri Distretti. L'indice demografico di dipendenza misura il rapporto tra le persone che non sono autonome per motivi di età (anziani e giovanissimi), e le persone che si presume li sostengano con la loro attività; si osserva come nel Distretto 12 lo squilibrio generazionale sia meno marcato (52%) rispetto agli altri 3 Distretti. In tutti i Distretti la popolazione attiva è composta in prevalenza da classi di età più elevate (indice superiore a 100). Infine l'indice di ricambio della popolazione in età attiva, ad interesse soprattutto congiunturale, presenta valori superiori al 100% in tutti i Distretti, coerentemente con il quadro demografico appena descritto, con il valore più basso nel Distretto 12 dove il processo di invecchiamento della popolazione è meno avanzato.

Nella ASL Roma C si registra una percentuale di popolazione residente in aree ad alta deprivazione pari al 13%, ben al di sotto della media regionale (20%); percentuali simili si osservano nei due Distretti che si estendono fino alla periferia, mentre nel Distretto 6 si registra una percentuale più elevata (25.2%). Nel Distretto 9, più vicino al centro storico della città, la percentuale di popolazione residente in aree ad alta deprivazione è molto bassa (3%).

Fig.3 Piramide dell'età della popolazione residente nell'ASL Roma C. Anno 2013



Nel Lazio la percentuale di popolazione con indicatore di deprivazione elevato è pari a 20%; i dati sono stati estratti da "Salute della popolazione, efficacia ed appropriatezza delle cure, ambiente. Asl RMC", a cura del Dipartimento di Epidemiologia del SSR.

Presidi ospedalieri e strutture sanitarie accreditate sul territorio aziendale

Nella ASL Roma C sono presenti due strutture pubbliche a gestione diretta che costituiscono un unico Polo Ospedaliero: l'Ospedale Sant'Eugenio ed il Centro Traumatologico Ortopedico (CTO). Le due strutture sono dedicate alla assistenza in acuzie e sono entrambe dotate di un Pronto Soccorso; il CTO è dotato anche di un reparto per il trattamento in riabilitazione post-acuzie di pazienti con traumi midollari. Il Polo Ospedaliero Sant'Eugenio/CTO assorbe annualmente oltre un quarto della attività totale per acuti delle strutture afferenti alla ASL Roma C (rispettivamente: 21% S. Eugenio, 6% CTO) e circa il 20% delle nascite. Circa la metà dei ricoveri per acuti di queste strutture sono a favore di residenti (46% ordinari e 40% day hospital per il CTO, 53% ordinari e 42% day hospital per il S. Eugenio). Il CTO effettua anche attività di riabilitazione, erogando circa il 3% del totale della Roma C, di cui il 22% a residenti.

E' presente inoltre un Policlinico Universitario, il Campus Biomedico, che eroga annualmente circa il 30% dell'attività per acuti totale della Roma C (circa 13.000 ricoveri ordinari, di cui il 14% a favore di residenti; circa 15.000 accessi in day hospital di cui il 18% a residenti); i ricoveri per riabilitazione post-acuzie rappresentano il 6% del totale della attività delle strutture aziendali e di questi il 19% è a favore di residenti.

Nel territorio della ASL Roma C ci sono due IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico): l'IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri) che effettua circa 10.000 ricoveri l'anno per acuti (il 10% del totale aziendale, di cui il 13% per i residenti) e la Fondazione S.Lucia che si occupa di riabilitazione e assorbe la maggior parte della attività del territorio (il 76% del totale della ASL Roma C, di cui il 23% a residenti).

Ci sono inoltre una struttura classificata, il Madre G.Vannini, che effettua attività per acuti ed è dotata di Pronto Soccorso; questa struttura effettua circa 11.000 ricoveri l'anno (il 12% del totale della ASL Roma C) di cui il 20% a residenti.

Nella ASL Roma C ci sono otto strutture accreditate di cui cinque effettuano attività solo per acuti, una solo per lungodegenze, una solo per riabilitazione e una sia per acuti che riabilitazione. L'attività per acuti erogata dalle strutture accreditate rappresenta circa il 14% del totale della ASL Roma C (di cui complessivamente meno del 10% a favore di residenti). Alla Fabia Mater, situata nel Distretto 6, avviene il 57% delle dimissioni di neonati sani, di cui 27% residenti.

Infine ci sono due case di cura non accreditate che erogano attività per acuzie. Nella Tab.3 sono descritte le strutture afferenti alla ASL Roma C per tipologia di posto letto e di gestione (gestione diretta e accreditate).

Tab.3 Strutture sanitarie afferenti alla ASL Roma C

struttura	n. acuti	Posti letto		Totale
		n. Lunga deg.	n. Riab.	
CTO				
Sant'Eugenio				
<i>Totale</i>	465		32	517
Campus biomedico	255			255
IFO	284			284
Fondazione Santa Lucia			320	320
Madre G. Vannini	234			234
Annunziatella	34			34
Concordia Hospital	25			25
Mater Misericordia			31	31
Neurological center of Latium	29		10	39
San Luca	25			25
Fabia Mater	76			76
Clinica Latina	30			30
Chirurgia addominale Eur	33			33
<i>Totale</i>	1.490		393	1.903

Il Personale dipendente

Nella Tab.4 è riportata la consistenza del personale dipendente al 31/12/2013 suddivisa per tipologia di rapporto.

Tab. 4 Consistenza del personale dipendente

Descrizione	Tipo Rapporto			Totale
	Tempo Indeterm.	Tempo Determ.	P.Religioso	
Dirig.				
Amministrativo	7	1	0	8
Dirig. Prof.	9	2	0	11
Dirig. Sanitario	103	2	0	105
Dirig. Tecnico	4	1	0	5
Farmacista	16	0	0	16
Comp. Amm.vo	344	1	0	345
Comp. Tecnico	297	5	1	303
Medici	638	14	0	652
Veterinari	12	0	0	12
Comp. Sanitario	1.793	58	12	1.863
Comp. Prof.	0	0	4	4
Totale	3.223	84	17	3.324

Art. 3

Le finalità istituzionali, i valori di fondo e la Vision aziendale

1. L'Azienda Sanitaria Locale Roma C è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Lazio. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.
2. Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati con la ASL stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.
3. L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino, si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito della programmazione regionale e locale.
4. A tal fine individua nella definizione di specifici accordi contrattuali il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti pubblici e privati accreditati. L'Azienda aspira a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e fruizione dei servizi per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza.
5. In particolare, l'Azienda Sanitaria Locale Roma C vuole svolgere un ruolo attivo di gestore di una rete in cui i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale rappresentano partner essenziali per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio.

6. Nella rete si ricercano sinergie - soprattutto con gli Enti Locali, la Conferenza Locale della Sanità, le Associazioni di volontariato, le altre Aziende Sanitarie della Regione Lazio - finalizzate all'attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell'assistenza, la presa in carico degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del proprio percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta.
7. L'Azienda per il raggiungimento delle proprie finalità:
 - sperimenta e sviluppa forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nonché dell'attività amministrativa;
 - uniforma la propria attività ai criteri della massima qualità raggiungibile, sulla base delle conoscenze e delle tecnologie disponibili e con mezzi utili ad ottimizzare il rapporto fra bisogni degli utenti e risorse umane, economiche e tecnologiche, mantenendo costante la ricerca del miglioramento continuo della qualità del "servizio sanitario pubblico";
 - agisce quale polo di promozione e divulgazione di conoscenze teoriche e pratiche nei confronti di tutti gli attori del S.S.N., a partire dalla ampia e diffusa valorizzazione delle risorse interne;
 - contribuisce alla crescita dell'informazione e della partecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute;
 - rimodula le strategie e i modelli di erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari alla luce dell'evoluzione nelle evidenze scientifiche;
 - sviluppa un modello di cura basato sul primato della persona e sulla continuità assistenziale.
8. L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come organizzazione che:
 - implementa la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali la medicina basata sull'evidenza, la formazione e l'addestramento, i percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e la gestione dei rischi;
 - intende rafforzare il processo di aziendalizzazione;
 - mira alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
 - realizza politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso forme di gratificazione di carattere non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore.
9. La ASL Roma C mira ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto sociale, economico ed epidemiologico che sottende la formazione della domanda di salute in generale.
10. L'ambizione di voler contribuire all'immagine di una realtà regionale capace di vincere le sfide derivanti da scenari turbolenti, richiede un forte impegno volto al cambiamento, impone una rivisitazione critica degli attuali modelli culturali ed organizzativi, ed un impegno costante verso l'innovazione, nel rispetto dei seguenti principi:
 - centralità del paziente-utente;
 - approccio professionale di tipo multidisciplinare;
 - orientamento alla specializzazione;
 - apertura alla ricerca e alle collaborazioni con altre Istituzioni nel settore dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
 - trasparenza, quale garanzia della circolazione delle informazioni di tutti i processi sia clinico-assistenziali che organizzativo-gestionali;
 - equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
 - sicurezza degli utenti e degli operatori.
11. Mediante l'Atto Aziendale l'ASL Roma C esplicita e declina la propria "mission", intesa come traduzione dei principi e dei valori sopra esplicitati in comportamenti organizzativi che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e le relazioni con i gruppi portatori di interessi.

3.1 La centralità della persona

La centralità della persona, se non vuole rimanere una mera affermazione di principio, implica per l'Azienda l'obbligo di organizzare i suoi processi di produzione intorno a percorsi integrati di assistenza, l'impegno all'accoglienza, l'attenzione al bisogno che stenta a trasformarsi in domanda di servizi, la promozione dell'inserimento sociale dell'individuo e la valorizzazione del suo ruolo come soggetto attivo e consapevole dei trattamenti che gli vengono offerti o erogati.

La centralità della persona, considerata non come mera portatrice di bisogni, ma altresì come titolare del diritto di cittadinanza, significa anche attenzione e apertura al contributo che gli individui possono fornire per il miglioramento della qualità dei servizi e per il funzionamento complessivo dell'Azienda. La tutela giuridica soggettiva dell'individuo, nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, trova, infatti, riscontro in alcuni altri precetti costituzionali e nella normativa vigente, a partire dalla legge n.833/1978, fino al D.lgs 502/1992 come modificato, in particolare, dal D.lgs 229/1999.

Nell'ambito di tale normativa rivestono infatti fondamentale rilievo:

- il diritto alla partecipazione alla tutela del proprio stato di salute;
- il diritto all'eguaglianza, all'integrità personale, al rispetto della proprie convinzioni etiche, al rispetto della dignità e della riservatezza;
- il diritto alla qualità dei servizi sotto il profilo dell'appropriatezza, dell'accessibilità e dell'umanizzazione.

Le azioni finalizzate a dar concretezza alla centralità della persona sono rafforzate e verificate attraverso gli istituti di partecipazione civica previsti dalla vigente normativa, e definiti nel presente Atto aziendale, diretti a favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, a stimolare il corretto funzionamento del servizio sanitario, regionale e a promuovere il miglioramento del confort delle strutture sanitarie.

3.2 L'universalità dell'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi

L'impegno ad assicurare l'universalità e l'equità nella produzione dei servizi e alle prestazioni e nell'accesso agli stessi impone all'Azienda la definizione di politiche attive di riequilibrio sociale e territoriale nella disponibilità dei servizi.

Non è ammissibile, pertanto, per l'Azienda, tenere atteggiamenti di attesa passiva della domanda che, di fatto, inducono a privilegiare soggetti e gruppi in grado di esprimere i propri bisogni e di pretendere la soddisfazione. Un simile atteggiamento tende, infatti, a perpetuare le disuguaglianze e ad orientare in modo distorto l'offerta aumentando il rischio di sprechi e di inappropriatezza.

Un effettivo riequilibrio sociale e territoriale può essere realizzato, invece, solo attraverso una costante e idonea rimodulazione della presenza dei servizi e dei presidi dell'Azienda e attraverso una ricerca attiva delle aree critiche, nascoste o mascherate, del bisogno di salute, per valutarle e intercettarle con un'offerta attiva di servizi e orientarne la traduzione in domanda appropriata.

Per raggiungere questo obiettivo l'organizzazione dell'azienda deve essere in primo luogo costruita sulla sua capacità di gestire i problemi di salute della popolazione residente nel suo territorio. È indispensabile a questo fine:

- l'identificazione e la valutazione di questi problemi
- la individuazione, anche sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, del loro ordine di priorità
- la loro strutturazione organica in percorsi di assistenza e di presa in carico
- la costante verifica dell'impatto delle azioni intraprese sulla loro soluzione
- una assidua attenzione alla sostenibilità economica delle azioni intraprese

In questa prospettiva, l'Azienda attribuisce particolare importanza alle situazioni di disagio sociale, di fragilità e di cronicità che rappresentano i nodi critici delle politiche per assicurare la tutela della salute in condizioni

di universalità e di equità, e individua tali situazioni quali aree privilegiate di rapporti e di collaborazione con le istituzioni locali nei programmi di integrazione socio-sanitaria.

L'Azienda, all'interno di questa prospettiva programmatica, si propone inoltre di valorizzare in via prioritaria le risorse umane professionali e tecniche delle quali direttamente dispone e di quelle che insistono sul suo territorio al fine di avvicinare le risposte ai cittadini, nella maggiore misura possibile

3.3 La qualità e l'appropriatezza

La qualità e l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni non costituiscono soltanto un preciso diritto del cittadino ma condizioni essenziali per l'Azienda per proporsi quale soggetto in grado di assicurare la tutela della salute in concreti termini di efficacia.

La qualità presuppone la centralità della persona e l'eguaglianza dei cittadini, ma deve tradursi, in prestazioni di riconosciuta efficacia, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e della corrispondenza a standard di riferimento validati. In questa prospettiva, l'Azienda assume quale impegno prioritario quello di porre tra i suoi obiettivi la massima possibile diffusione di pratiche e di modelli di gestione dell'assistenza corrispondenti a protocolli di comportamento riconosciuti, anche attraverso programmi specifici di miglioramento della qualità, di governo clinico e di gestione del rischio clinico, escludendo o limitando l'offerta e il ricorso a quelle prestazioni e cure che non siano riconosciute di provata efficacia.

Mentre l'obiettivo di un costante miglioramento della qualità significa per l'Azienda l'assunzione di specifici impegni circa le modalità di erogazione e le caratteristiche tecniche delle singole prestazioni, la ricerca dell'appropriatezza impone all'Azienda una duplice esigenza nella gestione dei suoi servizi: da un lato si pone, infatti, la necessità di sviluppare una risposta assistenziale che sia ritagliata sullo specifico bisogno del singolo utente, che sia cioè "individualmente appropriata" evitando sia risposte inadeguate che risposte sproporzionate alle caratteristiche del paziente, dall'altro, l'Azienda deve impegnarsi nello sviluppare attività che "massimizzino" l'impatto sulla salute delle risorse disponibili, nel ricercare cioè una appropriatezza rispetto alle esigenze complessive della popolazione, che privilegi non solo le prestazioni e i servizi più efficaci, ma quelli con il miglior rapporto costo-efficacia e costo-benefici, definendo quindi criteri di priorità in ordine ai problemi e alle criticità da affrontare, nonché ai conseguenti obiettivi da perseguire.

Art. 4

La dichiarazione di Mission della ASL Roma C

L'AZIENDA

Crede nella centralità della persona e per questo promuove la cultura del rispetto e dell'ascolto e investe nella lettura, nella comprensione e nell'interpretazione dei suoi bisogni di salute.

Fornisce il suo contributo alla creazione di condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi;

Fa leva sulla componente etica del proprio agire quotidiano ispirato a principi di trasparenza, di visibilità dell'azione aziendale e di gestione efficace ed efficiente delle risorse.

Si impegna nella presa in carico dei propri utenti progettando risposte che si avvalgono di tutto il sistema sanitario di offerta, con particolare riferimento a quanto presente sul nostro territorio;

Promuove la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide.

Ricerca l'integrazione socio-sanitaria attraverso processi di revisione organizzativa e funzionale della rete ospedaliera, del settore della prevenzione e dei servizi territoriali per dare risposte ai nostri residenti in una logica di continuità assistenziale e rispetto delle diversità.

Favorisce:

- la costruzione di conoscenze, competenze, abilità e capacità di relazione
- il miglioramento continuo che mira all'eccellenza dei percorsi clinici ed assistenziali anche attraverso la costruzione delle garanzie professionali, organizzative e di accessibilità che infondono affidabilità e senso di sicurezza;
- l'innovazione tecnologica e il progresso scientifico.

Investe nello sviluppo, motivazione, valorizzazione dei dipendenti che dimostrano carattere, impegno, dedizione, spirito di squadra e senso di appartenenza, gratificando con percorsi di crescita professionale e altri riconoscimenti basati sui risultati.

Punta sulla "riconoscibilità" dei propri orientamenti e risultati da parte di coloro che accedono alle proprie strutture così come da parte dei soggetti terzi.

Art. 5

Le Macro funzioni dell'Azienda

La missione dell'Azienda delineata dalla declinazione dei suoi principi ispiratori si realizza attraverso funzioni riconducibili alle seguenti aree fondamentali:

- governo e indirizzo
- produzione
- acquisto.

Le funzioni di governo creano e mantengono i presupposti concettuali, conoscitivi e organizzativi indispensabili all'esercizio delle funzioni di produzione e di acquisto e verificano la corrispondenza tra le attività svolte dall'Azienda, le esigenze di salute della popolazione e le indicazioni programmatiche dell'Amministrazione Regionale.

Da questo punto di vista sono **funzioni di governo**:

5 a) *la funzione di programmazione* nella quale sono comprese:

- le attività di progettazione degli assetti organizzativi e degli interventi;
- le attività di analisi e valutazione della salute della popolazione e dei suoi bisogni, del funzionamento dei servizi e dell'andamento operativo dell'Azienda;

5 b) *la funzione della comunicazione e della rappresentanza* nella quale sono compresi:

- il sistema di relazioni con i cittadini finalizzato all'ascolto e all'informazione;
- il sistema di relazioni con gli operatori interni ed esterni all'Azienda, finalizzato alla trasparenza, alla condivisione e all'informazione sui programmi di attività;
- il sistema di relazioni con le istituzioni, finalizzato alla trasparenza, alla concertazione sui programmi di attività, al coinvolgimento negli interventi con impatto sulla salute che eccedano le responsabilità e/o le competenze dell'Azienda;

5 c) *la funzione regolatoria* all'interno della quale si realizza:

- un sistema coerente di regole e di procedure che disciplini i rapporti interni all'Azienda, nel rispetto della normativa vigente;
- un sistema di regole e di procedure che disciplini i rapporti dell'Azienda con i soggetti esterni alla stessa, nel rispetto della normativa vigente;
- un sistema di controlli e di attività ispettive che garantisca il rispetto uniforme delle regole;

5 d) *la funzione della formazione* non può che assumere caratteristiche peculiari in un'Azienda che si avvale della collaborazione esistente con la Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e che opera in

contesti locali e comunali fortemente caratterizzati dalla presenza di più Facoltà di Medicina e di più Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico. In queste condizioni specifiche l'Azienda deve svolgere, in termini ancora più espliciti di quanto non avvenga per il SSR nel suo complesso, sia un ruolo di agente di formazione che un ruolo di utente di processi di formazione continua collegati ai suoi obiettivi di mantenimento e di sviluppo delle competenze. Questo processo si deve realizzare attraverso:

- lo sviluppo di un piano di formazione strategica con l'individuazione esplicita delle linee portanti del miglioramento aziendale
- la trasformazione dell'organizzazione e delle attività correnti in uno strumento di formazione continua
- la promozione e/o l'adesione alle iniziative di formazione/aggiornamento coerenti con le strategie aziendali
- la responsabilizzazione delle articolazioni operative aziendali sugli obiettivi di crescita professionale dei loro operatori.

5 e) *la funzione dell'innovazione che deve prevedere:*

- un'apertura costante e costantemente critica al cambiamento;
- la introduzione del massimo rigore metodologico nella valutazione degli interventi, sia quelli consolidati che quelli innovativi
- lo sviluppo di una ricerca operativa finalizzata alla produzione di evidenze sulle procedure cliniche e i modelli organizzativi.

Le funzioni di produzione e di acquisto comprendono nel loro insieme le attività finalizzate alla erogazione dei servizi sanitari e dell'assistenza.

In particolare **la funzione di produzione** comprende:

- la produzione diretta e la garanzia di percorsi e processi integrati di cura attraverso le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture aziendali;
- la erogazione diretta alle persone di prestazioni e servizi appropriati e corrispondenti al loro bisogno anche quando si presentino al di fuori di percorsi e processi integrati di cura
- la produzione e la garanzia di percorsi e processi integrati di cura attraverso prestazioni e servizi erogati alle persone in concorso:
 - con altre aziende sanitarie pubbliche attraverso accordi di programma e specifiche convenzioni
 - con soggetti erogatori privati di assistenza sanitaria attraverso specifici accordi contrattuali per l'acquisto di parte delle prestazioni per le quali risultino accreditati
 - con altri soggetti istituzionali e in particolare con i comuni per quanto riguarda le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione;
- la produzione diretta di prestazioni e servizi in favore della collettività per :
 - la promozione della salute e l'educazione alla salute
 - il riconoscimento dei rischi per la salute
 - il controllo e il contrasto dei fattori di rischio

Le attività di produzione si avvalgono delle risorse umane, delle strutture e delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda.

In particolare **la funzione di acquisto** comprende:

- l'acquisto di beni e di servizi strumentali alla produzione diretta effettuata dall'Azienda

- l'acquisto da soggetti esterni all'Azienda dei servizi finali e delle prestazioni sanitarie che risultino necessarie alla produzione dei percorsi e dei processi integrati di cura per i quali l'Azienda rivendica la sua diretta responsabilità ;
- l'acquisto, da soggetti esterni all'Azienda e a vario titolo accreditati con il SSN, di prestazioni appropriate ai bisogni rilevati

5.a) LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

L'Azienda nel tradurre e interpretare a livello locale degli indirizzi programmatici regionali, è obbligata a definire in forma esplicita, attraverso piani articolati di attività, gli impegni che ritiene di dover assumere nei confronti del governo regionale e nei confronti dei residenti e delle amministrazioni municipali.

La programmazione aziendale deve essere pertanto strettamente correlata alle scelte della programmazione regionale, nonché ai relativi vincoli e priorità. I municipi forniscono il loro contributo alla programmazione aziendale attraverso la Conferenza locale per la sanità.

Gli strumenti di programmazione previsti dalla vigente normativa a livello aziendale sono:

- il Piano attuativo locale;
- il Programma delle attività territoriali.

I documenti formali attraverso i quali l'Azienda definisce periodicamente le modalità e i limiti della sua risposta al bisogno di salute della popolazione sono, nello stesso tempo, sia una riaffermazione della sua missione e dei principi che ne sono alla base, sia lo strumento per tradurli in interventi specifici e circoscritti. L'Azienda nella definizione dei suoi piani li concepisce in modo esplicito, non come un mero e dettagliato elenco di attività ma come progetti di miglioramento, individuando le priorità sulle quali intervenire.

Ciascun piano di attività rappresenta l'aggiornamento della riflessione aziendale sul modello di assistenza erogata e l'impegno a orientarla costantemente verso le forme che giudica più idonee a rispondere meglio al bisogno e alle aspettative dei suoi residenti. Ciascun piano deve costituire, inoltre, l'occasione per una discussione interna ed un confronto esterno con tutti i soggetti aventi titolo o impegnati nella tutela del diritto alla salute della popolazione.

In questa ottica l'Atto aziendale, nel garantire un quadro certo di riferimento per l'assetto complessivo dell'Azienda, deve essere ispirato ad una flessibilità organizzativa sufficiente per adattare l'organizzazione alla evoluzione del sistema di offerta e alle dinamiche di salute della popolazione consentendo la costruzione di specifici progetti di assistenza con una dimensione temporale definita, nonché consentendo la sperimentazione di modalità alternative di organizzazione e di erogazione dei servizi.

Alla luce dei principi sanciti dal D.lgs 502/1992 e delle scelte strategiche della Regione Lazio, le direttrici principali della programmazione aziendale sono in particolare:

- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso lo strumento innovativo della Casa della Salute;
- l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale;
- il coordinamento e l'integrazione tra territorio ed ospedale;
- lo sviluppo della sanità territoriale;
- la qualificazione e il potenziamento degli ospedali, specie nell'area dell'emergenza e la loro articolazione per intensità delle cure;
- la valorizzazione della medicina generale, in particolare nella gestione della cronicità e più in generale nella gestione dei percorsi di cura sul territorio;
- la prevenzione attiva come componente interna del progetto aziendale e non come attività aggiunta e collaterale;
- l'integrazione socio-sanitaria e la tutela delle fasce deboli della popolazione.

La programmazione aziendale e l'Atto aziendale, che rappresenta la dimensione organizzativa dinamica della programmazione, non possono però prescindere dalle potenzialità e dalle debolezze dell'Azienda e dalle

caratteristiche del contesto nel quale l'Azienda si trova ad operare. Alcuni aspetti critici dell'offerta di servizi sono collegati a variabili geografiche e demografiche largamente o totalmente indipendenti dalle possibilità di intervento dell'Azienda.

Il contesto geografico e demografico della ASL RMC è infatti, caratterizzato da:

- a. un territorio variegato, per composizione sociale e tipologia degli insediamenti;
- b. aree con una forte dispersione della popolazione ed aree ad elevata intensità abitativa;
- c. un sistema di collegamenti che, soprattutto nelle zone dell'Azienda più prossime al centro della città, consente una forte mobilità e quindi una dispersione rilevante nell'uso dei servizi sanitari
- d. una presenza consistente di migranti

Una seconda serie di fattori critici è legata alla specificità del sistema sanitario e al suo sviluppo nel tempo.

Il sistema sanitario dell'Azienda presenta infatti:

- a. uno squilibrio tra le dinamiche recenti della popolazione e la consistenza e l'insediamento storico delle strutture sanitarie;
- b. la pressione esercitata su questi strutture dalla domanda di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, programmata e urgente, con una ampia delega a strutture esterne all'Azienda per l'offerta di servizi;
- c. la polverizzazione delle strutture a livello sub-distrettuale fino a dimensioni incompatibili con profili assistenziali adeguati, soprattutto in assenza di una reale integrazione a rete, con il risultato di una moltiplicazione di offerte inadeguate per quantità e complessità;
- d. la esigenza di investimenti strutturali e tecnologici sia in una prospettiva di sostituzione e di conformità ai requisiti che in una prospettiva di adeguamento ad un nuovo modello di assistenza maggiormente orientato alla gestione dei problemi e alla presa in carico;
- e. modalità di funzionamento fortemente orientate all'attesa passiva della domanda e alla risposta in termini di prestazioni e raramente in grado di offrire attivamente alla popolazione percorsi organici di assistenza e di presa in carico;
- f. la mancata utilizzazione della capacità di risposte integrate, che rappresenta il grande vantaggio competitivo dell'Azienda rispetto ai semplici produttori di prestazioni, con la frequente generazione di difficoltà nell'accesso, ritardi nell'effettuazione delle prestazioni, rigidità e ripetitività delle procedure richieste ai cittadini, scarsa attenzione ai problemi della comunicazione con gli utenti e tra i professionisti;
- g. una preoccupante frammentazione operativa e organizzativa.

A fronte di queste criticità l'Azienda può contare su risorse e competenze che deve pienamente sfruttare:

- a. una grande ricchezza di strutture, la gran parte delle quali ancora in grado di assicurare decoro e dignità di accoglienza agli utenti e agli operatori;
- b. un grande capitale di competenza professionale sia per i medici che per le professioni sanitarie e tecniche con aree di straordinaria eccellenza;
- c. un rapporto costruttivo e costante con i Municipi;
- d. un rapporto di collaborazione e di interlocuzione critica con le associazioni esponenziali dei cittadini nel rispetto della reciproca autonomia;
- e. l'avvio di un metodo, affermato negli atti formali e praticato nei rapporti interni all'Azienda, di valorizzazione della qualità e delle professionalità;
- f. una rinnovata attenzione alla programmazione per obiettivi e al coinvolgimento dei professionisti nella formazione e nell'attuazione delle strategie aziendali.

I lineamenti fondamentali di questa analisi sono sviluppati nel Piano Strategico dell'Azienda che costituisce la premessa e il quadro di riferimento programmatico di questo Atto di organizzazione.

Nel Piano sono sinteticamente riportate le questioni più importanti e maggiormente critiche nell'erogazione dei servizi di assistenza alle persone e dell'insieme delle competenze, delle qualità e delle risorse di cui l'Azienda dispone e contiene un insieme organico di interventi che consentano, in un arco temporale definito, di migliorare la qualità delle risposte assistenziali e il grado di soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione all'interno del quadro di riferimento strategico definito dalla Regione Lazio e nel rispetto dei vincoli di sostenibilità e di compatibilità economica che la Regione ha individuato.

Il presente Atto aziendale costituisce infatti lo svolgimento organizzativo delle scelte strategiche delineate nel Piano e deve essere considerato uno strumento attuativo flessibile in grado di essere modulato su esigenze che si dovessero modificare e sul riscontro delle criticità derivanti dalla sua applicazione.

5.b) COMUNICAZIONE E RAPPRESENTANZA

L'Azienda si colloca al centro di una rete complessa di relazioni e di interlocuzioni che devono essere finalizzate allo svolgimento della sua missione e al raggiungimento dei suoi obiettivi. Questo insieme di relazioni è riconducibile ad alcune linee essenziali di comportamento che devono connotare l'attività dell'Azienda, in particolare:

- l'attitudine ad un ascolto attento e continuo dei cittadini e delle loro espressioni organizzate, delle istituzioni, dei professionisti, delle associazioni professionali e delle organizzazioni sindacali;
- uno sforzo permanente di coinvolgimento dell'insieme dell'Azienda e della comunità, nelle sue diverse espressioni, per la condivisione delle scelte strategiche e gestionali che l'Azienda assume;
- una specifica attenzione alla trasparenza e alla informazione: trasparenza sulle scelte e sugli atti, informazione degli operatori e dei cittadini sulle decisioni, sulle attività, sui problemi e sui risultati;
- una costante e dichiarata azione di rappresentanza degli interessi di salute della popolazione nei confronti di tutti gli attori istituzionali, le cui scelte e le cui decisioni possono influenzare il benessere dei cittadini.

La comunicazione aziendale non rappresenta dunque un obbligo formale di informazione, ma, piuttosto, rende conto di quello che si fa e di quello che si intende fare, e chiede conto di quello che vorremmo che altri facessero o di quello che altri sono tenuti a fare. Comunicare significa, dunque, per l'Azienda mettersi in discussione e contemporaneamente, predisporre e partecipare le decisioni e accompagnarne l'attuazione, rendersi realmente "pubblica", negli obiettivi, nel funzionamento, nella assunzione di responsabilità.

Nello svolgimento della sua funzione di comunicazione l'Azienda deve dunque, in particolare, sviluppare un'idea e una rappresentazione di se stessa e della sua missione, rendere questa idea leggibile e oggetto di discussione con la comunità e con le istituzioni che la rappresentano, essere uno strumento di informazione sulla salute dei cittadini e di difesa del loro diritto alla tutela della salute.

Come logica conseguenza di questi presupposti, l'Azienda, intende promuovere, sviluppare e praticare un sistema di gestione orientato a rendere il suo operato accessibile, trasparente e valutabile da parte dei cittadini, e di considerare la trasparenza come parte delle sue politiche di contrasto ai rischi di corruzione.

5.c) LA FUNZIONE REGOLATORIA E DI CONTROLLO

L'Azienda opera nel rispetto delle norme, dei regolamenti e delle disposizioni che disciplinano il servizio sanitario regionale, all'interno di questo quadro è però indispensabile che l'Azienda sviluppi, e adegui costantemente un sistema interno di regole, di procedure e di controlli che diano stabilità e certezza alla sua azione amministrativa, che consentano a tutte le componenti dell'Azienda e a tutti i soggetti che stabiliscano rapporti con l'Azienda di conoscerne le modalità operative e che garantiscano la trasparenza e la rendicontabilità dell'azione aziendale.

Questo sistema di regolamentazione deve essere sviluppato come attuazione e contestualizzazione della normativa nazionale e regionale con attenzione specifica:

- alla attuazione delle disposizioni sulla sicurezza;
- alla disciplina delle procedure e dei rapporti interni all'Azienda;
- alla assegnazione degli incarichi e delle responsabilità;
- alla disciplina dei rapporti con i soggetti esterni all'Azienda istituzionali e non istituzionali;
- ai contratti con i fornitori e con i soggetti accreditati.

Alla definizione di regole e di procedure deve corrispondere un adeguato sistema di controlli che si articola in:

- attività di controllo esterno sull'operato dell'Azienda;

- attività di controllo interno sul funzionamento;
- attività di controllo dell'Azienda sui fornitori;
- attività di controllo dell'Azienda sui soggetti accreditati e/o autorizzati per l'erogazione di prestazioni sanitarie;

In particolare devono essere previste, secondo criteri espliciti, modalità di controllo sul rispetto puntuale delle procedure. Tali controlli, da effettuarsi sistematicamente, devono rappresentare una modalità di funzionamento ordinario dell'Azienda.

Le attività di controllo dell'Azienda sui fornitori sono finalizzate ad accertare la corrispondenza dei beni e dei servizi acquistati agli standard definiti nei contratti e negli appalti. Nell'ambito delle procedure per la relativa acquisizione e nei capitolati devono essere pertanto indicati in modo esplicito e puntuale i criteri specifici relativi al volume e alla qualità delle prestazioni sui quali esercitare le attività di controllo.

Le attività di controllo dell'Azienda sui soggetti accreditati e/o autorizzati per l'erogazione di prestazioni sanitarie si articola in:

- controlli per conto della regione sui soggetti erogatori di altre aziende;
- controlli ordinari sui soggetti erogatori di prestazioni ai residenti per l'accertamento della correttezza delle procedure amministrative e contabili;
- controlli ordinari sui soggetti erogatori di prestazioni ai residenti per l'accertamento del possesso e/o del mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento.

5d) LA FORMAZIONE

L'impegno sulla formazione non costituisce soltanto una risposta alla esigenza dell'Azienda di addestrare e mantenere costantemente aggiornati i suoi professionisti, ma deve corrispondere ad una modalità ordinaria nel funzionamento aziendale.

Ogni attività dell'Azienda deve essere concepita anche come un'occasione di formazione per i suoi operatori, deve rispondere alle esigenze della loro crescita professionale, deve modellarsi su standard operativi allineati con le pratiche più avanzate e scientificamente fondate. Un'azienda pensata come una macchina permanente per la formazione dei suoi operatori garantisce la qualità della sua azione e si garantisce le massime possibilità di sviluppo tecnico e professionale. Un'azienda che pratichi la formazione è inoltre anche una risorsa e un termine di confronto e di crescita per tutto il sistema regionale.

Pensare la formazione all'interno delle pratiche professionali, non solo non contrasta con la possibilità di un'attività dedicata in modo specifico alla didattica e all'aggiornamento professionale, ma ne rappresenta un presupposto fondamentale. Lo svolgimento di corsi di formazione e aggiornamento professionale, di laurea e di specializzazione, se non si fonda su una pratica delle attività sanitarie coerente con la didattica, rischia di rappresentare un discutibile ornamento culturale di scarsa efficacia sullo stesso piano formativo.

Sui temi della formazione è necessario stabilire con le Università un rapporto organico che, nel rispetto delle distinte responsabilità, consenta all'Azienda l'utilizzazione della esperienza metodologica e organizzativa posseduta dalle Università nella didattica.

Lo svolgimento delle attività di insegnamento clinico svolte presso le strutture aziendali e il necessario tutoraggio degli operatori in formazione devono trovare spazi e tempi adeguati nell'assetto dell'Azienda. È pure necessario che specifici accordi tra Azienda e Università disciplinino l'eventuale contributo della ASL alle attività formative con il fine di utilizzare anche questo contributo come un'occasione di crescita nella qualità del sistema aziendale.

Il modello di formazione sanitaria che l'Azienda intende realizzare, come agenzia formativa, è un modello di formazione "per il lavoro" e "nel lavoro", formazione finalizzata e formazione permanente.

5e) INNOVAZIONE RICERCA E SPERIMENTAZIONE

Non è pensabile un sistema aziendale che si limiti alla gestione ordinaria delle attività e che non ponga l'innovazione, la ricerca applicata e la ricerca operativa tra i cardini del suo sviluppo. Il contesto sanitario è contrassegnato da:

- una rapidissima evoluzione delle tecniche e delle tecnologie;
- una continua sollecitazione al miglioramento dell'efficacia e della qualità degli interventi;
- la costante pressione esercitata da un'utenza con bisogni in evoluzione e aspettative crescenti di salute;
- una forte rigidità dei vincoli economici.

In questo contesto un atteggiamento difensivo che non consideri queste sollecitazioni come altrettante opportunità per adattare costantemente il modello di erogazione dei servizi, riconoscendo i bisogni, orientando la domanda e soddisfacendola con risposte adeguate, appropriate ed economicamente compatibili, rischia di determinare la marginalizzazione del sistema sanitario pubblico e la sua insostenibilità. Al contrario, se la sfida dell'innovazione viene raccolta, è possibile far assumere all'Azienda un ruolo di guida sui processi di produzione dell'assistenza e di termine di paragone per tutto il sistema.

La ricerca più funzionale alle esigenze del sistema è ovviamente quella orientata alla valutazione delle tecnologie, nel senso comprensivo che questo termine ha ormai assunto nella discussione scientifica. Questa area di ricerca e di sperimentazione non esaurisce però l'impegno dell'Azienda ma deve al contrario fornire una palestra di metodi per le eventuali opportunità di ricerca di base e di ricerca clinica.

Queste aree, al di là della diretta applicabilità dei loro risultati, costituiscono aree di sviluppo fondamentali per il sistema perché consentono la formazione più rigorosa ai metodi dell'evidenza scientifica e perché sono l'occasione di crescita culturale e di forme di riconoscimento per i professionisti.

È pertanto responsabilità dell'Azienda promuovere progetti di ricerca e di sperimentazione di elevata qualità, fortemente radicati nella realtà professionale delle sue strutture, in collaborazione con altre istituzioni, in particolare finalizzati al miglioramento della pratica clinica.

È necessario, inoltre, prevedere modalità omogenee e trasparenti di gestione dei fondi destinati alla ricerca, inclusi i fondi delle sperimentazioni gestionali e quelli finalizzati. Le procedure utilizzate devono definire in modo chiaro ruoli e responsabilità dei ricercatori, criteri di attribuzione delle risorse, modalità certe di rendicontazione.

CAPO II

L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Art. 6

Gli organi dell'Azienda

1. Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

6.1 Il Direttore Generale

1. Il Direttore Generale è l'organo al quale sono riservati i poteri di rappresentanza della ASL e la responsabilità della gestione complessiva dell'Azienda. Le sue funzioni sono quelle previste dall'art.3 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 9 della Legge Regionale n. 18/94 e ss.mm.ii..
2. Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Consiglio dei Sanitari. Si avvale altresì del Collegio di Direzione e delle Unità Operative espressamente collocate in staff alla Direzione Generale.
3. Al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione dalle funzioni di carattere gestionale, anche ai sensi dell'art. 8, comma I della Legge Regionale n.6/2002, cos' come modificato dalla Legge Regionale n.4/2006, le funzioni attribuite al Direttore Generale devono essere distinte in:
 - a) Funzioni al medesimo esclusivamente riservate;
 - b) Funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario ed Amministrativo ed agli altri Dirigenti dell'Azienda.
4. Il Direttore Generale 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. Le funzioni gestionali, esercitate dai Dirigenti dell'Azienda ai diversi livelli, possono essere:
 - a) Funzioni delegate dal Direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
 - b) Funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del Direttore Generale.
5. Esercita ed è responsabile delle funzioni di programmazione, indirizzo e controllo di valenza aziendale, adottando gli atti corrispondenti, nonché ogni altro atto che possa considerarsi di "alta amministrazione" o di "governo" dell'Azienda.
6. In particolare provvede:
 - a) alla definizione delle strategie e dei programmi da attuare in relazione agli obiettivi fissati dalla Regione Lazio ed alla missione aziendale, anche negoziando intese di programma con Enti terzi. Per tali attività è coadiuvato dal Collegio di Direzione;
 - b) all'adozione di atti a contenuto regolamentare e a valenza generale;
 - d) ad assumere le decisioni di alta organizzazione, l'adozione dell'atto aziendale ed i suoi aggiornamenti;
 - e) all'istituzione, modifica o disattivazione delle Strutture Dipartimentali e delle Strutture Complesse, in coerenza con quanto previsto da programmi operativi e dalle altre disposizioni regionali in materia;

- f) alla nomina del Collegio Sindacale, dei Collegi Tecnici, dell'Organismo Interno di Valutazione, nonché alla proclamazione degli eletti nel Consiglio dei Sanitari e alla nomina dei membri del Collegio di Direzione;
 - g) all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi al piano pluriennale di attività e di quelli relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, alla definizione di programmi e direttive generali per la gestione amministrativa e per l'acquisizione di beni e servizi;
 - h) alla nomina e alla revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario aziendali;
 - i) alla nomina e alla revoca dei Direttori di Dipartimento;
 - j) all'affidamento e alla revoca degli incarichi dirigenziali, anche relativi a professori e ricercatori universitari convenzionati secondo le modalità previste dalla legislazione vigente e dal Protocollo di Intesa Regione/Università;
 - k) all'assegnazione alle strutture delle risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie finalizzate all'attuazione dei programmi aziendali, nonché all'assegnazione degli obiettivi ai Responsabili delle stesse;
 - l) alla verifica dei risultati di gestione, del raggiungimento degli obiettivi assegnati anche ai fini della retribuzione di risultato, con il supporto dell'Organismo Interno di Valutazione;
 - m) alla verifica dell'attività professionale e dell'idoneità all'attribuzione di incarichi, avvalendosi del Collegio Tecnico;
 - n) agli indirizzi, valutazioni strategiche e decisioni inerenti a questioni rilevanti in materia di gestione del patrimonio, ed in particolare di acquisizione, trasformazione ed alienazione di beni immobili, nonché di accettazione di eredità, legati e donazioni;
 - o) alla definizione delle politiche inerenti alla gestione del rischio assicurativo;
 - p) all'adozione degli atti di programmazione riguardanti la dotazione organica;
 - q) alla costituzione e modifica dell'Ufficio dei procedimenti disciplinari;
 - r) alla definizione delle politiche e dei criteri inerenti alla gestione del personale e all'assunzione di atti di indirizzo inerenti alla formazione professionale e manageriale;
 - s) alla definizione di politiche in tema di relazioni sindacali, alla rappresentanza negoziale nei diversi tavoli di trattativa e alla stipula dei contratti integrativi aziendali;
 - t) alla determinazione di tariffe, canoni ed oneri a carico di terzi laddove ne esistano i presupposti di legge;
 - u) all'approvazione di contratti e convenzioni non delegati ai Direttori Amministrativo e Sanitario e non attribuiti ai dirigenti competenti dell'Azienda.
 - v) all'affidamento di specifici incarichi di consulenza, limitatamente alle situazioni in cui le competenze disponibili in Azienda non siano ritenute idonee agli scopi perseguiti;
 - w) all'adozione degli atti formali di tutela in sede giudiziale e di ogni decisione in merito alla promozione e resistenza alle liti, nonché conseguenti al potere di conciliare e transigere in sede giudiziale e stragiudiziale ogni tipo di controversia.
7. In caso di assenza, legittimo impedimento o vacanza dall'ufficio del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale medesimo. In mancanza di delega espressa, le relative funzioni sono svolte dal Direttore più anziano di età.
8. Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni direttamente, ovvero delegandole ai Direttori Amministrativo e Sanitario ed alle figure dirigenziali incaricate della responsabilità di Strutture mediante la formalizzazione di apposito provvedimento di delega.
9. Gli atti relativi alla Funzione di Governo di cui all'art. 4.1 sono soggetti alla disciplina di diritto pubblico dell'atto amministrativo. Gli atti di gestione, sia del Direttore Generale sia della dirigenza aziendale, sono atti di diritto privato, retti dal principio di libertà delle forme nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento, semplificazione e trasparenza di cui alla L. n. 241/90 e s.m.i. .

6.2 Il Collegio di Direzione

Per l'esercizio dei compiti e delle funzioni di cui all'art. 17 del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. è istituito il Collegio di Direzione.

1. Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione, quale organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Il Direttore Generale si avvale, inoltre, del Collegio di Direzione per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, e per l'utilizzazione delle risorse umane.
2. Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale.
3. Il Collegio di Direzione 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.
4. Il Collegio di direzione provvede altresì alla nomina del componente della commissione di selezione pubblica di cui al D.P.R. n. 484/97.
5. Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione che si dota di uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di Direzione previste dalla normativa vigente.
6. Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:
 - a) il Direttore Sanitario;
 - b) il Direttore Amministrativo;
 - c) i Direttori di Dipartimento;
 - d) i Direttori dei Distretti;
 - e) i Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero o Polo Ospedaliero;
 - f) un Dirigente dell'Area SPTA in assenza dei relativi Dipartimenti;
 - g) il Coordinatore Aziendale delle Attività Socio-Sanitarie ad Elevata Integrazione Sanitaria;
 - h) il Dirigente del Servizio dell'assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

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.

6.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

1. Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale che lo presiede. Esso si riunisce, di norma, almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).
2. La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza).
3. L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.
4. Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

5. Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:
 - a) maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, all'Atto Aziendale, al Programma annuale di formazione, ai Progetti di ricerca e innovazione, e più in generale per tutti gli atti a valenza programmatica;
 - b) maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.
6. Delle riunioni del Collegio viene redatto verbale, che verrà inviato via mail ed approvato nella riunione successiva.
7. La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso.
8. L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute ed ai dati trattati.

6.3 Il Collegio Sindacale

1. Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.
E' nominato dal Direttore Generale secondo quanto previsto dall'art. 13 del "Patto per la Salute 2014-2016" e dall'art. 22 comma 5 della Legge Regionale 28 giugno 2013 n.4, dura in carica tre anni decorrenti dalla nomina. Si compone di tre membri così designati:
 - uno dal Presidente della Giunta Regionale;
 - uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;
 - uno dal Ministero della Salute.
2. Il Collegio Sindacale verifica la gestione sotto il profilo della regolarità contabile, vigila sull'osservanza della legge e sulla regolare tenuta della contabilità, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture contabili e riferisce in merito alle Istituzioni Locali.
3. Il Collegio relaziona periodicamente alla Regione sui risultati dei riscontri eseguiti, secondo quanto previsto dalla normativa regionale.

Art. 7

La Direzione Aziendale

1. La Direzione Aziendale, composta dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione, esercita il governo strategico dell'Azienda.
2. La Direzione Aziendale rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione aziendale", intendendo per tale i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi. In particolare, spetta alla Direzione Aziendale:
 - a) definire, in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo regionali, le strategie, gli obiettivi ed i programmi annuali e pluriennali aziendali e ne controlla l'attuazione.
 - b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
 - c) il governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative;
 - d) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
 - e) il governo delle relazioni interne ed esterne
 - f) la garanzia della sicurezza e della prevenzione.

3. Il Direttore Generale nomina, in rapporto fiduciario, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo secondo le modalità previste dalla normativa vigente.
4. Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo partecipano, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda; assumono infatti diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale ed al governo strategico dell'Azienda coadiuvando il Direttore Generale nell'attività di pianificazione e controllo strategico e nell'esercizio di tutti i poteri di indirizzo ad esso spettanti.
5. Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di loro competenza, su indicazione del Direttore Generale, possono, in via straordinaria e temporanea, assumere o avocare la direzione delle strutture aziendali e, in qualsiasi fase del procedimento, la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.
6. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le loro funzioni possono essere svolte, in via temporanea, rispettivamente da un dirigente sanitario e da un dirigente amministrativo, nominati dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo stessi ove possibile.
7. Nell'attività di analisi e valutazione delle dinamiche interne ed esterne all'Azienda aventi un significato ed una rilevanza particolari per il mantenimento dell'equilibrio aziendale di breve, medio e lungo periodo, la Direzione Aziendale si avvale del supporto del Collegio di Direzione, secondo le modalità previste dalla legge nonché delle funzioni di Staff allorché se ne ravvisi l'esigenza.
8. Strettamente correlate al governo strategico aziendale è la Conferenza Locale per la sanità (Conferenza dei Presidenti dei Municipi). Essa partecipa alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nelle Aziende Sanitarie Locali, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.
9. La succitata Conferenza dovrà esprimere 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 ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati

Art. 8

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato con provvedimento motivato dal Direttore Generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere ed avuto riguardo agli specifici requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. ed all'articolo 15 della legge regionale n.18/94 e s.m.i.. Il Direttore Sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Assume, ai sensi delle previsioni di cui all'art. 3 del D.Lgs. 502/92 edell'articolo16dellaleggeregionalen.18/94ess.mm.ii, la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

1. In particolare:

- a) dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari
- b) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- c) concorre al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale;
- d) concorre, con il Direttore Amministrativo, all'elaborazione della pianificazione attuativa locale in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale;

- e) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, anche ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei piani di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture organizzative di valenza sanitaria;
 - f) indirizza le strutture sanitarie dell'Azienda, in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa ed igienico-sanitaria e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali;
 - g) cura l'organizzazione ed assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale, sempre nell'ambito degli indirizzi strategici generali, avvalendosi delle indicazioni dei Direttori/Responsabili di Distretto e delle proposte elaborate dal Collegio di Direzione;
 - h) promuove l'accesso tempestivo ed appropriato ai servizi e favorisce la continuità dell'assistenza, integrando i percorsi clinico-assistenziali tra l'ambito territoriale e quello ospedaliero;
 - i) propone, avvalendosi del supporto delle Unità di staff della Direzione Aziendale, un piano annuale del governo clinico che evidenzia gli interventi prioritari finalizzati ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate nonché il loro costante miglioramento;
 - j) presiede il Consiglio dei Sanitari;
 - k) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale.
2. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Direttore di Distretto, Presidio Ospedaliero o di Dipartimento o da altro Dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario stesso. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo.

Art. 9

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato con provvedimento motivato dal Direttore Generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere ed avuto riguardo agli specifici requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7 del D.Lgs.502/92 e s.m.i. ed all'articolo 15 della legge regionale n.18/94 e s.m.i. Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche e economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali. Assume, ai sensi delle previsioni di cui all'art. 3 del D.Lgs. 502/92 ed all'articolo 16 della legge regionale n.18/94 e s.m.i., la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza.

In particolare:

1. Concorre al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale e, inoltre, coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.
2. Formula, altresì, proposte al Direttore Generale nell'ambito dei procedimenti finalizzati al conferimento di incarichi dirigenziali dell'area PTA.
3. Assicura attraverso un'adeguata organizzazione e l'emanazione di regolamenti e procedure 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, stimola lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

4. In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo stesso. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo.

Art. 10

La Conferenza Locale per la Sanità

1. Le istituzioni locali, al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini, concorrono alla definizione degli indirizzi e della programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie attraverso la Conferenza Locale per la Sanità.
2. Le funzioni e le modalità di esercizio della Conferenza Locale per la Sanità sono normate dagli articoli 12 e 13 della Legge Regionale n. 18/94 ss.mm.ii., ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3, comma 14, del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii..
3. Tale organismo ha funzioni consultive, propositive e valutative sulla programmazione aziendale nei limiti e secondo le modalità disciplinate a livello regionale. In particolare contribuisce, nell'ambito della programmazione regionale, alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività e verifica l'andamento generale delle attività medesime.
4. Il Sindaco del Comune o suo delegato ed i Presidenti dei Municipi ricompresi nell'ambito delle aree distrettuali previste dal presente atto provvedono o loro delegati, inoltre, ai sensi dell'art. 3-quater del D. Lgv. n. 502/92 e s.m.i., a rilasciare parere in ordine alla programmazione delle attività distrettuali medesime con particolare enfasi sulle funzioni di contenuto socio-sanitario.
5. La Conferenza Locale per la Sanità ha sede presso la sede dell'Azienda USL ed è presieduta dal sindaco del comune o dal suo delegato.
6. Per la validità delle sedute, è richiesta la maggioranza dei componenti, che si esprimono a maggioranza.
7. Nel caso in cui il Sindaco che partecipa alla Conferenza, ovvero il suo delegato, sia anche dipendente dell'Azienda, egli si astiene dal partecipare a quelle sedute ed a quelle decisioni che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Egli si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.
8. Per quanto non previsto nel presente Atto di Indirizzo, si rinvia alla disciplina regionale e statale sopra richiamata.

CAPO III

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Art. 11

Principi generali di organizzazione

1. L'Azienda Sanitaria Locale Roma C ispira la propria organizzazione a criteri di:
 - delega e responsabilizzazione diffusa;
 - valorizzazione dell'autonomia gestionale di ciascuna articolazione organizzativa e dell'autonomia professionale dei singoli operatori;
 - in generale di orientamento alla flessibilità, all'innovazione e al miglioramento continuo.
2. Ciò si traduce in un assetto di *Governance* che prevede l'attribuzione e la delega esplicita di poteri, l'assegnazione di obiettivi e la predisposizione di sistemi di controllo funzionali:
 - al coinvolgimento e alla responsabilizzazione dei singoli operatori nella gestione aziendale;
 - alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati.
3. L'Azienda specifica con ulteriori atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità dei dirigenti.
4. Le macro funzioni aziendali di cui all'art. 4 trovano la loro rappresentazione nell'assetto organizzativo.
5. L'assetto organizzativo aziendale è definito:
 - dalla **Struttura Organizzativa** che individua e rappresenta i criteri di specializzazione e di divisione del lavoro, gli ambiti correlati di autonomia e responsabilità organizzativa, le relazioni gerarchiche e le altre relazioni organizzative tra ambiti diversi;
 - dall'insieme dei **Meccanismi Operativi**, ossia dei sottosistemi (metodologie e strumenti) che svolgono un ruolo di attivatori e facilitatori del buon funzionamento della struttura organizzativa.

Tra questi, una particolare attenzione è attribuita ai sottosistemi:

- di pianificazione strategica;
- di programmazione, budgeting e controllo della gestione;
- di rilevazione;
- di Governo Clinico e dei Processi;
- di audit interno;
- informativo;
- di gestione del personale;
- di valutazione e incentivazione;
- di formazione e sviluppo delle professionalità;
- di comunicazione interna ed esterna.

Art. 12

Livelli organizzativi di funzionamento

Si distinguono come principali livelli organizzativi di funzionamento dell'Azienda:

- a) la direzione strategica;
- b) le unità organizzative in staff alla direzione;
- c) la tecnostruttura di supporto;
- d) il livello operativo decentrato;
 - macrostrutture distrettuali;
 - macro strutture ospedaliere;
 - dipartimenti territoriali a struttura.

La distinzione tra livelli diversi di funzionamento non corrisponde in modo automatico alla distinzione tra funzioni di governo e funzioni di produzione definendo piuttosto un gradiente nell'esercizio delle responsabilità di produzione e di governo che si distribuiscono rispettivamente in modo crescente e in modo decrescente dalla Direzione aziendale verso le strutture direttamente operative.

Appare in altri modi necessario sviluppare una concezione dell'Azienda che coinvolga anche le strutture operative nella funzione di governo. Il principio del governo clinico va inteso nel suo significato complessivo di un'azione dell'Azienda fortemente caratterizzata dalla priorità alla missione di tutela della salute e dell'efficacia degli interventi e dal pieno coinvolgimento dei professionisti nelle responsabilità della gestione.

Se dunque il governo dell'Azienda è affidato alla responsabilità collettiva dei suoi dirigenti riservando alla Direzione aziendale la responsabilità dell'indirizzo e del coordinamento, la responsabilità del quotidiano operare e dello stesso rapporto con gli utenti non può non riguardare anche la responsabilità diretta della Direzione aziendale e richiedere il suo coinvolgimento. Un ritardo nelle cure, un paziente respinto, una difetto di umanizzazione, un errore professionale devono riguardare la Direzione aziendale e pretendono che la Direzione stessa si assuma pienamente la sua parte di responsabilità. È in questa prospettiva che deve essere considerata anche la gestione del rischio clinico che non esprime semplicemente lo sforzo costante al miglioramento della qualità e alla garanzia degli interessi del paziente e dell'Azienda, ma anche il coinvolgimento dell'Azienda nella garanzia dei suoi professionisti attraverso procedure operative esplicite e condivise.

La necessità di individuare collegamenti tra i diversi livelli di funzionamento per dare unitarietà e coerenza all'azione di governo e alle attività produttive dell'Azienda deve trovare una corrispondenza nell'assetto organizzativo. Accanto a istanze organizzative specifiche per linea di attività e livello di funzionamento è perciò necessario individuare istanze organizzative preposte al raccordo tra le linee di attività e tra i livelli di funzionamento con l'obiettivo di consentire contemporaneamente:

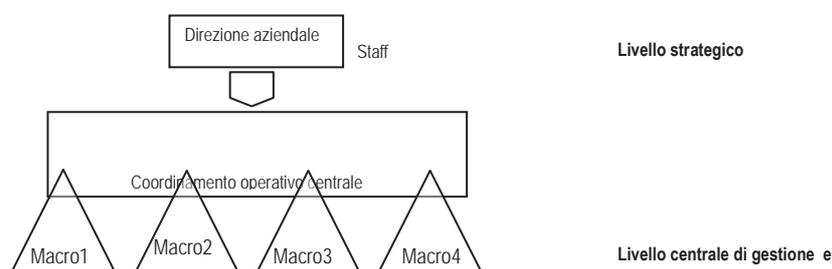
- una efficace direzione delle attività con una chiara catena di responsabilità operative;
- una integrazione orizzontale delle attività intorno ai percorsi di assistenza e alla continuità delle cure;
- una efficace integrazione verticale che consenta a ciascun livello di influenzare le decisioni degli altri livelli e di esserne reciprocamente influenzato.

In linea di massima, il vertice nella catena delle responsabilità operative per ciascuna linea di attività è individuato a livello di macrostruttura, il coordinamento funzionale si colloca nella tecnostruttura centrale, l'elaborazione delle politiche nelle unità operative in staff e le decisioni sugli indirizzi e sulle scelte strategiche nella Direzione aziendale.

Anche nei casi in cui alcune responsabilità di direzione operativa siano centralizzate, la logica del loro funzionamento deve essere riferita alla macrostruttura di erogazione delle attività. In questa prospettiva, il modello deve prevedere unità organizzative con piena responsabilità per la gestione corrente nelle

macrostrutture, un coordinamento orizzontale nelle macrostrutture e tra le macrostrutture, e l'integrazione verticale tra i livelli di funzionamento (Fig.4).

Fig. 4 Le funzioni di integrazione nei livelli decisionali



Questa logica organizzativa integra linee verticali di gestione delle strutture e linee orizzontali di coordinamento tra le strutture e di conduzione di progetti specifici di attività che prevedono il coinvolgimento di strutture e competenze diverse.

Un'impostazione generale del tipo di quella che è stata nelle grandi linee descritta richiede la specificazione del ruolo che assumono le articolazioni centrali dell'Azienda e le macrostrutture, nonché la definizione della tipologia e dei compiti delle unità organizzative, distinguendo quelle che sviluppano la loro attività lungo linee operative tradizionali di tipo verticale con un assetto più fortemente strutturato e quelle unità organizzative trasversali di coordinamento e di progetto che devono essere costituite secondo una logica di affinità disciplinare o al contrario di integrazione interdisciplinare su obiettivi specifici di attività.

Finalità specifica di questo approccio e condizione per il suo funzionamento è che sia definito in modo certo, in ogni momento della vita dell'Azienda, a chi è affidata la responsabilità di un risultato, quali risorse gli/le sono affidate, quale parte di queste risorse sono totalmente gestite e quale parte viene utilizzata sulla base di accordi specifici con il centro di responsabilità che ne detiene la gestione diretta.

L'Atto aziendale è dunque orientato alla definizione di modelli di organizzazione flessibili che riducano le componenti di controllo gerarchico per sottolineare l'importanza della autonomia e del governo professionale costruendo un tessuto di responsabilità a matrice con una forte componente di coordinamento orizzontale.

In via preliminare alla descrizione dei diversi tipi di unità operative, si ritiene opportuno definire caratteristiche, modalità di costituzione e compiti dei diversi livelli e delle principali articolazioni organizzative dell'Azienda.

Per quanto riguarda le articolazioni centrali è stata operata una distinzione tra unità organizzative "in staff" e unità organizzative "in linea" (Tecnostruttura di supporto), per quanto riguarda le articolazioni periferiche si sono prese in considerazione le macrostrutture distrettuali e ospedaliere con i dipartimenti assistenziali e le unità organizzative di coordinamento interdipartimentale, nonché il Dipartimento di prevenzione il Dipartimento della salute mentale.

Art. 13

Lo Staff

Le unità organizzative in Staff sono articolazioni strumentali della Direzione aziendale, fanno riferimento esclusivamente alla Direzione stessa e non hanno una posizione gerarchicamente sovra-ordinata ad alcuna struttura operativa dell'Azienda o responsabilità sulle attività ordinarie di gestione. In altri termini, le unità in staff sono estensioni tecniche della Direzione aziendale, alla quale forniscono elaborazioni, proposte, indicazioni e scenari operativi. Allo staff non sono attribuite responsabilità decisionali dirette.

Sulla base di queste caratteristiche operative le unità in staff sono per definizione agili, non ramificate e in un rapporto fiduciario con la Direzione aziendale. Le unità organizzative in staff non partecipano alla discussione di budget, le risorse loro assegnate sono individuate all'interno delle risorse della Direzione e gli obiettivi di cui sono responsabili sono definiti e affidati direttamente dalla Direzione.

Gli operatori delle Unità in Staff e i loro responsabili sono, di norma, individuati dalla Direzione aziendale tra i dipendenti dell'Azienda e, per la durata del loro incarico, non possono assumere altri incarichi o altre responsabilità nella gestione aziendale. Se, in via eccezionale, non fossero disponibili all'interno dell'Azienda competenze professionali utili alle funzioni in Staff è possibile fare ricorso agli istituti di reclutamento a tempo determinato previsti dalle normative vigenti per i dirigenti.

L'eventuale reclutamento nello Staff non configura un rapporto stabile con l'Azienda, ma è vincolato alla durata in carica della Direzione aziendale.

Funzioni e compiti dello staff sono:

- predisposizione dei programmi strategici e del piano della performance;
- predisposizione della programmazione annuale e del controllo di gestione ivi compreso il sistema di rilevazione di contabilità analitica;
- sviluppo della capacità di analisi e valutazione dello stato di salute della popolazione e della qualità delle risposte assistenziali;
- sviluppo del sistema di valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- promozione del ruolo e della responsabilità dei dirigenti medici e degli operatori sanitari nell'ottica dello sviluppo della qualità, della programmazione delle attività secondo le logiche del governo clinico e del risk management;
- sviluppo di proposte per le politiche aziendali ivi comprese le politiche di formazione e aggiornamento professionale;
- sostegno ai rapporti istituzionali, relazioni interne e relazioni esterne;
- sviluppo delle attività di prevenzione e protezione dei rischi lavorativi e di popolazione con la specifica attenzione ai problemi collegati alla fisica sanitaria;
- verifica delle attività svolte dagli erogatori privati accreditati

Lo sviluppo di questi compiti si realizza attraverso un'articolazione organizzativa che individua livelli distinti di responsabilità e strutture di diversa complessità componendo il quadro di massima di seguito descritto.

i. *Analisi, Valutazione e Controllo*

1. *Sistemi informativi sanitari e Sistemi informativi gestionali*
2. *Controllo di gestione, Contabilità analitica e Valutazione della performance aziendale*
3. *Valutazione dello stato di salute della popolazione e definizione dei fabbisogni*
4. *Valutazione degli interventi sanitari sulla popolazione residente*

ii. *Sviluppo strategico e Governo clinico*

1. *Programmazione attuativa*
2. *Logistica dei processi di produzione e ingegneria gestionale*
3. *Ricerca applicata, sviluppo organizzativo e gestione dei progetti finalizzati*

4. *Gestione del rischio clinico*
5. *Sviluppo dei percorsi di cura e di assistenza, gestione dei sistemi di prenotazione e attività libero-professionale*
- iii. *Comunicazione, Relazioni esterne e Trasparenza*
 1. *Gestione della comunicazione istituzionale, URP, relazioni istituzionali*
 2. *Relazioni sindacali*
 3. *Trasparenza dell'amministrazione e anticorruzione*
- iv. *Servizio aziendale per le professioni sanitarie*
 1. *Sviluppo delle professioni di assistenza alla persona*
 2. *Sviluppo delle professioni tecniche di assistenza*
 3. *Sviluppo delle professioni tecniche non assistenziali*
- v. *Sicurezza prevenzione e protezione*
 1. *Documento dei rischi e Sviluppo dei sistemi di monitoraggio dei rischi*
 2. *Coordinamento attività di prevenzione e sorveglianza*
 3. *Fisica sanitaria*
 4. *Nucleo medici competenti*
- vi. *Formazione e rapporti con l'Università*
 1. *Percorsi di formazione-aggiornamento "sul campo" e formazione interprofessionale ("learningorganization building")*
 2. *Formazione per area professionale (sanitaria, amministrativa)*
 3. *Formazione universitaria e tirocini*

Nel definire l'articolazione complessiva delle funzioni in staff e la loro modulazione organizzativa si è ritenuto di identificare le nella Valutazione nella Programmazione e nello sviluppo delle Risorse Umane professionali le principali linee di supporto al governo strategico dell'Azienda e di dedicare una attenzione specifica alla "qualità del prodotto".

In questo contesto è centrale il tema del rischio clinico ed è ferma convinzione di questa Direzione aziendale che la gestione del rischio debba essere autorevolmente incardinata in una articolazione organizzativa in staff che corrisponda ad una Unità Operativa Semplice. Una gestione del rischio clinico forte ed adeguata alla complessità di un'Azienda Sanitaria come la ASL Roma C deve accompagnare ad una funzione di coordinamento chiaramente identificata il coinvolgimento diffuso delle strutture operative non limitando il problema del rischio al problema dei sinistri e neppure al problema delle prestazioni assistenziali ma estendendolo ai temi del sostegno strumentale alla produzione e quindi anche ad aspetti che riguardano le procedure amministrative e le procedure di governo.

Gli strumenti necessari gestione del rischio non possono prescindere dalla capacità di valutazione sulla qualità dell'assistenza erogata, sulla validità dei processi organizzativi, sulla corrispondenza delle procedure adottate con le evidenze scientifiche disponibili. In una simile prospettiva il Risk Management assume una valenza aziendale e non si limita quindi alla individuazione di un'articolazione organizzativa e di un responsabile, ma prevede che siano garantite a questo responsabile risorse competenze e conoscenze che devono attraversare tutta l'azienda, risorse e competenze che siano finalizzate anche, ma non esclusivamente, alla gestione del rischio.

L'impegno dell'Azienda nel collocare la gestione del rischio e il coordinamento sulle attività aziendali di gestione del rischio all'interno della UOC di sviluppo strategico e governo clinico è quella di rendere disponibili in modo integrato quelle risorse e quelle competenze.

Nel riconoscere la specificità delle professioni sanitarie non mediche e al fine di valorizzare la loro autonomia, è compresa nello staff di direzione, come specificato nel quadro di riepilogo, anche la UOC Servizio Aziendale Professioni sanitarie.

La sua collocazione in staff nonostante la specificità dei suoi compiti di coordinamento delle attività locali sottolinea la necessità di coinvolgere direttamente la Direzione Aziendale nell'avvio di questa nuova realtà

organizzativa e tiene conto del ruolo affidato alla Unità Operativa Complessa che non viene individuata come un'articolazione gerarchicamente sovra-ordinata ai livelli locali di direzione, ma come uno strumento di elaborazione tecnica, di coordinamento e di sostegno.

In questa prospettiva si intende sottolineare la prefigurazione di un assetto effettivamente dipartimentale e quindi basato non su una impostazione piramidale ma sul riconoscimento di livelli multipli di direzione che riconoscano una dimensione centrale di coordinamento che sia strumentale anche alla definizione di obiettivi comuni. E' evidente che la struttura dipartimentale presuppone il consolidamento di centri autonomi di responsabilità che siano riconoscibili e che siano dotati di un adeguato profilo gestionale.

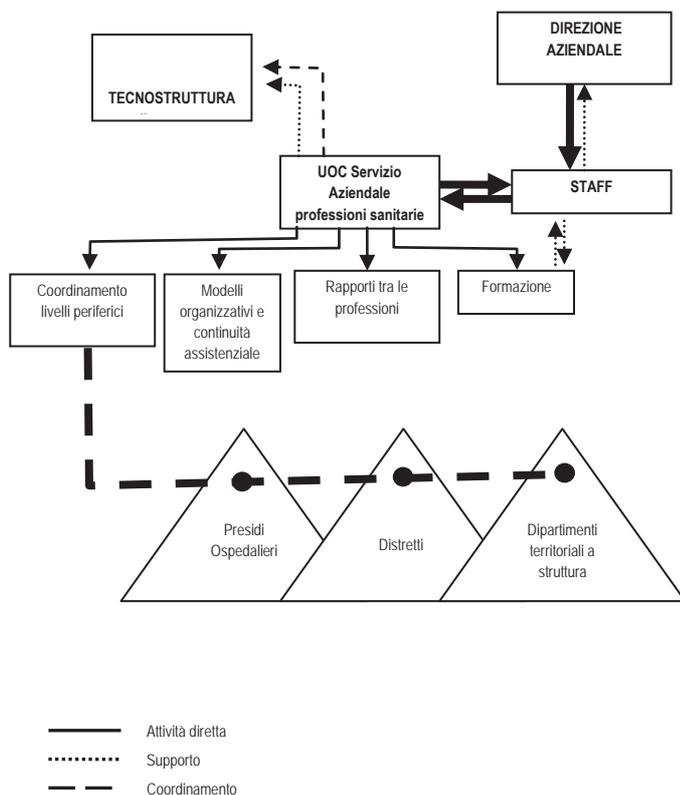
E' dunque individuata dall'atto di organizzazione aziendale una Unità Operativa Semplice per le professioni sanitarie non mediche in ciascuna delle macrostrutture. Nell'attribuzione degli incarichi di direzione per le UOS nelle diverse macrostrutture è indispensabile tenere conto del riconoscimento dei diversi profili professionali interessati. In questa articolazione operativa è evidente un'anticipazione operativa dell'organizzazione dipartimentale, con una UOC non sovra-ordinata gerarchicamente ma provvista al suo interno, in modo analogo al dipartimento, di incarichi professionali in grado di svolgere le funzioni di coordinamento, di elaborazione tecnica e di sviluppo disciplinare tipiche del dipartimento.

Con la successiva adozione di specifici regolamenti saranno delineate le modalità di riconoscimento delle funzioni in capo alla UOC e le modalità di svolgimento dei compiti gestionali affidati alle UOS con particolare riferimento ai rapporti con le direzioni cliniche di afferenza.

La collocazione della UOC Servizio Aziendale Professioni Sanitarie in questa prospettiva di articolazione propedeutica allo sviluppo di un Dipartimento è sinteticamente rappresentata nella Fig. 5.

Al fine di assicurare, per la Funzione di Assistenza Legale alla Direzione Strategica, le caratteristiche di rapporto fiduciario e la natura tecnico-professionale che le sono proprie, si ritiene di configurarla come un gruppo di professionisti senza individuare una Unità organizzativa con responsabilità amministrativa e gestionale. Le responsabilità amministrative e gestionali indispensabili all'assistenza legale dell'azienda sono affidate alla Unità Operativa Affari Generali che è incardinata nella Tecnostruttura di Supporto.

Fig. 5 La UOC Servizio Aziendale Professioni Sanitarie



Di seguito si individuano le funzioni staff che troveranno una precisa declinazione nel funzionigramma che successivamente sarà adottato con separato atto:

- la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, prevista dall'art. 4bis della legge regionale n°16/2001;
- la figura del responsabile della prevenzione della corruzione, prevista dall'art.1, comma 7 della legge n°190/2012;
- la figura del responsabile della trasparenza previsto dall'art.43 del DLgs n°33/2013;
- la figura del responsabile della privacy, prevista dall'art.29 del DLgs n°196/2003;
- la figura del coordinatore locale aziendale prevista dall'art.12 della Legge n°91/1999 recante "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti", disciplinata dall'Atto di indirizzo regionale per lo svolgimento delle attività di coordinamento in ordine al reperimento di organi e di tessuti in ambito regionale" approvato con la DGR n°1733/2002.

Art. 14

La Tecnostruttura di supporto

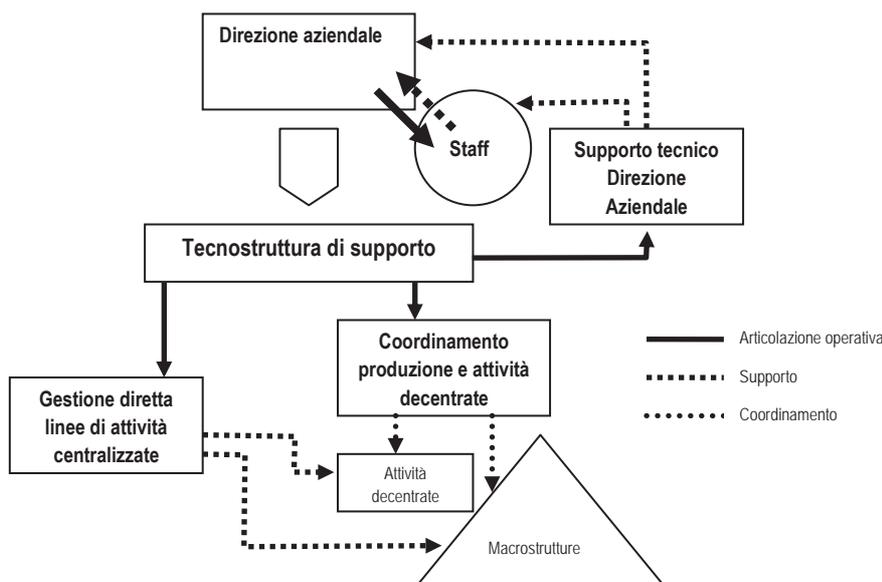
La Tecnostruttura di supporto rappresenta il principale centro di organizzazione e di coordinamento delle attività aziendali e costituisce, nel suo complesso, il punto di gestione centrale delle attività di governo e il punto di coordinamento delle attività di produzione e di acquisto.

Mentre lo staff rappresenta una diretta estensione della Direzione aziendale che assiste nelle decisioni senza assumere responsabilità dirette di gestione, la tecnostruttura, da un lato, fornisce alla Direzione stessa gli elementi tecnici sui quali sviluppare il percorso decisionale, dall'altro, coordina e, in parte, gestisce direttamente il funzionamento ordinario dell'Azienda.

La Tecnostruttura rappresenta per l'Azienda un elemento fondamentale di continuità tecnica nella gestione, ne garantisce la stabilità, anche nell'avvicendamento delle direzioni, e attua gli indirizzi che derivano dalle politiche e dalle scelte di programmazione definite dalla Direzione aziendale.

La Tecnostruttura rappresenta dunque la cerniera fondamentale tra la Direzione aziendale e i livelli di funzionamento locale del sistema aziendale (Fig. 6).

Fig. 6 La Tecnostruttura di supporto



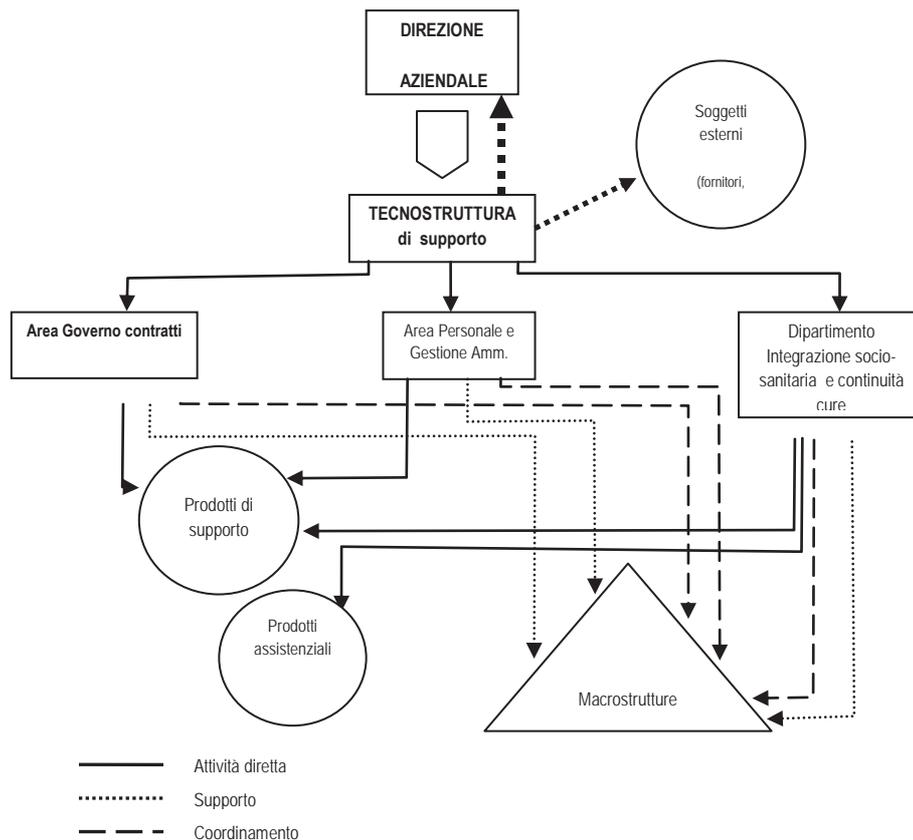
In particolare, la Tecnostruttura di supporto:

- fornisce alla Direzione aziendale e allo staff tutti gli elementi tecnici utili alla definizione delle politiche aziendali;
- collabora alla traduzione delle politiche in atti di indirizzo, regolamenti e procedure;
- assiste la Direzione aziendale nello svolgimento delle attività di valutazione, le coordina e fornisce le elaborazioni necessarie agli altri livelli di funzionamento dell'Azienda;
- si riferisce costantemente alle articolazioni periferiche per l'attuazione delle politiche aziendali;
- coordina l'attività delle articolazioni periferiche coinvolgendo nel coordinamento le unità operative interessate;
- gestisce l'avvio di specifici programmi aziendali a valenza strategica.

La Tecnostruttura si articola in dipartimenti e aree riferibili alla gestione delle funzioni di governo dell'Azienda e funzioni di coordinamento delle attività di assistenza e di supporto (Fig. 7). In questa prospettiva si individuano:

- un'Area Governo dei contratti per la gestione economico finanziaria, per gli acquisti lavori pubblici e investimenti, rete telematica e tecnologie informatiche nonché patrimonio e locazioni.
- un'Area Personale e Gestione amministrativa e lo sviluppo delle risorse umane;
- un Dipartimento Integrazione socio-sanitaria e continuità cure per la gestione delle funzioni centralizzate di produzione e di supporto all'assistenza e per il coordinamento delle attività assistenziali integrate.

Fig. 7 Tecnostruttura di supporto



14.1 Area Governo dei Contratti

L'Area Governo dei Contratti propone e presidia le regole e le procedure per il corretto svolgimento di tutte le transazioni interne all'Azienda e di quelle relative ai rapporti dell'Azienda con i soggetti finanziatori, con i fornitori e con gli utenti nell'ottica del miglioramento della qualità dei processi interni.

Trova collocazione all'interno di questa area la gestione del ciclo passivo e la specifica attività di verifica della sua correttezza e congruità rispetto alle normative vigenti. È incluso nelle responsabilità dell'area il coordinamento di tutte le attività di natura economica finanziaria e contabile svolte dalle altre articolazioni centrali e dalle articolazioni periferiche dell'Azienda.

Sono pure disciplinate e coordinate dall'Area tutte le attività di acquisto ad elevata componente tecnica e professionale ancorché la definizione dei contenuti specifici dei capitolati e dei contratti, in particolare le clausole atte ad assicurare il rispetto delle esigenze assistenziali e quelle più in generale finalizzate a garantire i requisiti professionali e tecnici di qualità, sia demandata ad altre articolazioni aziendali.

L'Area deve altresì garantire il coordinamento delle strutture che specificamente si occupano della dimensione strutturale e tecnologica dell'Azienda. Fatte salve le responsabilità nella predisposizione e attuazione delle procedure di acquisto, che rimangono in ogni caso in capo alla struttura responsabile, l'Area assicura in modo integrato e coordinato, nell'ambito delle risorse definite dai programmi di Azienda, la massima possibile efficienza operativa della dotazione strutturale e tecnologica dell'Azienda, curandone la manutenzione e il costante adeguamento agli obiettivi aziendali.

Alle funzioni di verifica e controllo individuate all'interno dello Staff sono invece in ogni caso riferiti i compiti di valutazione e di programmazione. Una funzione specifica di valutazione delle tecnologie, sia la valutazione propedeutica al Piano degli Investimenti che la valutazione d'impatto delle tecnologie disponibili è temporaneamente svolta in seno allo Staff, mentre viene auspicata una funzione sovra-aziendale o regionale per l'adeguato svolgimento di questa attività.

14.2 Area Personale e Gestione amministrativa

L'Area Personale e Gestione amministrativa:

- stabilisce le regole e le procedure per la corretta gestione del personale, sotto il profilo del reclutamento, dello stato giuridico ed economico, nonché per la corretta applicazione dei contratti di lavoro,
- fornisce alla Direzione aziendale il supporto tecnico necessario per la gestione delle relazioni sindacali e per la definizione delle politiche di sviluppo delle risorse umane. In questo ambito l'Area per le risorse umane assicura la necessaria assistenza tecnica anche all'area della valutazione per lo svolgimento delle attività di formazione negli ambiti e secondo i criteri definiti dagli accordi contrattuali.
- garantisce un'applicazione omogenea nei Distretti e nei Presidi Ospedalieri dei diversi istituti normativi, soprattutto per quelli ad alto impatto per i cittadini-utenti.
- garantisce l'attività di reclutamento. Sono infatti disciplinate e gestite dall'area, per gli aspetti normativi ed operativi, anche tutte le attività di reclutamento del personale. L'Area fornisce, inoltre, la necessaria assistenza tecnica per gli aspetti tecnici e giuridici nelle diverse istanze di valutazione affidate alle articolazioni aziendali specificamente preposte.

È incluso nelle responsabilità dell'Area il coordinamento di tutte le attività di gestione del personale svolte dalle altre articolazioni centrali e non dell'Azienda. Questa responsabilità di coordinamento si esercita, in particolare, sulle modalità di applicazione delle norme e degli istituti contrattuali al fine di rendere coerenti con queste norme e questi istituti i programmi e i progetti assistenziali dell'Azienda, che fanno tuttavia capo, quanto alla loro definizione e coordinamento all'area dipartimentale dell'assistenza e quanto alla loro attuazione, alle articolazioni operative periferiche dell'Azienda.

Le competenze dell'Area comprendono sia la gestione del personale dipendente che del personale universitario strutturato presso l'Azienda che di quello convenzionato (medici di medicina generale e

pediatri di libera scelta, specialisti etc.) o, nelle diverse fattispecie, titolare di contratti con l'Azienda, nel rispetto delle relative specificità.

14.3 Dipartimento Integrazione socio-sanitaria e continuità delle cure

Esistono all'interno dell'Azienda alcune specifiche esigenze di coordinamento tra diverse macrostrutture ed esiste anche l'esigenza di gestire, direttamente a livello centrale, alcune attività che non trovano nell'articolazione in macrostrutture livelli adeguati di attenzione e di specificità professionale. Si tratta di attività non omogenee che possiedono però tutte le seguenti caratteristiche:

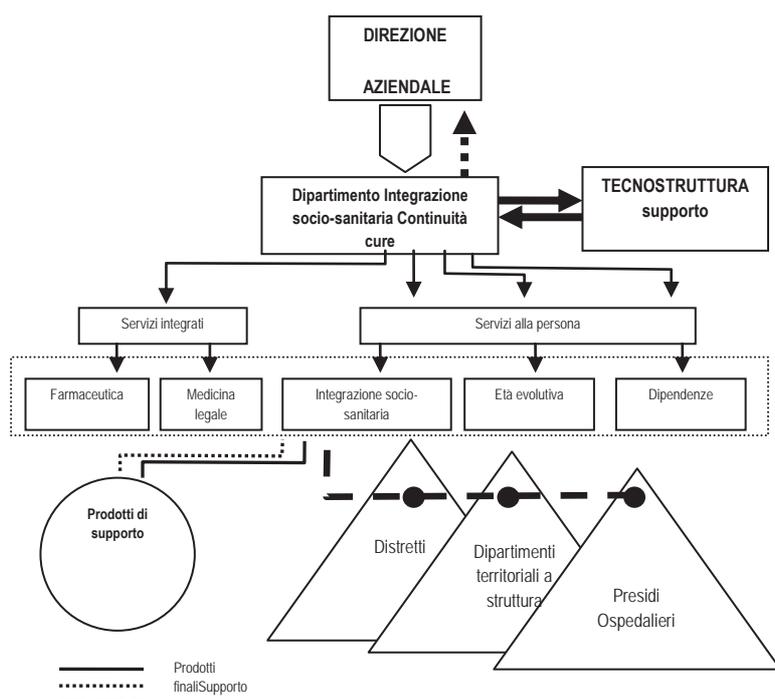
- specificità disciplinare
- afferenza trasversale alle diverse macrostrutture territoriali e ospedaliere
- esigenza di una quota di gestione centralizzata per specificità e dimensioni
- esigenza di un forte coordinamento centrale per garantire la omogeneità della quota di interventi
- affidati alle macrostrutture.

A partire da queste caratteristiche condivise è possibile distinguere due ub-aree una connotata da una dimensione di servizio alle altre macrostrutture e alla popolazione ed una con compiti di gestione diretta di quote di assistenza e di coordinamento centrale sull'assistenza erogata nelle macrostrutture di produzione:

- Farmaceutica e dispositivi
- Gestione contratti Farmacie convenzionate
- Medicina Legale
- Integrazione socio-sanitaria
- Interventi integrati in età evolutiva
- Dipendenze
- Gestione della specialistica ambulatoriale in convenzione

Questo modello organizzativo intende conciliare le responsabilità di coordinamento di supporto con responsabilità operative dirette. A titolo esemplificativo nella funzione centralizzata "Dipendenze" si definiscono una serie di responsabilità dirette, gestione di interventi innovativi, sviluppo di procedure e di logiche di funzionamento e attività di coordinamento sugli interventi di gestione dei pazienti con dipendenza che sono affidati ai livelli di organizzazione territoriale (Fig. 8).

Fig. 8 Dipartimento Integrazione socio-sanitaria e continuità delle cure



Il Dipartimento per la Continuità e l'Integrazione è dunque connotato da una serie di funzioni trasversali:

- La produzione finale di attività di servizio e di assistenza che per la loro natura vengono concentrate e rese disponibili a tutte le articolazioni aziendali
- Lo svolgimento di funzioni di coordinamento su attività di produzione che rimangono attribuite ad altre strutture aziendali e che sono replicate in più strutture aziendali necessitando pertanto di una costante verifica di omogeneità e del rispetto di standard unitari di qualità
- La facilitazione alla gestione di percorsi che possono riguardare più articolazioni aziendali

Per esprimere il loro ruolo in termini diversi le strutture del Dipartimento svolgono contemporaneamente compiti di produzione e compiti di sostegno alla committenza lasciando alle funzioni di staff sia i livelli della programmazione strategica che quelli della valutazione.

Considerazioni generali per la tecnostruttura

In linea di massima, i compiti della tecnostruttura, compresi quelli del Dipartimento per l'integrazione e la continuità delle cure, non sono gerarchicamente sovraordinati alle unità organizzative operanti nelle macrostrutture e nei dipartimenti territoriali e, di conseguenza, la responsabilità della gestione, l'assegnazione e l'impiego delle risorse sono affidate al livello locale.

Le risorse assegnate alle unità organizzative della tecnostruttura sono dunque quelle necessarie al loro funzionamento e alla gestione delle attività di produzione e di coordinamento specificamente affidate. È pure possibile, nella fase di avvio o nella gestione di programmi di interesse aziendale che richiedano la partecipazione di più articolazioni operative periferiche, affidare la gestione di questi programmi integrati direttamente alla unità organizzativa di coordinamento della tecnostruttura: in questi casi le risorse assegnate alla unità di coordinamento sono concordate nella discussione di budget con i dipartimenti che ordinariamente ne dispongono e sono affidate alla gestione della unità di coordinamento esclusivamente ai fini della gestione del programma.

La responsabilità delle Unità Operative della tecnostruttura può essere affidata attraverso motivate procedure di selezione a dirigenti dell'Azienda o può essere affidata a professionisti assunti dall'Azienda a questo fine, attraverso le procedure di reclutamento per la dirigenza disciplinate dalle norme e dai contratti. Gli incarichi di coordinamento individuati all'interno della tecnostruttura sono attribuiti a dirigenti dell'azienda di adeguata professionalità ed esperienza nei rispettivi ambiti professionali che siano già detentori di altri incarichi di responsabilità.

Art. 15

I Distretti

I distretti sono articolazioni territoriali dell'Azienda, dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, nei limiti delle risorse assegnate. I distretti sono macrostrutture autonome,

I distretti rappresentano le macro-articolazioni organizzative attraverso le quali l'Azienda decentra in ambiti territoriali caratterizzati da dimensioni demografiche adeguate a queste finalità e da una sufficiente unitarietà geografica, alcuni elementi delle sue funzioni di governo, di acquisto e di produzione.

In relazione a quanto sopra, il distretto, nei limiti e alle condizioni definite dai programmi aziendali e secondo le procedure stabilite dall'Azienda:

- concorre all'analisi dello stato di salute della popolazione residente e dei suoi bisogni in collaborazione con l'unità organizzativa aziendale per la valutazione;
- concorre a definire le risorse necessarie alla erogazione ai suoi residenti delle prestazioni che non vengono erogate direttamente a livello distrettuale;

- concorre a definire all'interno della discussione di budget il piano annuale delle sue attività e gli obiettivi specifici che devono essere raggiunti;
- gestisce autonomamente, con il coordinamento aziendale, le risorse destinate al funzionamento delle attività assistenziali direttamente erogate;
- gestisce autonomamente con il coordinamento aziendale l'integrazione a livello locale dei livelli di assistenza, la continuità assistenziale e il governo clinico;
- gestisce autonomamente con il coordinamento aziendale l'integrazione a livello locale dell'assistenza sociale e di quella sanitaria concorrendo alla predisposizione e all'attuazione dei piani di zona.

La gestione del budget di distretto e la contabilità per i centri di costo distrettuali, si configurano come una gestione e una contabilità distinta, all'interno del bilancio aziendale, anche quando queste attività vengano svolte a livello centrale. Da questo punto di vista l'Azienda dovrà definire e rendere operative le procedure di gestione del budget distrettuale, e stabilire la necessaria omogeneità delle procedure presso i diversi distretti. Potrà essere prevista la centralizzazione di alcune attività di gestione contabile dei distretti, mantenendo a livello periferico compiti operativi non gestibili a livello centrale.

In una simile prospettiva, l'articolazione organizzativa dei distretti deve in linea di massima prevedere:

- una forte funzione di direzione di distretto, che stabilisca il raccordo tra il governo aziendale e il governo distrettuale;
- una direzione di tutte le attività di erogazione dell'assistenza specifiche del distretto;
- la direzione e il coordinamento dell'integrazione socio-sanitaria;
- una responsabilità di direzione per le professioni sanitarie non mediche;
- una responsabilità decentrata per la gestione amministrativa;

Il livello di responsabilità da riconoscere alle articolazioni organizzative distrettuali varierà a seconda della complessità del distretto, del suo ruolo nei piani aziendali e del suo ruolo nell'erogazione diretta dell'assistenza.

15.1 Direzione di distretto

Il Distretto si configura come una struttura assimilabile ad un Dipartimento.

Alla Direzione di Distretto sono quindi affidati i seguenti compiti:

- programmazione, organizzazione e coordinamento, secondo le indicazioni strategiche e gli indirizzi dell'Azienda delle linee di attività affidate al Distretto e del budget di distretto
- gestione delle risorse attribuite al Distretto ed in particolare:
 - o risorse umane direttamente assegnate, con esclusione di quelle amministrative che rimangono in capo alla UOC Direzione Amministrativa dei Distretti
 - o risorse strumentali tecniche e patrimoniali direttamente assegnate
 - o contratti per beni e servizi
- gestione della infrastruttura informativa e logistica del Distretto
- messa a disposizione delle diverse UOC del Distretto, sulla base dei programmi di attività annuali e della discussione di budget, delle risorse umane, tecniche e strumentali direttamente affidate o derivanti da contratti con fornitori esterni che sono necessarie alla attività delle strutture distrettuali
- mantenimento del raccordo tra il governo aziendale e il governo distrettuale
- mantenimento dei rapporti con le istituzioni locali
- mantenimento dei rapporti con le espressioni organizzate della comunità e con le associazioni di volontariato,

Nello svolgimento di questi compiti sarà cura della Direzione di Distretto assicurare:

- il coordinamento locale delle attività di governo clinico e il rapporto con la medicina generale;
- il coordinamento locale della produzione diretta di prestazioni ambulatoriali e il rapporto con la specialistica ambulatoriale convenzionata;

- il coordinamento locale per i programmi di prevenzione e assistenza oncologica;
- il coordinamento locale per la cronicità, la fragilità e la non autosufficienza e l'integrazione socio-sanitaria;
- il coordinamento locale dell'assistenza al percorso nascita e ai problemi sanitari materno-infantili;
- la gestione degli interventi per le dipendenze;
- l'assistenza farmaceutica;
- il sostegno alle attività di medicina legale centralizzate e lo svolgimento delle attività medico-legali decentrate;
- la direzione delle professioni sanitarie non mediche attraverso una articolazione organizzativa della Direzione di Distretto specificamente preposta.
- Il raccordo con la UOC Direzione Amministrativa dei Distretti

Il riconoscimento al distretto di valenza dipartimentale, nel distinguere la direzione del distretto dalla direzione delle UUOCC che ne fanno parte, consente di rendere più flessibile l'organizzazione della macrostruttura assicurando una capacità di gestione immediata coerente con la complessità ed il peso dei compiti affidati, e nello stesso tempo, non ostacolando la futura riagggregazione dei distretti per Municipio prevista dai Piani Operativi della Programmazione Regionale.

15.2 Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

Presso ogni distretto è costituito un Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali come sede permanente di confronto interno al distretto e tra le articolazioni operative del distretto e i professionisti che operano nel distretto, con l'obiettivo di concordare e verificare i programmi di attività del distretto e la loro corrispondenza con le indicazioni programmatiche dell'Azienda.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è costituito con provvedimento del direttore di distretto. Con lo stesso provvedimento sono previste le modalità di funzionamento dell'Ufficio stesso.

15.3 Strutture amministrativo-contabili distrettuali

Al fine di garantire l'autonomia economico-finanziaria dei distretti, prevista dall'articolo 3 quater del D.lgs 502/1992 e per coadiuvare il direttore di distretto nella gestione del distretto e del relativo budget, sono istituite specifiche strutture amministrativo-contabili distrettuali, con i seguenti compiti:

1. curare la gestione decentrata delle attività amministrative in conformità ai regolamenti interni di organizzazione delle aree dipartimentali della Tecnostruttura centrale;
2. fornire diretto supporto alle attività distrettuali per il perseguimento dei relativi obiettivi, progetti ed azioni.

Tali strutture amministrativo-contabili sono poste alle dipendenze della struttura centrale di Direzione Amministrativa dei Distretti e sono funzionalmente integrate con la Direzione di Distretto.

Le strutture amministrativo-contabili possono essere istituite anche a supporto di più distretti (Fig.9)

15.4 Considerazioni generali sull'assetto distrettuale e norme transitorie

Il distretto assume dunque sia funzioni di governo e di committenza che funzioni dirette di produzione. L'articolazione di queste funzioni si differenzia nei diversi distretti in ragione del ruolo assunto nell'erogazione delle prestazioni.

Le funzioni assistenziali svolte direttamente dal distretto anche attraverso l'utilizzazione di professionisti di altre strutture aziendali oppure di professionisti con rapporto di convenzione o di collaborazione con l'azienda, possono includere anche la gestione di strutture residenziali (Casa della Salute, presidi territoriali, residenze sanitarie assistenziali -RSA).

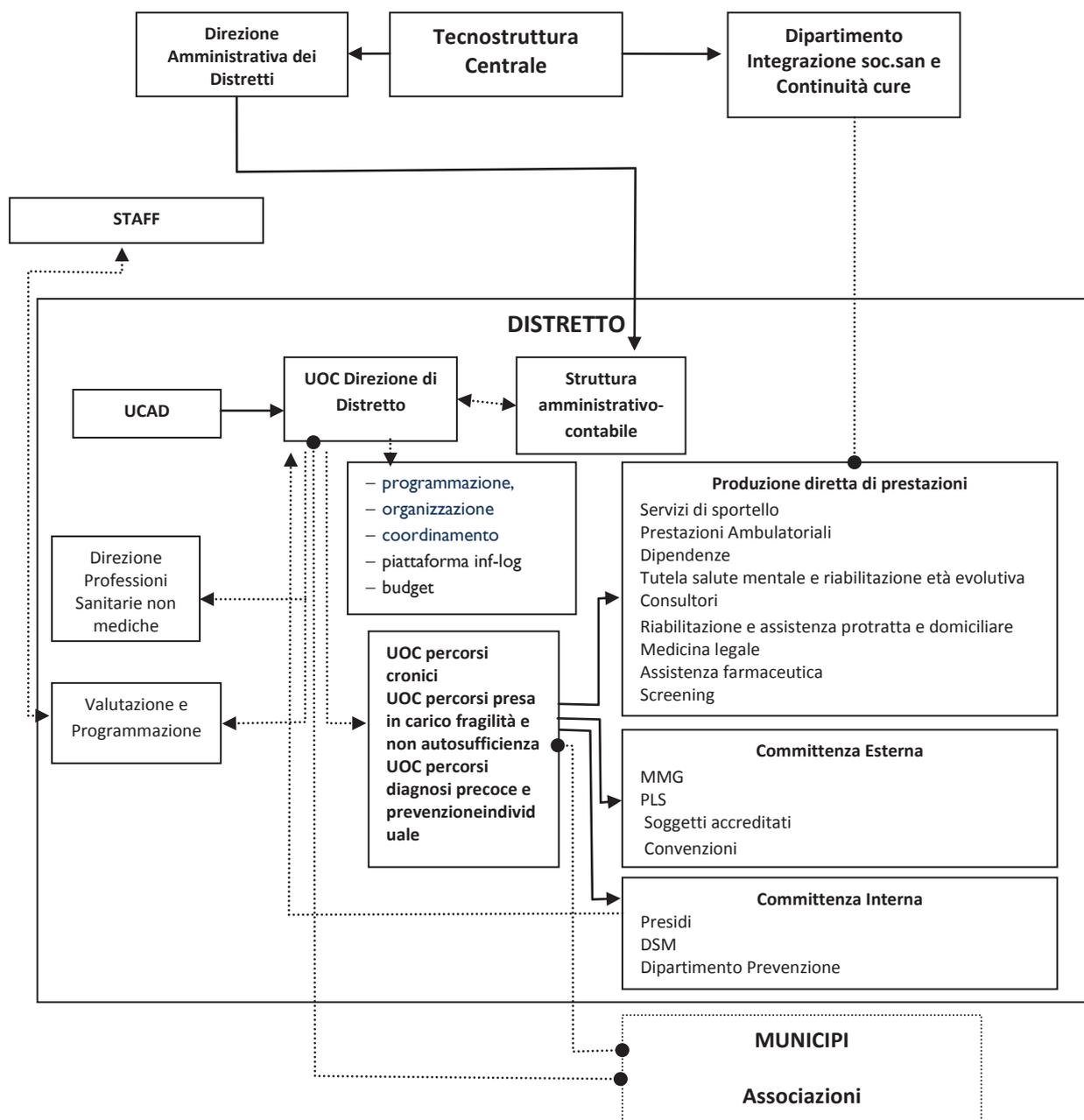
In questi casi sarà impegno specifico del distretto realizzare una stretta integrazione tra le attività residenziali, le attività semiresidenziali, le attività ambulatoriali e l'assistenza domiciliare. L'insieme delle diverse attività direttamente gestite definisce lo specifico profilo organizzativo di ciascun distretto e la corrispondente individuazione delle strutture e degli incarichi professionali.

In ogni caso, in ciascun distretto sono individuate responsabilità specifiche per:

- la gestione tecnico-organizzativa e logistica
- la gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
- la gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosufficienza
- la gestione dei percorsi di diagnosi precoce e di prevenzione individuale

All'interno del Distretto vengono inoltre individuati in modo esplicito specifici percorsi di tutela, di assistenza e di presa in carico relativi all'area materno infantile, alla tutela salute riproduttiva alla prevenzione e al riconoscimento precoce dei problemi della genitorialità e dello sviluppo. La erogazione di questi percorsi e la loro integrazione con la dimensione sociale sono ricondotte a specifiche responsabilità di gestione con l'attribuzione di risorse dedicate e specifici obiettivi di processo e di risultato. Le modalità di individuazione dei percorsi, le procedure per la loro gestione e i criteri per la loro valutazione sono parte integrante della programmazione aziendale e dei piani annuali di attività territoriale.

Fig. 9 I Distretti



Questa impostazione dell'assetto distrettuale viene ovviamente replicata in tutti i Distretti dell'Azienda con modulazioni locali che dipendono dalle caratteristiche specifiche da ciascun Distretto possedute.

È evidente, da questo punto di vista, il problema posto all'azienda dalla necessità di preservare un robusto tessuto organizzativo anche per quella parte del territorio aziendale che confluirà nella ASL RMB al termine del processo di riassetto e di non trascurare le esigenze con le quali la ASL RMC si dovrà confrontare quando, contemporaneamente, parte del territorio attualmente afferente alla ASL RMB confluirà in questa azienda.

Per il primo caso si è ritenuto opportuna la individuazione in via provvisoria delle responsabilità operative in grado di consentire la gestione delle attività in corso, pur senza configurarle come Unità Operative formalmente strutturate, e la riconduzione di queste responsabilità direttamente alla Direzione Sanitaria Aziendale o un suo delegato, senza perciò prevedere una UOC Direzione di Distretto.

Le responsabilità della dirigenza medica che verranno affidate per il mantenimento dei livelli necessari di attività riguarderanno il particolare:

- Il coordinamento generale delle attività per l'avvio della Casa della Salute S. Caterina della Rosa
- Il coordinamento delle attività di gestione delle sale operatorie presso la Casa della Salute S. Caterina della Rosa
- Il coordinamento delle attività di gestione tecnico-igienico-sanitaria delle strutture distrettuali inclusi i poliambulatori

Per il secondo caso, considerando le dimensioni dell'area e la numerosità della popolazione che confluiranno nella ASL RMC ci si riserva di considerare, in fase di riassetto, la istituzione di nuove U.O. mantenendo ovviamente il loro numero complessivo nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Art. 16

I Presidi ospedalieri

I presidi ospedalieri rappresentano le macro-articolazioni organizzative alle quali l'Azienda affida la gestione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie all'interno di un quadro programmatico aziendale che:

- a. valorizza la capacità dei presidi di fornire assistenza specialistica di elevata qualità e di elevata complessità;
- b. inserisce la capacità di erogazione degli ospedali all'interno dei percorsi integrati di assistenza e di continuità di cure;
- c. considera le competenze sviluppate e mantenute nei presidi come una risorsa per tutto il sistema di erogazione aziendale;
- d. integra i presidi nel territorio definendo il loro bacino di utenza prioritario;
- e. identifica ruoli differenziati per i diversi presidi al fine di:
 - assicurare il funzionamento a rete del sistema ospedaliero aziendale evitando sovrapposizioni e duplicazioni;
 - concentrare le funzioni di eccellenza e di alta specialità per garantirne la qualità;
 - determinare un'assunzione di responsabilità verso l'utente del sistema ospedaliero nel suo complesso superando ogni presunzione di autosufficienza e ogni forma di isolamento da parte delle strutture;
 - garantire che lo sviluppo di reti professionali interospedaliere assicuri omogeneità nei trattamenti, logiche condivise di gestione e di riferimento dei casi, continuità nella erogazione dell'assistenza.

Sulla base di questi presupposti e tenuto conto delle differenze che in base al Piano strategico aziendale e alle indicazioni programmatiche della Regione distinguono il Presidio S.Eugenio dal Presidio CTO una comune matrice organizzativa assumerà caratteristiche e articolazioni differenziate nei due presidi per adeguarsi alla loro complessità e alle loro finalità.

I caratteri fondamentali di questa matrice organizzativa sono:

- la distinzione tra attività diurna e ricovero ordinario e tra elezione e urgenza;
- la definizione di aree omogenee di degenza per livello di intensità assistenziale;
- la aggregazione delle specialità in dipartimenti con rilevanti responsabilità gestionali e organizzative;
- la individuazione di forme di coordinamento interdipartimentale per il governo clinico e la continuità dei percorsi di assistenza;
- una responsabilità di direzione per le professioni sanitarie non mediche;
- una responsabilità decentrata per la gestione amministrativa.

Il livello di responsabilità da riconoscere alle diverse unità organizzative che si inseriscono in questa matrice varierà a seconda della complessità della struttura e della linea di attività.

Nella definizione dell'articolazione dipartimentale si tiene in particolare conto:

- dei livelli di intensità assistenziale
- della pluralità disciplinare
- della gestione integrata dei percorsi di cura

A questo riguarda per l'ospedale Sant'Eugenio è stato individuato un Dipartimento dedicato alla gestione del paziente critico, di elezione e di urgenza, un dipartimento dedicato alla fase postcritica e alla continuità assistenziale e un dipartimento collegato alle funzioni tecniche e di supporto alle funzioni di cura.

Per quanto riguarda invece il CTO si è individuato un ulteriore dipartimento che comprende il ciclo della assistenza in acuzie e della presa in carico sottolineando la nuova funzione assistenziale del presidio.

Presso il CTO non residuano attività di emergenza-urgenza mentre continua ad essere ospitata presso la struttura il PPI collegato con le attività distrettuali di continuità delle cure.

16.1 Direzione Medica di Presidio

La Direzione Medica di Presidio si configura come una struttura complessa che accanto ai compiti organizzativi e igienico sanitari, stabilisce il raccordo tra il governo aziendale e il governo ospedaliero, rappresentando e sostenendo la impostazione programmatica dell'Azienda in particolare per quanto riguarda:

-la gestione e la programmazione delle funzioni logistiche affidate al Presidio:

- l'organizzazione delle sale operatorie
- l'organizzazione delle attività di ricovero a carattere diurno
- le attività ambulatoriali incluse quelle in LP
- la gestione dei Posti letto per le diverse aree di ricovero

-le attività di valutazione e la gestione del rischio clinico in collegamento con le rispondenti funzioni in staff;

-il coordinamento locale delle attività di governo clinico;

-il coordinamento locale dei dipartimenti assistenziali;

-la direzione delle professioni sanitarie non mediche.

Il Direttore Medico di Presidio, oltre ad essere responsabile degli aspetti igienico-sanitari e dell'organizzazione complessiva dell'attività del presidio, partecipa alla discussione di budget insieme ai dipartimenti del presidio e concorda con i direttori di dipartimento e con la Direzione aziendale il budget dei progetti di coordinamento interdipartimentale.

16.2 Area di coordinamento sub-dipartimentale

La Direzione aziendale, sentito il Collegio di Direzione, attribuisce incarichi di coordinamento sub-dipartimentale nei casi in cui sia necessario valorizzare specificità disciplinare che rischiano di essere eccessivamente diluite. Da questo punto di vista si individuano quali criteri fondamentali di possibile identificazione dell'area sub-dipartimentale:

- la disciplina;
- il percorso integrato di assistenza.

Gli incarichi di coordinamento sub-dipartimentale possono essere affidati solo a dirigenti di struttura complessa.

16.3 Segreteria dei dipartimenti e delle aree interdipartimentali di coordinamento

È istituita presso la Direzione sanitaria di ciascun presidio una segreteria dei dipartimenti e delle aree sub-dipartimentali con il compito di svolgere, secondo le indicazioni dei relativi responsabili, le attività di supporto, di segreteria amministrativa e di assistenza necessarie al funzionamento del dipartimento o dell'area.

16.4 Consulta interdipartimentale per il Governo Clinico

È istituita presso ciascun presidio una Consulta interdipartimentale per il governo del presidio della quale sono componenti:

- il direttore medico di presidio;
- i direttori di dipartimento
- i responsabili delle eventuali aree sub-dipartimentali.
- il responsabile della UOS Professioni Sanitarie non mediche

Il direttore medico di presidio svolge le funzioni di presidente.

Sono compiti della Consulta interdipartimentale di presidio:

- la gestione dei rapporti tra i dipartimenti;

Una particolare attenzione deve essere in questo contesto dedicata alle relazioni funzionali intrattenute da quelle UOS che sono collocate in Dipartimenti diversi da quelli delle UOC di riferimento.

- la discussione del budget dei progetti di coordinamento interdipartimentale;
- la gestione delle attività integrate tra dipartimenti
- Le modalità di funzionamento della Consulta sono stabilite in un apposito regolamento.

16.5 Strutture amministrativo-contabili di presidio

Al fine di garantire l'autonomia economico-finanziaria dei presidi ospedalieri prevista dall'articolo 4, comma 9, del D.lgs 502/1992, a supporto del direttore di presidio nella gestione dello stesso e del relativo budget, sono istituite specifiche strutture amministrativo-contabili di presidio, affidate a dirigenti amministrativi, con i seguenti compiti:

- curare la gestione decentrata delle attività amministrative in conformità ai regolamenti interni di organizzazione delle aree dipartimentali della tecnostruttura centrale;
- fornire diretto supporto alle attività del presidio ospedaliero per il perseguimento dei relativi obiettivi, progetti ed azioni.

16.6 Organizzazione Ospedaliera e Reti Regionali di assistenza

Considerato il ruolo svolto dall'area ospedaliera della ASL RMC nel contesto complessivo della programmazione regionale, in particolare per quanto riguarda la gestione delle emergenze e dell'assistenza specialistica, il Presidio S.Eugenio e il Presidio CTO, come specificato nel Piano Strategico aziendale, assumono funzioni articolate e differenziate coerenti con la presenza presso il S.Eugenio di un DEA di 1° livello e presso il CTO di un centro di riferimento regionale per la chirurgia ripartiva e ricostruttiva, la riabilitazione e l'assistenza alle lesioni midollari.

In questa prospettiva si inseriscono presso il S.Eugenio:

- una linea di attività dedicata per l'emergenza coronarica, UTIC-Emodinamica
- una linea di attività dedicata per l'emergenza cerebrovascolare, Stroke Unit
- il centro regionale per il trattamento delle ustioni
- il centro regionale per la talassemia e altre malattie rare dei globuli rossi

- una linea di attività dedicata per la gestione integrata della Sclerosi Multipla che possa assumere compiti di riferimento aziendale

Analogamente si inseriscono presso il CTO:

- una linea di attività dedicata per la protesizzazione avanzata e la ri protesizzazione
- linee di attività dedicate per le sottospecialità ortopediche
- il centro regionale Unità Spinale con le specialità chirurgiche e mediche collegate alla gestione delle lesioni midollari
- una linea di attività dedicata alla chirurgia della mano con responsabilità di sostegno alla emergenza regionale e di riferimento per la ricostruzione secondaria
- linee di attività dedicate alla riabilitazione in una prospettiva di ricapacitazione funzionale, e di restituzione dell'autonomia, in collaborazione con l'INAIL
- una linea di attività neurochirurgica dedicata agli impianti neurali

Art. 17

I Dipartimenti territoriali a struttura

17.1 Il Dipartimento di Salute Mentale

L'Azienda considera la salute mentale dei suoi residenti come un'area fondamentale d'intervento nella quale coniugare capacità di cura e capacità di inclusione sociale. L'approccio dell'Azienda alla salute mentale non può pertanto essere, anche nei suoi aspetti organizzativi, un approccio di tipo difensivo o protettivo, connotato dalla separazione e dall'allontanamento dal contesto sociale.

Il sistema aziendale della salute mentale, nel riconoscere la specificità della disciplina e la necessità delle sue articolazioni specialistiche, deve necessariamente costruire una costante integrazione dei livelli di cura e delle modalità di presa in carico assicurando:

- il radicamento degli interventi nel territorio e nella comunità di appartenenza dei pazienti;
- la completa integrazione degli eventuali eventi critici nella presa in carico complessiva e dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) nell'assistenza territoriale, tenendo comunque conto nell'articolazione organizzativa del ruolo svolto da parte di SPDC aziendali nel trattamento degli eventi critici di pazienti che non risiedono nel territorio dell'ASL Roma C.
- lo sviluppo di modalità di presa in carico sulle 24 ore dei pazienti scompensati all'interno dei CSM territoriali
- la costruzione dei percorsi di cura intorno alle esigenze dei pazienti piuttosto che alle modalità di funzionamento delle strutture;
- l'omogeneità delle competenze e dei modelli di gestione terapeutica con l'eliminazione di ogni forma di esclusione e di stigmatizzazione sociale.

Un simile percorso non può prescindere da un rapporto sempre più stretto con il contesto sociale e familiare nel quale si determinano le condizioni di disagio e di sofferenza, anche attraverso una costante interlocuzione con la Consulta Dipartimentale per la salute mentale.

In questa prospettiva sono riconosciuti come momenti particolarmente critici nella genesi, nello sviluppo e nel consolidamento dei problemi della salute mentale:

- le fasi dell'adolescenza e del passaggio dall'adolescenza all'età adulta;
- la gestione delle condizioni psichiche di confine ed in particolare i disturbi del comportamento alimentare;
- la gestione dei disturbi psichici consolidati;
- la valutazione e la gestione specifica delle condizioni psichiche collegate all'invecchiamento.

Il Dipartimento di Salute Mentale è, in particolare, responsabile nei confronti dei soggetti in età adulta per:

- a. la valutazione delle situazioni ambientali o familiari che possono recare pregiudizio alla salute mentale;
- b. la valutazione dei soggetti a rischio o con condizioni di instabilità psichica;

- c. la cura e la presa in carico integrata a livello territoriale dei pazienti con disturbi psichici attraverso:
- la piena utilizzazione delle strutture semiresidenziali;
 - l'espansione dell'assistenza domiciliare e delle diverse forme di continuità assistenziale, diurna e notturna;
 - il potenziamento di una residenzialità alternativa, promuovendo l'integrazione e la collaborazione con gli enti locali interessati;
 - la sperimentazione di modelli innovativi di imprese sociali che restituiscano ai pazienti anche la dignità di un ruolo sociale attivo e produttivo;
 - l'integrazione degli servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) nell'assistenza territoriale, con il progressivo superamento della loro individuazione come UOC Ospedaliere e la loro assimilazione, anche organizzativa, all'interno della dimensione territoriale.

Il Dipartimento di salute mentale prevede le forme di collegamento della Consulta Dipartimentale per la salute mentale con le attività del comitato di dipartimento.

Comitato di dipartimento

È costituito un Comitato di dipartimento composto da:

- il direttore del dipartimento con funzioni di presidente
- i direttori di struttura complessa
- i dirigenti delle strutture semplici dipartimentali;
- i responsabili dipartimentali dell'area infermieristica, della riabilitazione, dell'assistenza sociale ove previsti nel dipartimento;
- i dirigenti medici e sanitari in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto eletti dai dirigenti del dipartimento.

Le modalità di individuazione dei componenti del Comitato di dipartimento di cui alla lettera d) e di elezione dei componenti di cui alla lettera e), che durano in carica tre anni, nonché le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti nel regolamento del Dipartimento.

Sono compiti del Comitato di dipartimento:

- a. la discussione del budget di dipartimento;
- b. la discussione del budget delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e del budget dei progetti dipartimentali affidati a responsabili di coordinamento dipartimentale;
- c. la discussione delle modalità organizzative finalizzate a garantire la maggiore possibile efficienza operativa delle strutture afferenti e la loro definizione;
- d. la discussione e la definizione delle proposte di formazione e di aggiornamento professionale da proporre alla Direzione aziendale;
- e. la discussione e la definizione di progetti di ricerca realizzabili all'interno del dipartimento da proporre alla Direzione aziendale.

Direttore di dipartimento

Sono compiti del direttore del dipartimento:

- a. coordinare le attività e le risorse affinché le strutture afferenti al dipartimento svolgano a pieno i compiti ad esso affidati dalla vigente normativa secondo criteri di integrazione e adottino programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee, in conformità alle linee organizzative definite in seno al Comitato di dipartimento;
- b. partecipare alla discussione di budget con la Direzione aziendale per i piani annuali di attività delle strutture afferenti e il complesso delle risorse necessarie alla loro realizzazione;
- c. concordare con i responsabili delle unità organizzative incluse nel dipartimento i piani annuali di attività e la ripartizione delle risorse assegnate al dipartimento;
- d. garantire la migliore possibile organizzazione sia a livello centrale che a livello territoriale, la maggiore possibile efficienza operativa delle strutture afferenti al dipartimento e la qualità dei servizi;

- e. promuovere l'integrazione delle attività del dipartimento con i servizi socio-assistenziali degli enti locali nonché la collaborazione, in relazione alle specifiche attività dei dipartimenti, con il sistema giudiziario, il sistema scolastico, le associazioni delle famiglie e le organizzazioni del terzo settore;
- f. garantire le risorse eventualmente necessarie per attività svolte o coordinate dalle unità organizzative di coordinamento della tecnostruttura centrale;
- g. promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale del personale in collegamento con l'unità organizzativa per la formazione della Tecnostruttura centrale e assicurare la realizzazione dei piani di formazione;
- h. assicurare lo svolgimento delle attività didattiche per i corsi di laurea e di specializzazione che coinvolgono il dipartimento;
- i. -proporre progetti di ricerca realizzabili all'interno del dipartimento e garantirne lo svolgimento

Il direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato, di norma, nell'ambito di una rosa di nominativi espressi dal Comitato di dipartimento.

Il direttore rappresenta il dipartimento, per quanto di competenza, nei rapporti con istituzioni, amministrazioni e società civile.

Il dipartimento, essendo un dipartimento dotato di autonomia tecnico-gestionale, si avvale di una struttura amministrativa di coordinamento e responsabilità in collegamento con l'area Governo dei contratti

Con appositi regolamenti sono previsti, tenuto conto della vigente normativa nazionale e regionale in materia, l'organizzazione e le modalità di funzionamento dei dipartimenti, i compiti delle singole strutture ad esso afferenti, le modalità di svolgimento delle attività a livello territoriale decentrato, l'integrazione con i distretti, l'organizzazione delle attività di supporto amministrativo contabile al dipartimento, nonché i collegamenti con le altre strutture aziendali e con i soggetti istituzionali esterni all'Azienda, con particolare riferimento ai servizi socio-assistenziali degli enti locali.

Nei predetti regolamenti devono essere in modo esplicito descritti i rapporti di collaborazione con le strutture responsabili della salute mentale nell'infanzia con particolare riferimento agli interventi che si rendessero congiuntamente necessari ad assicurare la continuità assistenziale nel passaggio alla età adulta.

L'assetto del Dipartimento di Salute Mentale è caratterizzato da un diretto collegamento con il territorio e quindi con l'articolazione distrettuale. Si ripropongono, in questo senso, le problematiche già considerate nell'affrontare la organizzazione dei distretti per quanto riguarda la necessità di preservare un robusto tessuto organizzativo anche per quella parte del territorio aziendale che confluirà nella ASL RMB al termine del processo di riassetto e di non trascurare le esigenze con le quali la ASL RMC si dovrà confrontare quando, contemporaneamente, parte del territorio attualmente afferente alla ASL RMB confluirà in questa azienda.

Per il primo caso si è ritenuto opportuna la individuazione in via provvisoria delle responsabilità operative in grado di consentire la gestione delle attività in corso, pur senza configurarle come Unità Operative formalmente strutturate, e la riconduzione di queste responsabilità direttamente alla Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, che le esercita attraverso un suo delegato, senza perciò prevedere una UOC territorialmente competente.

Le responsabilità della dirigenza medica che verranno affidate per il mantenimento dei livelli necessari di attività e di assistenza riguarderanno in particolare:

- Il funzionamento del CSM incluse le strutture direttamente gestite.
- Il coordinamento e la supervisione delle attività di assistenza affidate
- Il coordinamento dei percorsi integrati di cura, di presa in carico e di reinserimento

Per il secondo caso, considerando le dimensioni dell'area e la numerosità della popolazione che confluiranno nella ASL RMC ci si riserva di considerare, in fase di riassetto, la istituzione di nuove U.O. mantenendo ovviamente il loro numero complessivo nei limiti previsti dalla normativa vigente.

17.2 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la macrostruttura aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e contrastare le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Il Dipartimento di prevenzione si configura come dipartimento a struttura ed è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile, nell'ambito del sistema di gestione per obiettivi.

Il Dipartimento di prevenzione, tenuto conto di quanto disposto dal d.lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29.11.2001, e della normativa emanata dalla regione è tenuto a svolgere in forma integrata, tanto al suo interno che nel rapporto con le altre macrostrutture aziendali e gli attori istituzionali e non istituzionali interessati, le seguenti funzioni:

- *l'igiene e sanità pubblica*, che comprende tutti gli interventi di promozione della salute, di educazione alla salute e di contrasto ai fattori di rischio comportamentali e ambientali. Sono compresi in questo novero i rischi sanitari connessi agli ambienti di vita, ivi compresi gli ambienti domestici e le strade, nonché i rischi connessi al funzionamento delle strutture sanitarie;
- *l'igiene degli alimenti e nutrizione* (secondo quanto previsto dal DM 16/10/1998)
- *la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale*;
- *la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro*, comprendente i controlli impiantistici preventivi e periodici (non di competenza ASL), nonché la verifica dei rischi connessi alla presenza di agenti chimici, fisici, biologici ed ergonomici;
- *la sanità pubblica veterinaria*. Che comprende sia l'igiene degli Alimenti e delle produzioni primarie sia la sanità animale
- *igiene edilizia e acque potabili*

L'Area della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria integra le funzioni delle Unità organizzative veterinarie e di quella di Igiene degli alimenti e nutrizione.

La riconoscibilità all'interno del Dipartimento di funzioni interconnesse e finalizzate ad assicurare la sicurezza degli alimenti destinati al consumo umano rende opportuno istituire all'interno del Dipartimento un'area dedicata che viene definita Area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare (D.Lgs n.158 del 13/9/2012) e che comprende SIAN, Sanità animale, Igiene produzione alimenti di origine animale, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le funzioni di vigilanza e ispezione che il Dipartimento di prevenzione esercita, al fine di svolgere in modo efficace ed efficiente le sue funzioni, sono svolte in modo coordinato, integrato e multidisciplinare da parte del Dipartimento e dai suoi operatori, in relazione alle rispettive professionalità, secondo principi di imparzialità e trasparenza e in base alle vigenti normative e ottimizzando l'uso delle risorse disponibili attraverso modalità e programmi concordati nell'ambito del Comitato di dipartimento.

Il Dipartimento di prevenzione si avvale del supporto tecnico e analitico dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale (ARPA) con la quale opera in rapporto di collaborazione come previsto dalla vigente normativa. Il Dipartimento di prevenzione si avvale, inoltre, del supporto tecnico, analitico e scientifico dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio e della Toscana.

La comprensione crescente delle cause e dei fattori di rischio delle malattie e della loro evoluzione nel tempo ha fatto entrare con forza la prevenzione nella clinica. Questo legame così stretto tra la salute e i suoi determinanti, tra la clinica e la prevenzione stenta ad entrare nella gestione di un'Azienda Sanitaria Locale e le attività di prevenzione tendono ad essere spesso disarticolate o isolate dalle altre attività aziendali.

È indispensabile che il Dipartimento di Prevenzione stabilisca rapporti sempre più stretti e integrati, sia sul piano organizzativo che su quello della gestione dei progetti e delle iniziative di sanità pubblica, con l'insieme delle articolazioni aziendali, mantenendo ovviamente le garanzie di terzietà e di autonomia che sono proprie di alcune delle sue attività.

Per rafforzare questa evoluzione è necessario porre il Dipartimento di Prevenzione al centro dei percorsi di assistenza e di tutela della salute ed è questa centralità che deve connotare il funzionamento del Dipartimento di Prevenzione rafforzando il rapporto tra prevenzione e sanità pubblica e valorizzando la continuità tra prevenzione primaria, prevenzione secondaria, gestione clinica degli eventi e riabilitazione.

Comitato di dipartimento

Presso il Dipartimento di prevenzione è costituito un Comitato di dipartimento composto da:

- a. il direttore del dipartimento con funzioni di presidente;
- b. i direttori di struttura complessa;
- c. i dirigenti delle strutture semplici dipartimentali;
- d. i responsabili dipartimentali dell'area infermieristica, della riabilitazione, dell'assistenza sociale ove previsti nel dipartimento
- e. due responsabili dipartimentali dell'area di vigilanza e ispezione;
- f. dirigenti medici e veterinari in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto eletti dai dirigenti del dipartimento.

Le modalità di individuazione dei componenti del Comitato di dipartimento di cui alla lettera e) e di elezione dei componenti di cui alla lettera f), che durano in carica tre anni, nonché le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti nel regolamento del Dipartimento.

Sono compiti del Comitato di dipartimento:

- a. la discussione del budget di dipartimento;
- b. la discussione del budget delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e del budget dei progetti dipartimentali affidati a responsabili di coordinamento dipartimentale;
- c. la discussione delle modalità organizzative finalizzate a garantire la maggiore possibile efficienza operativa delle strutture afferenti e la loro definizione;
- d. la discussione e la definizione delle modalità per lo svolgimento delle attività di vigilanza proprie del dipartimento;
- e. la discussione e la definizione delle proposte di formazione e di aggiornamento professionale da proporre alla Direzione aziendale;
- f. la discussione e la definizione di progetti di ricerca realizzabili all'interno del dipartimento da proporre alla Direzione aziendale;

Direttore del Dipartimento

Sono compiti del Direttore del Dipartimento:

- a. coordinare trasversalmente alle UOC le funzioni di promozione della salute e di educazione alla salute, nonché i progetti di sanità pubblica affidati al Dipartimento
- b. coordinare le attività e le risorse affinché le strutture del dipartimento svolgano a pieno i compiti ad esso affidati dalla vigente normativa secondo criteri di integrazione e adottino programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee, coadiuvato dai dirigenti responsabili delle aree dipartimentali, in conformità alle linee organizzative definite in seno al Comitato di dipartimento;
- c. partecipare alla discussione di budget con la Direzione aziendale per i piani annuali di attività delle strutture afferenti e il complesso delle risorse necessarie alla loro realizzazione;
- d. concordare con i responsabili delle aree dipartimentali e le unità organizzative incluse nel dipartimento i piani annuali di attività e la ripartizione delle risorse assegnate al dipartimento;
- e. garantire la migliore possibile organizzazione sia a livello centrale che a livello territoriale, la maggiore possibile efficienza operativa delle strutture afferenti al dipartimento e la qualità dei servizi;
- f. garantire le risorse eventualmente necessarie per attività svolte o coordinate dalle unità organizzative di coordinamento della tecnostruttura centrale;
- g. promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale del personale in collegamento con l'unità organizzativa per la formazione della tecnostruttura centrale e assicurare la realizzazione dei piani di formazione;

- h. assicurare lo svolgimento delle attività didattiche per i corsi di laurea e di specializzazione che coinvolgono il dipartimento;
- i. proporre progetti di ricerca realizzabili all'interno del dipartimento e garantirne lo svolgimento.

Il direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato, di norma, nell'ambito di una rosa di nominativi espressi dal Comitato di dipartimento tra i dirigenti di SC del dipartimento.

Il direttore rappresenta il Dipartimento di Prevenzione, per quanto di competenza, nei rapporti con istituzioni, amministrazioni e società civile.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del dipartimento, i compiti delle singole strutture ad esso afferenti, le modalità di svolgimento delle attività a livello territoriale decentrato, l'integrazione con i distretti, l'organizzazione delle attività di supporto amministrativo contabile al Dipartimento, nonché i collegamenti con le altre strutture aziendali e con i soggetti istituzionali esterni all'Azienda sono disciplinati nel regolamento del dipartimento.

Le attività di consulenza a qualunque titolo verso terzi sono incompatibili con le funzioni di vigilanza e ispezione esercitate dallo SPRESAL (D.lgs.81 Art.13 comma 5) e può essere svolto dagli operatori degli altri servizi, previa specifica autorizzazione, solo al di fuori del territorio di competenza e solo a favore di soggetti che non abbiano rapporti con la ASL.

Il Dipartimento si avvale di una struttura amministrativo – contabile

Art. 18

Definizione delle unità organizzative e degli incarichi

L'organizzazione aziendale all'interno del quadro complessivo che è stato delineato nella distinzione tra i diversi livelli operativi prevede le seguenti articolazioni:

- Dipartimento territoriale a struttura
- Area Dipartimentale
- Dipartimento Assistenziale
- Incarichi professionali
 - di Coordinamento Interdipartimentale
 - di Coordinamento Dipartimentale
 - di Progetto
 - Specialistico
- Strutture
 - Unità Operative Complesse (UOC)
 - Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD)
 - Unità Operative Semplici (UOS)

Per ciascun livello organizzativo e per ciascun Dipartimento, sono dunque presenti unità organizzative di gestione verticale (unità operative) e incarichi orizzontali di coordinamento (unità di coordinamento) che utilizzano il modello delle reti professionali e dei gruppi operativi interdisciplinari.

Per rete professionale si intende un insieme di singoli professionisti, strutture operative o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di specifici obiettivi.

Per gruppo operativo interdisciplinare si intende un gruppo di professionisti appartenenti a discipline o a strutture operative diverse in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio o di ricerca, finalizzati, in particolare, alla diffusione e applicazione delle conoscenze, di sviluppo e miglioramento della qualità di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico.

Unità operative	Incarichi
Struttura complessa	Incarico di coordinamento interdipartimentale
Struttura semplice dipartimentale	Incarico di coordinamento dipartimentale
Struttura semplice	Incarico di progetto
	Incarico specialistico

Dal punto di vista contrattuale gli incarichi sono valorizzati, nell'ambito del sistema di graduazione, a seconda della complessità professionale e del volume delle risorse affidate.

Si specificano, di seguito, le caratteristiche peculiari di ciascun tipo di articolazione organizzativa.

18.1 Dipartimento territoriale a struttura

I Dipartimenti territoriali a struttura (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale,) sono entità organizzative autonome alle quali fanno riferimento le articolazioni organizzative specificamente individuate per ciascuna macrostruttura.

I dipartimenti territoriali a struttura si raccordano con le altre macrostrutture aziendali, e con la Tecnostruttura aziendale per lo sviluppo dei programmi assistenziali integrati e per le necessità di supporto reciproco.

18.2 Area Dipartimentale

L'area dipartimentale rappresenta la modalità di integrazione gestionale per le Unità Operative inserite all'interno della Tecnostruttura di supporto.

In ciascuna area dipartimentale si individua Comitato di area composto da:

- a. il direttore dell'area dipartimentale;
- b. i direttori di UOC complessa e di UOSD;
- c. un rappresentante per le UOS

Il direttore di area dipartimentale è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato tra i dirigenti delle strutture complesse incluse nel dipartimento.

18.3 Dipartimento assistenziale ospedaliero

I dipartimenti assistenziali ospedalieri rappresentano la principale articolazione gestionale del presidio ospedaliero e i principali interlocutori dell'Azienda nella discussione di budget. Il dipartimento raccoglie unità organizzative relativamente omogenee per tipo di attività e caratteristiche operative. I dipartimenti assistenziali insistono, di norma, su un solo presidio ospedaliero.

In ciascun dipartimento assistenziale ospedaliero è costituito un Comitato di dipartimento composto da:

- a. il direttore del dipartimento con funzioni di presidente;
- b. i direttori di UOC;
- c. i responsabili degli incarichi di coordinamento dipartimentale e interdipartimentale;
- d. i dirigenti delle UOSD;
- e. due responsabili dipartimentali dell'area infermieristica, ostetrica e tecnico sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza e ispezione e dell'assistenza sociale ove previsti nel dipartimento;
- f. dirigenti medici e sanitari in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto eletti dai dirigenti del dipartimento.

Le modalità di individuazione dei componenti del Comitato di dipartimento di cui alla lettera e) e di elezione dei componenti di cui alla lettera f), che durano in carica tre anni, nonché le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti in un apposito regolamento.

Sono compiti del Comitato di dipartimento:

- a. la discussione del budget di dipartimento;
- b. la discussione del budget delle strutture complesse, delle strutture semplici dipartimentali e del budget dei progetti dipartimentali affidati a responsabili di coordinamento dipartimentale;
- c. la discussione delle modalità organizzative finalizzate a garantire la maggiore possibile efficienza operativa delle strutture afferenti e la loro definizione;
- d. la discussione e la definizione delle proposte di formazione e di aggiornamento professionale da proporre alla Direzione aziendale;
- e. la discussione e la definizione di progetti di ricerca realizzabili all'interno del dipartimento da proporre alla Direzione aziendale;

Direttore di Dipartimento

Sono compiti del direttore del dipartimento:

- a. partecipare alla discussione di budget con la Direzione aziendale per i piani annuali di attività delle strutture afferenti e il complesso delle risorse necessarie alla loro realizzazione;
- b. concordare con le unità organizzative incluse nel dipartimento i piani annuali di attività e la ripartizione delle risorse assegnate al dipartimento;
- c. assicurare la piena attività delle unità organizzative afferenti e la qualità del loro funzionamento;
- d. garantire la migliore possibile organizzazione e la maggiore possibile efficienza operativa delle strutture afferenti al dipartimento;
- e. garantire le risorse eventualmente necessarie ad attività interdipartimentali coordinate dal dipartimento o da altri dipartimenti;
- f. agevolare le attività di coordinamento locale della Direzione sanitaria di presidio e le attività di coordinamento aziendale delle unità organizzative di coordinamento della Tecnostruttura centrale;
- g. promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale del personale in collegamento con l'unità organizzativa per la formazione della Tecnostruttura centrale e assicurare la realizzazione dei piani di formazione;
- h. assicurare lo svolgimento delle attività didattiche per i corsi di laurea e di specializzazione che coinvolgono il dipartimento;
- i. proporre progetti di ricerca realizzabili all'interno del dipartimento e garantirne lo svolgimento.

Il direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato, di norma, nell'ambito di una rosa di nominativi espressi dal Comitato di dipartimento tra i dirigenti delle strutture complesse incluse nel dipartimento.

18.4 Incarico di coordinamento interdipartimentale

Si individuano quali criteri fondamentali di identificazione dell'incarico di coordinamento interdipartimentale (ICI):

- la disciplina;
- il percorso integrato di assistenza.

Incarico di coordinamento interdipartimentale per disciplina

E' finalizzato ad assicurare omogeneità nelle procedure operative e a garantire flessibilità e reciproco supporto nella gestione delle risorse umane. Il responsabile dell'area di coordinamento interdipartimentale per disciplina partecipa alla discussione di budget con la Direzione aziendale. All'area di coordinamento non sono assegnati obiettivi o affidate risorse se non quelle necessarie allo svolgimento della sua funzione di

coordinamento e di collegamento. Sono compiti dell'area di coordinamento interdipartimentale per disciplina:

- la proposta di procedure operative;
- la proposta di temi e obiettivi per la formazione;
- la verifica sul rispetto delle procedure operative concordate.

Incarico di coordinamento interdipartimentale per percorso integrato di assistenza

E' finalizzato ad assicurare lo svolgimento di attività che prevedano il coinvolgimento di unità organizzative afferenti a dipartimenti diversi. Il responsabile dell'area di coordinamento interdipartimentale per percorso integrato di assistenza partecipa alla discussione di budget con la Direzione aziendale e concorda in quella sede il piano di attività dell'area, per la cui realizzazione sono assegnati obiettivi e risorse.

Le risorse assegnate direttamente all'area interdipartimentale per percorso integrato di assistenza sono quelle necessarie allo svolgimento della sua funzione di coordinamento e di collegamento. Le risorse necessarie alla realizzazione degli obiettivi dell'area sono assicurate in modo esplicito e formalizzato dai dipartimenti che concorrono alla realizzazione del percorso integrato.

Sono compiti del responsabile dell'area di coordinamento interdipartimentale per percorso integrato di assistenza:

- concordare con l'Azienda i piani annuali di attività;
- concordare con l'Azienda e con i dipartimenti coinvolti il complesso delle risorse necessarie alla loro realizzazione.

Il coordinamento interdipartimentale non rappresenta una struttura operativa. L'incarico di coordinamento interdipartimentale prevede comunque la attribuzione di risorse specifiche commisurate alla natura e alla complessità degli obiettivi da raggiungere.

Queste risorse sono individuate a valere su quelle dei diversi dipartimenti coinvolti nel coordinamento in ragione del loro contributo alle attività integrate. Il riconoscimento del ruolo di coordinamento interdipartimentale è valorizzato, nell'ambito del sistema di graduazione degli incarichi, a seconda della complessità professionale e del volume delle risorse affidate.

L'incarico di coordinamento interdipartimentale può essere affidato dal Direttore generale con provvedimento motivato:

- al direttore di una delle strutture complesse oggetto di coordinamento
- al responsabile di una delle strutture semplici dipartimentali oggetto di coordinamento
- al dirigente di una delle strutture oggetto di coordinamento, purchè in possesso dei requisiti previsti per la direzione di struttura complessa

L'incarico di coordinamento interdipartimentale è collegato all'attuazione di percorsi di cura che prevedono il co-interessamento di più dipartimenti e quindi l'identificazione, in sede di discussione di budget con il direttore delle strutture coinvolte, delle risorse sulle quali l'incarico di coordinamento può contare. All'interno dei percorsi di cura devono essere definiti i tempi e le fasi garantite di assistenza oltre alla responsabilità dei diversi attori. Alla realizzazione del percorso di cura sono attribuite tutte le risorse necessarie. In particolare, qualora sia prevista un'attività chirurgica, deve essere compreso nelle risorse destinate l'utilizzazione delle sale operatorie e dei servizi collegati al loro funzionamento.

18.5 Unità Operativa Complessa

Una struttura è definita complessa sulla base della specificità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative come appresso specificato.

La struttura complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza qualitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget in termini di obiettivi e risorse, nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

In sede di definizione del presente atto aziendale e della successiva programmazione aziendale vengono configurate quali complesse anche strutture non in possesso dei requisiti previsti qualora:

- il livello di complessità e/o il volume di attività svolte nell'ambito della disciplina, pur non corrispondendo, al momento della istituzione della struttura complessa, ai criteri definiti per il suo riconoscimento sono destinati ad aumentare, anche in ragione del nuovo assetto organizzativo, nell'ambito della durata del mandato di direzione attribuito per la struttura;
- la specifica attività o la specifica disciplina per la quale si istituisce la struttura complessa è caratterizzata da una tale peculiarità da non poter essere integrata in una diversa struttura complessa ovvero costituire struttura semplice dipartimentale;
- la specifica attività è caratterizzata, per le strutture in staff alla direzione aziendale e per le unità organizzative della tecnostruttura centrale, da un alto grado di responsabilità, in funzione degli obiettivi strategici e della programmazione aziendale.

In tali casi, nell'atto di attribuzione dell'incarico di struttura complessa, verrà specificato che la conferma dell'incarico sarà in ogni caso e in prima istanza subordinato al raggiungimento dei criteri definiti per il riconoscimento della struttura complessa.

I criteri per l'individuazione di una unità organizzativa come complessa, fermo restando il vincolo sul loro numero totale indicato dalle linee guida per la formulazione degli atti aziendali, si devono adattare al tipo di unità organizzativa. Da questo punto di vista le unità organizzative si distinguono in:

- unità organizzative ospedaliere con attività di ricovero ordinario e tipo di attività chirurgica (esclusa l'alta specialità chirurgica);
- unità organizzative ospedaliere con attività di ricovero e attività chirurgica di alta specialità (chirurgia vascolare, neurochirurgia);
- unità organizzative ospedaliere chirurgiche con attività di ricovero diurno;
- unità organizzative con attività di ricovero ordinario e attività medica di tipo intensivo o subintensivo;
- unità organizzative con attività di ricovero ordinario e tipo di attività medica;
- unità organizzative con attività di ricovero diurno e tipo di attività medica;
- unità organizzative ospedaliere senza attività di ricovero con funzioni assistenziali dirette;
- unità organizzative ospedaliere cliniche senza funzioni assistenziali dirette;
- unità organizzative ospedaliere sanitarie senza responsabilità cliniche;
- unità organizzative territoriali con funzioni assistenziali dirette;
- unità organizzative territoriali cliniche senza funzioni assistenziali dirette;
- unità organizzative territoriali sanitarie senza responsabilità cliniche;
- unità organizzative periferiche (ospedale o distretto) senza compiti direttamente sanitari;
- unità organizzative in staff alla Direzione aziendale;
- unità organizzative della tecnostruttura centrale.

Ai fini della configurazione di struttura complessa, sono stabiliti, per ciascun tipo di unità organizzativa, almeno i seguenti ulteriori criteri specifici:

- a) unità organizzative ospedaliere con attività di ricovero ordinario e tipo di attività chirurgica (esclusa l'alta specialità chirurgica):
 - numero di ricoveri ordinari specifici per la disciplina e per il tipo di attività non inferiore a 1000 per anno;
 - proporzione di ricoveri specifici per la disciplina e per il tipo di attività sul totale dei ricoveri effettuati non inferiore allo 80%;
 - proporzione di ricoveri con peso superiore a 2 non inferiore al 20%;
- b) unità organizzative ospedaliere con attività di ricovero ordinario e attività chirurgica di alta specialità (chirurgia vascolare, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia pediatrica):
 - numero di ricoveri ordinari specifici per la disciplina e per il tipo di attività non inferiore a 600 per anno;

- proporzione di ricoveri specifici per la disciplina e per il tipo di attività sul totale dei ricoveri effettuati non inferiore al 95%;
- proporzione di ricoveri con peso superiore a 2 non inferiore al 50%;
- c) unità organizzative ospedaliere chirurgiche con attività di ricovero diurno:
 - numero di ricoveri specifici per la disciplina e per il tipo di attività non inferiore a 2000 per anno;
 - proporzione di ricoveri specifici per la disciplina e per il tipo di attività sul totale dei ricoveri effettuati non inferiore al 95%;
- d) unità organizzative con attività di ricovero ordinario e attività medica di tipo intensivo o subintensivo:
 - numero di ricoveri ordinari specifici per la disciplina non inferiore a 300;
 - proporzioni di ricoveri specifici per la disciplina con peso superiore a 2 non inferiore al 60%;
- e) unità organizzative con attività di ricovero ordinario e tipo di attività medica:
 - numero di ricoveri ordinari specifici per la disciplina non inferiore a 750;
 - proporzioni di ricoveri specifici per la disciplina con peso superiore a 1,5 non inferiore al 60%;
- f) unità organizzative con attività di ricovero diurno e tipo di attività medica:
 - numero di ricoveri ordinari specifici per la disciplina non inferiore a 3000 per anno;
 - proporzione di ricoveri con meno di 5 accessi non superiore al 30%;
 - proporzione di ricoveri con peso <1 non superiore al 50% ;
- g) unità organizzative ospedaliere senza attività di ricovero con funzioni assistenziali dirette:
 - numero di pazienti sottoposti a procedure o attività specifiche per la disciplina non inferiore a 2000 per anno;
 - numero di procedure o attività specifiche per la disciplina non inferiore a 6000 per anno;
- h) unità organizzative ospedaliere cliniche senza funzioni assistenziali dirette:
 - numero di procedure o attività specifiche per la disciplina non inferiore a 6000 per anno;
 - budget per il personale non inferiore a € 1.000.000,00;
- i) unità organizzative ospedaliere sanitarie senza responsabilità cliniche:
 - budget per il personale non inferiore a € 1.000.000,00;
 - responsabilità di coordinamento per attività valorizzate in almeno € 20.000.000;
- j) unità organizzative territoriali con funzioni assistenziali dirette:
 - numero di pazienti sottoposti a procedure o attività specifiche per la disciplina non inferiore a 2000 per anno;
 - numero di procedure o attività specifiche per la disciplina non inferiore a 6000 per anno;
- k) unità organizzative territoriali cliniche senza funzioni assistenziali dirette:
 - numero di procedure o attività specifiche per la disciplina non inferiore a 6000 per anno;
 - budget per il personale non inferiore a € 1.000.000,00;
- l) unità organizzative territoriali sanitarie senza responsabilità cliniche:
 - budget per il personale non inferiore a € 1.000.000,00;
 - responsabilità di coordinamento per attività valorizzate in almeno € 20.000.000
- m) unità organizzative periferiche (ospedale o distretto) senza compiti direttamente sanitari
 - budget per il personale non inferiore a € 4.000.000,00;
- n) unità organizzative della tecnostruttura centrale:
 - budget per il personale non inferiore a € 1.000.000,00
- o) unità organizzative in staff alla Direzione aziendale;
 - budget per il personale non inferiore a € 1.000.000,00;

Sono compiti della struttura complessa a seconda della relativa tipologia:

- concordare con il dipartimento o l'area dipartimentale, in preparazione e dopo la conclusione della discussione di budget, i piani annuali di attività e il complesso delle risorse attribuite per la loro realizzazione;
- assicurare la piena attività della struttura e la qualità del suo funzionamento;
- assicurare la realizzazione dei piani di formazione;
- assicurare lo svolgimento delle attività didattiche per i corsi di laurea e di specializzazione che coinvolgono la struttura;
- proporre al dipartimento progetti di ricerca realizzabili all'interno della struttura e garantirne lo svolgimento.

18.6 Incarico di coordinamento dipartimentale

Si attribuisce un incarico di coordinamento dipartimentale nei casi in cui risulti necessario coordinare a livello dipartimentale attività o gruppi di attività strumentali al funzionamento di più unità organizzative, in prevalenza o in via esclusiva afferenti al dipartimento.

L'area di coordinamento dipartimentale partecipa alla discussione di budget del dipartimento e concorda in quella sede il suo piano annuale di attività, i suoi obiettivi e le risorse assegnate. Le risorse assegnate direttamente all'area di coordinamento dipartimentale sono quelle necessarie allo svolgimento della sue attività di collegamento. Sono invece assicurate in modo esplicito e formalizzato dalle unità organizzative del dipartimento le risorse aggiuntive necessarie alla realizzazione degli obiettivi.

Sono compiti dell'area di coordinamento dipartimentale:

- concordare con il dipartimento i piani annuali di attività;
- concordare con il dipartimento il complesso delle risorse necessarie alla loro realizzazione;
- garantire il regolare svolgimento delle attività strumentali che costituiscono l'oggetto della sua costituzione.

L'incarico di coordinamento dipartimentale è collegato all'attuazione di percorsi di cura che possono svolgersi all'interno del singolo dipartimento e prevede quindi l'identificazione, in sede di discussione di budget con il direttore All'interno dei percorsi di cura devono essere definiti i tempi e le fasi garantite di assistenza oltre alla responsabilità dei diversi attori. Alla realizzazione del percorso di cura sono attribuite tutte le risorse necessarie. In particolare, qualora sia prevista un'attività chirurgica, deve essere compreso nelle risorse destinate l'utilizzazione delle sale operatorie e dei servizi collegati al loro funzionamento.

Il riconoscimento del ruolo di coordinamento dipartimentale è valorizzato, nell'ambito del sistema di graduazione degli incarichi, a seconda della complessità professionale e del volume delle risorse affidate. L'incarico di coordinamento dipartimentale può essere affidato, con atto motivato del Direttore Generale, su proposta del Direttore di dipartimento, solo al Dirigente di una delle Strutture incluse nel Dipartimento che possenga i requisiti necessari alla direzione di struttura complessa.

18.7 Unità Operativa Semplice Dipartimentale

La struttura semplice dipartimentale si definisce sulla base della specificità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative in tutti i casi nei quali, in presenza di una complessità tecnica e di una stabile attribuzione di risorse, analoghe a quelle della struttura complessa, non ricorrano i criteri in precedenza individuati per il riconoscimento della struttura complessa e non esistano affinità professionali con altre strutture complesse tali da poterne configurare un profilo operativo analogo a quello di una struttura semplice.

Prerogative e compiti della struttura semplice dipartimentale sono analoghi a quelli definiti per la struttura complessa.

L'incarico di Struttura Semplice Dipartimentale può essere affidato, con atto motivato del Direttore Generale, su proposta del Direttore di dipartimento, solo al Dirigente di una delle Strutture del Dipartimento che possenga i requisiti necessari alla direzione di struttura complessa.

18.8 Incarico di progetto

L'unità di progetto assume una particolare importanza nell'assetto organizzativo che si intende configurare per l'Azienda, come attribuzione di una specifica responsabilità di risultato sulla base di un piano di attività, concordato con la struttura complessa di afferenza, e di risorse specificamente assegnate.

L'incarico di coordinamento del progetto viene affidato dal direttore della struttura complessa ed è caratterizzato dai seguenti compiti:

- concordare con la struttura complessa il piano delle attività, la sua durata e i suoi obiettivi;
- concordare con la struttura complessa l'insieme delle risorse necessarie al progetto;
- garantire lo svolgimento del progetto nei tempi concordati.

Le risorse assegnate dalla struttura complessa all'unità di progetto sono parte delle risorse complessive affidate alla struttura complessa che è a sua volta responsabile, nei confronti del dipartimento e della Direzione aziendale, del buon andamento del progetto.

L'incarico di Progetto è collegato all'attuazione di specifiche linee di assistenza che possono svolgersi all'interno della UOC e prevede quindi l'identificazione, in sede di discussione di budget con il direttore, delle risorse destinate alla realizzazione del percorso sulle quali l'incarico di coordinamento possa contare. In particolare, qualora sia prevista un'attività chirurgica, deve essere compreso nelle risorse destinate l'utilizzazione delle sale operazione e dei servizi collegati al loro funzionamento.

Il riconoscimento del ruolo di coordinamento di progetto è valorizzato, nell'ambito del sistema di graduazione degli incarichi, a seconda della complessità professionale e del volume delle risorse affidate.

L'incarico di responsabile di progetto può essere affidato, con atto motivato del Direttore Generale, su proposta del Direttore di struttura complessa, solo al Dirigente che possieda i requisiti necessari alla direzione di struttura semplice.

18.9 Incarico specialistico

Le unità organizzative specialistiche sono connotate da competenze professionali di profilo elevato finalizzate all'assistenza, allo studio e alla ricerca. Il relativo incarico si configura in misura prevalente come riconoscimento di specifiche competenze professionali alle quali sono collegati obiettivi specifici e l'assegnazione di una quantità limitata di risorse da parte del direttore della struttura complessa. Il riconoscimento e la valorizzazione di questo incarico, nell'ambito del sistema di graduazione degli incarichi, dipenderà dalla complessità professionale e dal volume delle risorse affidate.

L'incarico di responsabile di progetto può essere affidato, con atto motivato del Direttore Generale, su proposta del Direttore di struttura complessa, solo al Dirigente che possieda i requisiti necessari alla direzione di struttura semplice.

18.10 Unità Operativa Semplice

La struttura semplice si definisce sulla base di una specificità di compiti professionali non sufficiente a distinguerla completamente dalla struttura complessa di afferenza.

La Struttura Semplice può essere istituita dall'Azienda su proposta del direttore della struttura complessa esclusivamente nei casi in cui le dimensioni o l'articolazione della struttura complessa siano tali da renderne difficile la gestione senza ricorrere ad una delega sostanziale di responsabilità. La struttura semplice è caratterizzata dalla stabile attribuzione di risorse per il funzionamento, almeno in parte distinte da quelle della struttura complessa. Le risorse stabilmente assegnate alla struttura semplice sono parte di quelle attribuite alla struttura complessa.

Si considera come condizione indispensabile per la costituzione di una struttura semplice la assegnazione al responsabile della struttura, in termini tempo pieno-equivalenti della responsabilità di almeno due dirigenti o quattro unità di personale non dirigente.

Sono compiti della Struttura Semplice:

- la gestione delle attività affidate dalla struttura complessa nei limiti delle risorse assegnate;
- la attuazione del piano di attività assegnato.

Art. 19

Sperimentazione organizzativa e gestionale

L'assetto operativo dell'Azienda deve essere oggetto di una costante attività di sperimentazione, al fine di individuare e verificare modelli innovativi di organizzazione che consentano la migliore funzionalità e la maggiore efficienza. A tal fine l'Azienda deve garantire che la ricerca dell'innovazione organizzativa non comprometta la stabilità dell'Azienda, la certezza sui suoi meccanismi di funzionamento e i limiti di risorse stabiliti in sede di concordamento con la Regione.

L'istituzione sperimentale di nuove unità organizzative deve specificare:

- le ragioni di convenienza innovativa in termini di efficacia clinica nonché quelle in termini di convenienza economica;
- gli obiettivi di miglioramento che si intendono raggiungere,
- gli indicatori per misurarne il raggiungimento;
- i tempi di durata della sperimentazione;
- le risorse impegnate nella sperimentazione e le modalità del loro reperimento.

Le unità organizzative sperimentali, per la durata della sperimentazione, sono considerate del tutto equivalenti alle analoghe unità organizzative ordinarie. L'Azienda si riserva, altresì, di attivare sperimentazioni gestionali o altre forme collaborazione con soggetti privati, nel rispetto della vigente normativa e previa autorizzazione della Regione ove richiesto, per il reperimento di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative, finalizzate alla gestione, in termini di qualità ed efficienza, di attività assistenziali ed alberghiere e all'esercizio della attività libero-professionale intra-moenia.

L'Azienda considera inoltre centrale l'impegno a rispondere al bisogno assistenziale del proprio ambito territoriale anche attraverso una collaborazione continua con altri soggetti pubblici e privati operanti sul territorio aziendale nonché nell'ambito territoriale di aziende sanitarie limitrofe.

L'Azienda riconosce, in particolare, specifica rilevanza ai rapporti con l'Azienda unità sanitaria locale di Frosinone, per rispondere ai bisogni di salute dei residenti nel quadrante meridionale del Lazio, mediante forme stabili di collaborazione con riferimento ad attività per le quali il bacino di utenza di ciascuna azienda non sia adeguato ad assicurare l'efficienza e la qualità degli interventi.

Art. 20

Collaborazione interaziendale e funzioni sovra-aziendali per la ASL RMC

La ASL RMC, al fine di assicurare l'assistenza alle persone residenti sul suo territorio, utilizza un numero elevato di strutture che non sono direttamente gestite dall'Azienda e che fanno invece riferimento ad altre aziende sanitarie. Questa situazione dipende dalle caratteristiche strutturali del sistema di offerta aziendale e rende necessario l'istaurarsi di rapporti di collaborazione tra la ASL RMC ed altre aziende sanitarie, in particolare per il loro bacino di utenza e il loro insediamento territoriale l'Azienda Ospedaliera S.Giovanni e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IFO-Spallanzani, che agevolino i cittadini nell'accedere a tutte le prestazioni utili alla gestione di percorsi appropriati di cura e consentano quella continuità che risulta indispensabile alla loro efficacia.

Nello stesso tempo la ASL RMC può utilmente sostenere le dimensioni territoriali della continuità assistenziale per alcune delle attività svolte da quelle 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 RMC e per la ASL RMB un'esigenza di omogeneizzazione delle 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. Questo

“ri-azzonamento” 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.

Accanto a questi temi di collaborazione aziendale è pure necessario sottolineare la responsabilità da tempo affidata alla ASL RMC di svolgere funzioni sovra-aziendali, per conto della stessa Regione, nelle seguenti aree di intervento:

- Attività di controllo sulla abitabilità e sulle acque potabili per l'intera Provincia di Roma
- Gestione delle attività di liquidazione delle farmacie convenzionate per l'intera Provincia di Roma
- Gestione del Comitato Zonale della Medicina Specialistica Convenzionata per l'intera Provincia di Roma e liquidazione delle spettanze per i medici specialisti

Questi impegni di collaborazione e lo svolgimento di questa funzione sovra-aziendale 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 sua offerta complessiva di servizi. Su questa base è parso opportuno richiamare questi temi in forma necessariamente sintetica all'interno dell'Atto di Organizzazione.

20.a Rapporti con altre Aziende Sanitarie

L'Azienda RMC si riconosce come elemento attivo 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 le Aziende Sanitarie che insistono sul territorio di riferimento ed, in particolare, con la Azienda Ospedaliera S. Giovanni e con l'IRCCS IFO-Spallanzani.

In particolare la ASL RMC assicura rapporti di collaborazione per la gestione integrata di particolari categorie di pazienti, quali gli anziani fragili affetti da multipatologie ed i pazienti affetti da patologie croniche in ambito cardiologico, pneumologico e nefrologico, per i quali vengono definiti, d'intesa, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali all'interno dei quali vengono assicurati interventi specialistici di competenza.

Specifiche modalità di collaborazione riguarderanno inoltre il ruolo di sostegno offerto dall'Azienda Ospedaliera S. Giovanni alla ASL RMC per gli interventi di 2° e 3° livello nell'ambito dei programmi di screening regionali gestiti dalla ASL e più in particolare il supporto specialistico oncologico che è stato concordato tra ASL RMC e S. Giovanni in relazione alla integrazione di personale dell'ospedale Sant'Eugenio nell'organico del Polo onco-ematologico.

Analoghe forme di collaborazione sono state concordate con l'IRCCS IFO per gli interventi di 2° e 3° livello nell'ambito dei programmi di screening regionali gestiti dalla ASL e più in generale per la garanzia di trattamenti oncologici avanzati non disponibili presso la ASL con particolare ma non esclusivo riferimento alla radioterapia. ASL RMC e IFO hanno inoltre convenuto sulla necessità di coinvolgere le due Aziende in progetti condivisi di ricerca translazionale e sull'opportunità di integrare nelle attività della Azienda territoriale quelle attività dell'IFO in particolare sulle malattie neurologiche che appaiono distanti dalla sua vocazione assistenziale.

20.b Rapporti con la ASL RMB

L'esigenza di un allineamento dell'assetto territoriale del SSR con quello definito dal nuovo azzonamento 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.

Questa 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 ed RMC è opinione condivisa dei rispettivi Direttori Generali che sia indispensabile avviare immediatamente un percorso di convergenza e di progressiva assimilazione dei due distretti, ovviamente uno per Azienda, nei quali risulta attualmente diviso il territorio del Municipio V e dei due che insistono sul territorio del Municipio VII.

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.

I due Direttori Generali ritengono che le aree principali attraverso le quali strutturare questo processo siano 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 agli Atti Aziendali della ASL RMB e della ASL RMC, si costituisce un organismo interdistrettuale di coordinamento per 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 una proposta per standard di servizio condivisi con particolare riferimento:
 - o alla gestione delle patologie croniche,
 - o alla gestione degli interventi di prevenzione individuale primaria e secondaria
 - o agli interventi di tutela della salute riproduttiva
 - o agli interventi di sostegno alla fragilità e alla non autosufficienza nell'età pediatrica e nell'adolescenza
 - o agli interventi di sostegno alla fragilità e alla non autosufficienza nell'età adulta e nell'anziano
 - o alla gestione sul territorio, senza ricorso al ricovero ospedaliero, di procedure e interventi complessi
 - o 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:
 - o Ai costi direttamente sostenuti per attività svolte a favore della popolazione residente nello stesso distretto e nel municipio
 - o Ai costi direttamente sostenuti per attività svolte a favore della popolazione residente fuori dal municipio
 - o 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.

Si ritiene possibile concludere il processo di allineamento per le strutture interessate e consentire quindi il ri-azzonamento in un periodo di 12 mesi.

a. Funzioni sovra-aziendali

Per le funzioni sovra-aziendali si ritiene necessario individuare unità organizzative dedicate per:

- Attività di controllo su progetti, abitabilità e acque potabili per l'intera Provincia di Roma
- Gestione delle attività di liquidazione delle farmacie convenzionate per l'intera Provincia di Roma
- Gestione interaziendale dei contratti per la specialistica convenzionata.

Si ritiene al contrario che le attività relative alla Gestione del Comitato Zonale della Medicina Specialistica Convenzionata e alla liquidazione delle spettanze per i medici specialisti possano essere svolte da opportune articolazioni organizzative delle unità organizzative aziendali preposte alla gestione dei contratti e al trattamento economico del personale.

CAPO IV

I MECCANISMI OPERATIVI

Art. 21

Le Funzioni di Audit e di Controllo Interno in una prospettiva di Corporate Governance

1. In ogni Azienda coesistono molteplici fabbisogni che sono il frutto di una gamma molto ampia e variegata di stimoli, sia interni che esterni, al cambiamento e al miglioramento e che sono da affrontare e risolvere attraverso l'attività decisionale. Le possibili risposte della ASL Roma C a tali esigenze di cambiamento e miglioramento sono riconducibili a diversi ambiti e livelli decisionali. In particolare, si distinguono:
 - il livello delle **decisioni sulle politiche** sanitarie e sulle scelte conseguenti di orientamento strategico dell'Azienda;
 - il livello delle **decisioni sulla gestione**;
 - Il livello delle **decisioni operative** su specifici contenuti e modalità di svolgimento dei processi clinico-assistenziali e tecnico-amministrativi di supporto.
2. Le decisioni di tipo strategico determinano e/o modificano le potenzialità d'azione dell'organizzazione e sono orientate a governare le relazioni politico-istituzionali, definire quali settori o linee di attività sviluppare, come innovare i servizi e i percorsi di accesso e di partecipazione dell'utente, quali investimenti in nuove tecnologie, professionalità e competenze privilegiare.
3. Le decisioni sulla gestione influenzano invece, in modo diretto ed immediato, la produzione e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, determinando il grado di efficienza e di efficacia dei risultati sanitari ed economici dell'attività aziendale.
4. Le decisioni operative determinano i livelli di qualità tecnica e, conseguentemente, di efficacia e appropriatezza dei processi clinico-assistenziali e di efficienza, trasparenza e legittimità dei processi tecnico-amministrativi di supporto.
5. Ogni ambito/livello decisionale si caratterizza per un diverso mix:
 - di contenuti decisionali (ambiti organizzativi, processi, risultati e comportamenti su cui intervenire);
 - di soggetti coinvolti nelle decisioni;
 - di orizzonti temporali di riferimento (di breve, medio o lungo periodo);
 - di fattori condizionanti le scelte (vincoli normativi all'azione, risorse quali-quantitative disponibili).
6. Ogni livello decisionale richiede, pertanto, sistemi, metodi e strumenti specifici di supporto all'attività decisionale e al controllo degli effetti prodotti dalla stessa.
7. Conseguentemente, la ASL Roma C progetta e implementa molteplici strumenti e meccanismi operativi di Pianificazione, Programmazione, Controllo, Governo e Audit dei Processi, tra loro coordinati e integrati, ma ciascuno specializzato nel soddisfare uno specifico fabbisogno organizzativo.

21.1 La prospettiva di Corporate Governance

1. Per *Corporate Governance* si intende l'insieme delle regole e strutture organizzative che presiedono ad un corretto ed efficace governo aziendale inteso come sistema di compensazione fra interessi potenzialmente divergenti.

Più in generale, la *Corporate Governance* abbraccia una serie di regole, relazioni, processi e sistemi aziendali volti a definire i meccanismi di delega, la misurazione delle performance, la sicurezza e il risk management, i sistemi di reporting e di contabilità. In altri termini la prospettiva di *Corporate Governance* per la ASL Roma C pone l'attenzione sulle regole e sui processi attraverso cui si prendono le decisioni, definendo il modo con cui vengono stabiliti:

- gli obiettivi aziendali,
- i mezzi per il loro raggiungimento,
- le modalità di misurazione dei risultati raggiunti,

riconoscendo l'importanza dei meccanismi che presiedono l'esercizio della responsabilità all'interno dell'organizzazione.

2. La *Corporate Governance*, infatti, pone l'accento sul carattere necessario ma non sufficiente delle norme e degli indirizzi emanati dagli organismi di regolazione (Stato, Regione, ecc.) nel determinare una corretta gestione delle risorse e dei servizi, individuando quindi la necessità di sviluppare sistemi e meccanismi aziendali che definiscano chiaramente gli ambiti di responsabilità ai diversi livelli dell'agire aziendale e le modalità attraverso cui se ne verificano gli effettivi comportamenti e risultati.

21.2 Il Sistema Aziendale di Governo Integrato

1. L'insieme coordinato di tutti i meccanismi e strumenti di Pianificazione strategica, Programmazione budgetaria, Controllo della gestione, Governo e Audit dei Processi costituiscono il Sistema Aziendale di Governo Integrato.
2. La peculiarità dei processi sanitari e tecnico-amministrativi richiede infatti:
 - la capacità di governare, stimolandoli e valorizzandoli, gli spazi di autonomia professionale che, ai vari livelli del sistema organizzativo, concorrono a fornire risposte specialistiche, tecnicamente adeguate, ai bisogni della popolazione di riferimento;
 - la capacità di governare le relazioni funzionali tra i diversi ambiti di autonomia e responsabilità, favorendo il coordinamento e l'integrazione delle soluzioni, in una logica di gestione per processi e di miglioramento continuo dei risultati clinici, assistenziali e tecnico-amministrativi;
 - la capacità di guidare e governare il ri-orientamento strategico dei processi, in una logica di sviluppo organizzativo e di risposta agli stimoli al cambiamento prodotti dall'ambiente e dal contesto istituzionale di riferimento.
3. La ASL Roma C supporta le funzioni di cui sopra attraverso unità operative in staff alla Direzione Aziendale.

Art. 22

Gli strumenti a supporto delle decisioni strategiche

1. L'attività di pianificazione strategica dell'Azienda è realizzata dalla Direzione Aziendale con il supporto del Collegio di Direzione, ed ha il fine di rendere possibile e facilitare la gestione del cambiamento.
2. Le linee di intervento strategico sono una diretta derivazione della *mission* aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione, contenuti nei Patti per la Salute e nei Programmi Operativi della regione nonché dalle indicazioni della Conferenza Locale. Esse sono codificate nel Piano Strategico Aziendale.
3. Tale Piano è di norma triennale ed è soggetto a revisione ogni qual volta ne ricorrano le esigenze in relazione ai mutamenti istituzionali, alle minacce e alle opportunità espresse dal contesto di riferimento.

4. Il Piano Strategico fornisce una rappresentazione, anche attraverso il ricorso a dati ed indicatori, delle dinamiche ambientali e dei punti di forza e debolezza dell'Azienda rispetto a tali dinamiche. Individua, inoltre, i progetti di ri-orientamento strategico per il periodo di riferimento e le relative condizioni di fattibilità in termini di risorse e soluzioni organizzative.
5. Costituiscono parte integrante del Piano strategico:
 - ✓ il Piano degli investimenti;
 - ✓ il Piano delle assunzioni;
 - ✓ il Piano della formazione;
 - ✓ il Piano delle compatibilità economiche.

Art. 23

Le funzioni e gli strumenti a supporto della gestione

23.1 La contabilità analitica e il sistema di reporting

1. La ASL Roma C implementa e gestisce il sistema di contabilità analitica e a tal fine imposta e aggiorna il Piano dei Centri di Costo e di Ricavo e il Piano dei Centri di Responsabilità e Negoziazione in relazione alle esigenze del sistema di programmazione budgetaria; inoltre redige ed aggiorna il manuale di contabilità analitica con le specifiche necessarie per l'imputazione e l'attribuzione dei dati economici e di attività da parte delle unità operative produttrici di informazioni.
2. Ha il compito di definire i criteri per la misurazione dei risultati delle attività in termini di costi, ricavi e rendimenti, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione a supporto di una strutturata attività di audit periodico, di norma trimestrale, nei confronti di tutte le strutture aziendali sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget e, più in generale, per il controllo della gestione e la ricerca delle eventuali azioni correttive.
3. A tal fine individua e attiva i flussi informativi sistematici necessari per il controllo della gestione attraverso l'elaborazione della reportistica periodica per la Direzione Aziendale e per i Centri di Responsabilità e Negoziazione basata su informazioni contabili ed extra-contabili. Il sistema di reporting così strutturato può essere definito come l'insieme dei documenti con i quali l'Azienda rappresenta e diffonde le informazioni prodotte dal sistema di rilevazione, con l'obiettivo di garantirne la fruibilità, la semplicità interpretativa e l'effettiva utilizzabilità da parte dei destinatari per l'analisi degli andamenti della gestione, per la valutazione della performance conseguita, per l'individuazione delle aree problematiche e per l'eventuale apporto di interventi correttivi.

23.2 La programmazione e il budgeting

1. La programmazione annuale si sviluppa sulla base delle linee di indirizzo contenute nel Piano della Performance, elaborate dalla Direzione Aziendale. Il rispetto di tali linee garantisce la coerenza e l'integrazione tra pianificazione strategica e budgeting.
2. Il Budget è un importante strumento per la responsabilizzazione dell'organizzazione rispetto all'effettiva attuazione degli obiettivi definiti in sede di programmazione. Infatti, attraverso l'articolazione in programmi, obiettivi e parametri quantitativi secondo la struttura delle responsabilità, il Budget consente di motivare – anche mediante un'adeguata integrazione con il Sistema Premiante – l'organizzazione ed i suoi componenti verso comportamenti coerenti alla realizzazione delle strategie e degli obiettivi definiti.

3. Il Budget ricopre anche il fondamentale ruolo di allocare e distribuire i fattori produttivi secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa e dei risultati che si intende raggiungere.
4. L'assegnazione di budget specifici ai Centri di Responsabilità (CdR), annualmente individuati sulla base della struttura delle responsabilità aziendali, costituisce lo strumento indispensabile sul quale basare il monitoraggio e l'analisi degli scostamenti tra budget e dati consuntivi. Gli obiettivi assegnati devono essere misurabili e devono avere in massima parte natura gestionale.
5. Sovrintende alla pubblicazione dei risultati di gestione raggiunti e alla Relazione annuale sullo stato di attuazione della programmazione aziendale (Relazione sulla performance) e fornisce supporto alla Direzione Aziendale nella negoziazione dei budget con i CdR.
6. Fornisce supporto tecnico-metodologico ai responsabili dei CdR in tutte le fasi del processo di programmazione annuale e di elaborazione del budget e a tale scopo definisce il format delle schede di budget per tutti i CdR ammessi alla negoziazione; fornisce altresì supporto tecnico-metodologico per il coordinamento dei singoli programmi di budget prodotti dai CdR. Propone miglioramenti nelle procedure amministrative ed in particolare in quelle che favoriscono l'implementazione della contabilità analitica e lo svolgimento del controllo di gestione.

Art. 24

Ulteriori strumenti di governo

24.1 Il Sistema Informativo Aziendale

1. L'intensa e complessa attività di guida dell'Azienda dovendosi basare su analisi, decisioni, valutazioni e controlli, presuppone un articolato sistema informativo, inteso come l'insieme delle regole e degli strumenti attraverso cui dati di vario genere e natura sono raccolti, organizzati ed elaborati sistematicamente a favore di un'ampia gamma di utilizzatori.
2. La ASL Roma C è consapevole dell'interdipendenza esistente tra cambiamento organizzativo e ICT; pertanto il Sistema Informativo dell'Azienda si pone come:
 - ✓ strumento di supporto alle decisioni,
 - ✓ fonte di trasparenza amministrativa,
 - ✓ condizione per una maggiore apertura dell'Azienda verso il proprio contesto territoriale,
 - ✓ interfaccia nella relazione con l'utenza.
3. Per questi motivi, l'Azienda intende implementare un sistema informativo integrato che non sostituisca necessariamente le procedure sviluppatesi nel tempo e costitutesi con modalità diverse e con numerosi partner tecnologici, ma, più realisticamente, le integri all'interno dell'organizzazione, in una visione "integrata" dei processi aziendali. Obiettivo è il superamento dell'approccio "funzionale" ad oggi prevalente per permettere un'adeguata comprensione delle logiche operative e costruire un sistema unitario di lettura dell'Azienda, economico e sanitario insieme.
4. A tale Sistema Informativo accedono, quindi, tutte le funzioni aziendali per l'acquisizione delle informazioni utili allo svolgimento delle proprie funzioni secondo prerogative opportunamente organizzate.
5. Per ciò che riguarda i servizi al cittadino, l'Azienda vuole ricercare nelle ICT innanzitutto maggiori opportunità per il miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche in ragione di una maggior disponibilità e reperibilità di informazioni (Telemedicina, Tecnologie digitali, ecc.) ma soprattutto le condizioni tecniche ed operative per facilitare l'accesso dell'utenza alle proprie informazioni sanitarie

con possibilità di costruirsi un proprio database clinico, consultabile via internet (Electronic Health Record).

24.2 Il Sistema di Valutazione del personale

1. Il Sistema di Valutazione del personale rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona all'Azienda, in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire.
2. Il Sistema di Valutazione del personale è di fatto il terminale di altri meccanismi operativi, quali ad esempio, il Processo di budget, il Governo Clinico e l'Audit Clinico.
3. È indispensabile, pertanto, una costante manutenzione dei meccanismi a monte del processo di valutazione affinché il sistema di valutazione possa svolgere la funzione di orientamento e motivazione delle risorse umane nonché la funzione di stimolo al miglioramento continuo.

La valutazione, infatti, deve poggiare su informazioni quanto più possibile oggettive e messe a disposizione dagli staff aziendali a ciò deputati allo scopo di:

- ✓ creare consapevolezza;
- ✓ coinvolgere i professionisti;
- ✓ affidare a ciascuno un ruolo preciso;
- ✓ definire un piano di miglioramento continuo.

4. La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, nelle modalità e sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonché il sistema degli incarichi dirigenziali.
5. Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito del coinvolgimento con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal Decreto Lgs. N.150/2009.

24.3 Lo sviluppo delle competenze e la formazione

1. Strettamente collegata al Sistema di Valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, crescita ed effettivo sviluppo delle competenze. L'Azienda infatti intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare attraverso la Scheda di Addestramento.
2. L'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce però, in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.
3. L'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine l'Azienda si dota di un Piano Formativo Aziendale sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, nonché sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali strategici.
4. La funzione formativa deve essere, altresì, promossa per l'attuazione della Legge 251/2000, nell'area delle professioni infermieristiche e delle altre professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Art. 25

La libera professione intramuraria

1. L'Azienda, in ottemperanza alle norme vigenti, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria quale attività in grado di:
 - a) contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;
 - b) rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda;
 - c) garantire i diritti dei cittadini e migliorare le condizioni di accessibilità ai servizi anche mediante l'abbattimento delle liste d'attesa
 - d) valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale degli operatori dell'Azienda.
- Fermo quanto sopra, l'Azienda è costantemente impegnata nell'attività di monitoraggio e di controllo delle attività rese in regime libero-professionale conformandosi ai principi ed alle prescrizioni di cui all'art. I della L. 662/96 e smi e di cui all'art. 15 quinquies del D.Lgs. 502/92 e smi..
- Per le ulteriori specificazioni in materia, si fa rinvio al Regolamento Aziendale sull'attività libero-professionale.

CAPO V

PATRIMONIO E ATTIVITA' CONTRATTUALE

Art. 26

Il Patrimonio dell'Azienda

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio aziendale è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.
2. L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 5, comma 2, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le vigenti disposizioni in materia.
3. I beni mobili e immobili che l'Azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetto alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.
4. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e qualificazione strutturale dell'offerta di servizi.

Art. 27

Principi sull'attività contrattuale

1. La ASL Roma C uniforma la propria attività contrattuale alla disciplina dettata dal D.lgs. 12.04.06, n. 163 e s.m.i. (Codice dei contratti pubblici), dal Regolamento attuativo, dal Codice Civile nonché dalle specifiche disposizioni di settore.
2. Compatibilmente con quanto stabilito dalla richiamata normativa, l'attività contrattuale di valore inferiore alla soglia prevista dalla normativa comunitaria è disciplinata dal Regolamento aziendale per l'attività contrattuale, al quale si fa completo rinvio.
3. L'attività di negoziazione posta in essere dall'Azienda deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti, nel rispetto degli artt. 1337 e 1338 del Codice Civile.
4. Le negoziazioni vengono effettuate in conformità alla programmazione annuale degli acquisti. A tal fine i Responsabili delle UU.OO. CC. forniscono alla UOC acquisizione Beni e Servizi ogni ragguglio di carattere tecnico inerente all'acquisizione dei beni e dei servizi di cui abbisognano; gli stessi verranno reperiti mediante le inderogabili procedure di evidenza pubblica da indire nei termini di legge, stante il divieto tassativo di disporre proroghe dei contratti scaduti.

CAPO VI

INCARICHI E ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITA'

Art. 28

La gestione e lo sviluppo delle risorse umane

1. Il perseguimento della *mission* e lo svolgimento dei compiti primari dell'Azienda, l'ampiezza e il livello di complessità dell'organizzazione e della gestione, le specificità del suo sistema produttivo, l'impegno e la partecipazione previsti dalla pratica del governo clinico e le scelte di decentramento e di coinvolgimento gestionale dei professionisti, definiscono la risorsa umana quale fattore critico e strategico del sistema Azienda.
2. L'Azienda, quindi, si pone l'obiettivo di reclutare professionisti e operatori fortemente qualificati e di sviluppare le capacità professionali degli stessi, per mettere a disposizione dei cittadini un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e i bisogni di benessere della persona.
3. Obiettivo primario dell'Azienda è quello di creare un sistema condiviso di valori etico-professionali e di pari opportunità, di logiche e di metodiche operative, che costituiscano terreno comune per le differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione lungo i processi di assistenza, per un proficuo raggiungimento di obiettivi comuni.
4. Sono messe in atto, quindi, tutte le iniziative e le azioni possibili utili alla crescita dei livelli di qualità professionale di tutte le risorse umane della struttura, dagli operatori di base ai vertici aziendali; per questo particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale con specifica attenzione ai neo assunti.

Scopo dell'Azienda è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati fissati.

5. La convinzione di disporre di risorse umane in grado di incrementare ulteriormente i propri livelli di professionalità, orienta la struttura a ricercare e sviluppare al proprio interno professionisti e operatori in grado di gestire ruoli e incarichi di complessità e responsabilità crescente. La gestione delle risorse umane è basata sui principi della informazione, del coinvolgimento e della partecipazione, nel rispetto delle responsabilità/autonomie proprie di ciascun ruolo organizzativo, della sistematica verifica, valutazione e regolazione delle prestazioni professionali e dei processi operativi, attraverso il confronto chiaro ed esplicito fra i diversi livelli di responsabilità.

L'Azienda intende orientare in misura crescente tutta la struttura verso tali "stili" gestionali, consapevole della loro forte valenza formativa. Fornire informazioni e spiegazioni, stimolare proposte, valutare i risultati e le modalità attraverso le quali sono stati raggiunti significa, infatti, crescere all'interno dei processi gestionali, realizzando veri e propri percorsi formativi sul campo ed affermando il "modello" dell'organizzazione che apprende.

Art. 29

Disciplina per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali

1. Il Direttore Generale, con le modalità previste dalle vigenti normative in materia, può procedere al conferimento delle seguenti tipologie di incarichi:
 - a. incarichi di direzione di struttura complessa, con riferimento alle strutture individuate come complesse nella struttura organizzativa aziendale;
 - b. incarichi di direzione di struttura semplice, sia dipartimentale/distrettuale sia articolazione interne di strutture complesse, con riferimento alle strutture individuate come tali nell'organizzazione aziendale;
 - c. incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo. Gli incarichi professionali di alta specializzazione si riferiscono alle articolazioni funzionali della struttura, connesse alla presenza di elevate competenze tecnico-professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse riferite alla disciplina ed all'organizzazione interna della struttura cui afferiscono;
 - d. incarichi di natura professionale con riferimento ai dirigenti con meno di cinque anni di servizio, rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base della disciplina di appartenenza.
2. I criteri e le modalità di attuazione del sistema degli incarichi dirigenziali sono oggetto di specifica e puntuale regolamentazione. La disciplina in questione è altresì integrata e compiutamente specificata dalle disposizioni di cui al Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, alla L. 122/2010 ed alla L. 111/2011.

Art. 30

Competenze gestionali della dirigenza

1. In attuazione di quanto stabilito dal D. Lgv. n. 165/01 e dal D. Lgv. n. 502/92 e s.m.i., i Dirigenti sono riconosciuti titolari di competenze gestionali proprie. Le funzioni ed i compiti rientranti nella competenza gestionale propria della dirigenza sono oggetto di specifica definizione con apposito atto di organizzazione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore di competenza.
2. Il Direttore Generale, fatto salvo il principio di distinzione sopra richiamato, ha la facoltà di delegare proprie funzioni di gestione alla dirigenza con appositi atti e con riferimento a specifiche materie o settori di attività.
3. Sia nell'ambito delle competenze gestionali proprie che delegate, ai dirigenti spetta l'adozione dei relativi atti, ivi compresi quelli che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno. L'individuazione, per categorie, degli atti di gestione (di diritto privato) e la correlazione degli stessi alle posizioni dirigenziali competenti, sono definiti nei suddetti atti di organizzazione dal Direttore Generale.
4. Le funzioni delegate dal Direttore Generale non possono essere oggetto di sub-delega.
5. Nei confronti degli atti assunti dai dirigenti, sia nell'ambito della competenza propria che delegata, il Direttore Generale, qualora sia segnalata l'illegittimità degli atti stessi, ha il potere di intervenire in via di autotutela quando ne accerta l'illegittimità e riscontri che la rimozione degli stessi risponda al perseguimento di un interesse pubblico.

6. Il potere di autotutela può essere esercitato in particolare su impulso del Collegio Sindacale, ferma restando l'eventuale iniziativa propria.
7. Il Direttore Generale, inoltre, in caso di inerzia o ritardo da parte del dirigente, nonostante la diffida ad adempiere, può assumere atti di competenza del dirigente in sostituzione dello stesso in caso di necessità e/o urgenza.

CAPO VII

GLI ORGANISMI DELL'AZIENDA

Art. 31

Il Consiglio dei Sanitari

1. Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Si esprime altresì sulle attività di assistenza.
2. Il Direttore Generale richiede altresì il parere del Consiglio dei Sanitari sui principali atti di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari.
3. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.
4. Il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, almeno una volta al mese, su convocazione del Presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.
5. Il Consiglio esprime il proprio parere entro 15 giorni dalla richiesta, decorsi i quali il parere è da intendersi reso favorevolmente.
6. E' composto, con sistema elettivo, ai sensi dell'art. 3. comma 12 del D. L.vo 502/92, da:
 - n. 6 Dirigenti Medici ospedalieri e territoriali dipendenti dell'Azienda di cui uno del Dipartimento di Prevenzione;
 - n. 1 Dirigente Veterinario;
 - n. 1 Dirigente Farmacista;
 - n. 1 Dirigente Biologo;
 - n. 1 Dirigente Chimico;
 - n. 1 Dirigente Fisico;
 - n. 1 Dirigente Psicologo;
 - n. 1 Operatore dell'Area Infermieristica;
 - n. 2 Operatori dell'Area tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione
 - n. 1 Medico di Medicina Generale;
 - n. 1 Pediatra di Libera Scelta;
 - n. 1 Specialista Ambulatoriale.
7. I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta sono eletti dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta operanti nel territorio aziendale.
8. Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari:
 - a) i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità;
 - b) il personale universitario assegnato, da almeno 3 anni, ad attività assistenziali.
9. Partecipano all'elezione del Consiglio dei Sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo di: medici ospedalieri, medici territoriali, medici universitari, personale laureato sanitario, personale laureato sanitario universitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico- sanitario.

10. 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.
11. Il Direttore generale con proprio provvedimento disciplina:
 - ✓ Le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
 - ✓ La commissione elettorale ed il seggio elettorale;
 - ✓ L'elezione dei componenti;
 - ✓ La durata.

Art. 32

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

1. La Legge Regionale 16 marzo 2011, n. 1 recante "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali" ha previsto che tutti gli enti pubblici dipendenti della Regione, compresi gli enti del SSR, istituiscano l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), il quale riferisce direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo, dunque, a livello aziendale, alla Direzione Aziendale.
2. L'OIV sostituisce il nucleo di valutazione e controllo strategico o altri analoghi organismi di controllo ed assume le funzioni previste dai CCNL vigenti per il nucleo di valutazione.
3. Inoltre l'OIV:
 - a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione della prestazione organizzativa e individuale, a partire dalla definizione e assegnazione degli obiettivi fino alla misurazione e valutazione delle prestazioni, al fine di garantirne la correttezza nonché la conformità agli indirizzi regionali;
 - b) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.
4. L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da tre componenti, esterni all'Azienda, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati dal Direttore Generale dell'Azienda stessa, ed in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) Lauree specialistiche o diplomi di laurea secondo il precedente ordinamento;
 - b) elevata professionalità ed esperienza pluriennale maturata nel campo del management e della valutazione del personale, delle prestazioni e dei risultati con particolare riferimento al settore della sanità.
5. I componenti dell'OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati una sola volta. Lo stesso soggetto non può far parte contemporaneamente di due OIV nell'ambito del SSR.
6. Al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OIV, non possono essere nominati quali componenti:
 - a) il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo in carica di un'Azienda o Entede SSR, nonché i Direttori di Dipartimenti dell'Azienda;
 - b) coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV;
 - c) coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
 - d) coloro che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;

- e) coloro che hanno legami di parentela o di affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative.
- 7. Il Direttore Generale, in caso di gravi inadempienze da parte dell'OIV, può, motivando, deciderne lo scioglimento anticipato.
- 8. Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del direttore generale e senza maggiori oneri per i bilanci dell'Azienda, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne dell'Azienda che forniscono i necessari strumenti di analisi e *reporting*.
- 9. Le modalità di funzionamento e di compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

Art. 33

Collegio Tecnico

- 1. E' organismo costituito ai sensi dell'art.15, comma 5, del D.Lgs. 30.12.1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché ai sensi delle disposizioni contrattuali in materia. E' nominato dal Direttore Generale.
- 2. Procede alla verifica:
 - di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
 - dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio,
 - dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

Art. 34

Comitati e Commissioni Aziendali

- 1. L'Azienda, per il perseguimento di particolari fini istituzionali, si dota di organismi sanitari già disciplinati dalla normativa vigente ed in particolare dei seguenti Comitati e Commissioni:
 - a) Il Comitato unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.
 - b) Comitato etico;
 - c) Commissione per il prontuario terapeutico aziendale;
 - d) Comitato per il buon uso del sangue;
 - e) Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA);
 - f) Comitato per l'ospedale senza dolore;
 - g) Commissione Aziendale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica
 - h) Comitato Valutazione Sinistri;
 - i) Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate.
- 2. Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed 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.
- 3. L'Azienda inoltre è sede del Comitato Consultivo Zonale ex A.C.N. 23 marzo 2005 e s.m.i. - per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre

professionalità (Biologi, Chimici; Psicologi) ambulatoriali ai sensi del decreto legislativo 502/92 - e d'intesa con l'Assessorato alla Sanità della Regione, è tenuta ad assicurare i mezzi finanziari, i locali ed il personale assegnato per livelli funzionali a tale attività, per lo svolgimento dei compiti del Comitato e per consentire al Segretario l'espletamento di tutte le funzioni attribuite al Comitato stesso.

Art. 35

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

1. L'Azienda costituisce, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs. 165/2001 il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", di cui all'articolo 21 della L.183 del 04/11/2010, che sostituisce – unificando le competenze in un solo organismo - il Comitato Pari Opportunità ed il Comitato paritetico per il fenomeno del Mobbing, precedentemente previsti dai contratti collettivi di lavoro dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.
2. Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità (di seguito Comitato), nell'ambito delle proprie attività, svolge le seguenti funzioni:
 - a) Assicura parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantisce l'assenza di qualunque forma di violenza morale e psicologica e discriminazione, diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
 - b) Favorisce l'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro rispetto ai principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori.
3. Ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale, ai sensi degli artt. 40 e 43 del Decreto Lgs. 165/2001, e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, assicurando la presenza paritaria di entrambi i generi.
4. Il Presidente del Comitato è designato dall'Azienda.
5. Per ogni componente effettivo è previsto un supplente.
6. Il Comitato esercita i compiti propositivi, consultivi e di verifica, ad esso spettanti ai sensi dell'articolo 57, comma I, del D. Lgs.165/2001 (così come introdotto dall'articolo 21 della L.183/2010) e secondo quanto in materia previsto dalle Linee guida di cui alla Direttiva emanata il 4 marzo 2011 dai Dipartimenti della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità. Tra i compiti propositivi si evidenziano:
 - a) predisposizione di piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne;
 - b) analisi e programmazione di genere in considerazione delle esigenze delle donne e di quelle degli uomini (es. Bilancio di genere);
 Tra i compiti consultivi si rilevano:
 - formulazione di pareri su orari di lavoro, forma di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione;
 Tra i compiti di verifica si indicano:
 - accertamento dei risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
 - verifica sugli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, nonché sugli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro (mobbing).

7. La mancata costituzione del Comitato comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.
8. L'Azienda Roma C, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro:
 - a) 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.Lgs 165/2001 e s.m.i.;
 - b) adotta proprio atto regolamentare per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri -

Art. 36

Comitato Etico

1. E' l'organismo deputato a garantire, nell'ambito del rispetto della persona, lo sviluppo organico e costante degli studi, ricerche, formazione, educazione, referenze scientifiche e consulenze nei settori in cui opera l'Azienda.
2. Per la composizione ed il funzionamento si rimanda alle "Linee Guida di riferimento per l'Istituzione ed il Funzionamento dei Comitati Etici" (D.M. 12.05.2006 recante norme sui requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali).
3. I componenti rappresentanti i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta sono designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.
4. In particolare, il Comitato Etico è chiamato ad esprimere pareri e valutazioni in ordine alla presenza nell'Azienda delle condizioni idonee ad una determinata sperimentazione clinica e fornire indicazioni sulla fattibilità ed attendibilità della stessa.
5. E' altresì compito del Comitato verificare e monitorare le implicazioni economiche, finanziarie e assicurative relative ad ogni sperimentazione nonché a fornire indicazioni in ordine a questioni di carattere bioetico.

Art. 37

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

1. La ASL Roma C ritiene prioritaria l'attenzione ed il controllo sull'appropriatezza prescrittiva di prestazioni diagnostiche e di farmaci o dispositivi, sia da parte di medici ospedalieri che operanti sul territorio.
2. L'appropriatezza prescrittiva è ritenuta funzionale al perseguimento dei seguenti obiettivi:
 - miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'erogazione di cure e servizi appropriati;
 - riduzione del rischio collegato alla somministrazione di sostanze o all'erogazione di prestazioni improprie;
 - razionalizzazione mirata ed efficace dei costi dell'assistenza sanitaria;
 - recupero dell'efficienza da parte dei servizi.
3. Per l'organizzazione ed il funzionamento della commissione per l'uso appropriato dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica si rimanda allo specifico regolamento di organizzazione, che deve

prevedere l'uso di strumenti di monitoraggio in grado di fornire al medico prescrittore informazioni in tempo reale, passando dall'appropriatezza basata sui costi all'appropriatezza clinica.

Art. 38

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

1. L'Azienda, al fine di uniformare su tutto il territorio aziendale i comportamenti delle commissioni di verifica in ordine all'accertamento dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, costituisce un'apposita Commissione di verifica, come previsto dal DCA n. U0013 del 23.03.2011 recante "Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio-sanitarie private. Regolamentazione e verifica requisiti".
2. Detta Commissione opera sotto il coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o di suo delegato, ed è composta da:
 - a) personale del Dipartimento di Prevenzione;
 - b) personale dell'Unità Operativa di Accreditamento e/o vigilanza sulle strutture sanitarie e socio- sanitarie;
 - c) esperto nell'attività specialistica oggetto di verifica;
 - d) personale qualificato iscritto al "Registro Regionale dei Facilitatori per la Qualità".
3. I membri della Commissione mantengono la propria posizione funzionale nell'ambito dei servizi e/o delle unità operative presso le quali prestano servizio.

CAPO VIII

LA PARTECIPAZIONE E LA TUTELA DEI DIRITTI DEL CITTADINO

Art. 39

I rapporti esterni: con i cittadini, le istituzioni e le forze sociali

1. Al fine di assicurare servizi sanitari sempre più appropriati ai bisogni di salute della comunità, la ASL Roma C vuole orientare la sua azione verso una prospettiva di vera partnership con i cittadini riconoscendone in pieno i diritti di informazione, ascolto, partecipazione e tutela.
2. In tale prospettiva, i principi ai quali si ispira l'azione dell'Azienda assumono il valore di strumenti costruttivi per rafforzare il rapporto di fiducia con la cittadinanza e riprogettare i servizi erogati in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.
3. La partecipazione del cittadino non è intesa limitatamente al processo di cura ma è garantita, nelle forme anche associative riconosciute dalla legge, negli ambiti relativi alla gestione dei servizi sanitari, alla definizione delle politiche per la salute e alla valutazione delle stesse.
4. Tutti gli stakeholder influenzano i processi per la salute e, pertanto, l'Azienda intende rafforzare il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni di volontariato e tutela nelle attività di progettazione, organizzazione e valutazione delle attività e nel conseguimento dei risultati, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità.
5. Per tali finalità, l'Azienda individua metodi e strumenti che favoriscono i processi di partecipazione, la tutela degli interessi degli utenti, una più agevole utilizzazione dei servizi, l'informazione sui servizi stessi, le procedure di reclamo.

Art. 40

I rapporti con l'Università

1. I rapporti tra la ASL Roma C e l'Università degli Studi Tor Vergata sono stati fino ad oggi disciplinati dal Protocollo d'intesa sottoscritto fra la Regione Lazio e l'Università di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 195/2005 nonché da apposita Convenzione Attuativa ASL/Università Tor Vergata, approvata con Delibera del Direttore Generale n. 782 del 21/07/2006, che definisce i rapporti tra le rispettive componenti universitaria e ospedaliera al fine di assicurare la migliore gestione dell'assistenza sanitaria nel rispetto dei fini istituzionali propri dell'Università.
2. La ASL Roma C si impegna a prendere atto del nuovo Protocollo di Intesa che la Regione si avvia a sottoscrivere con la Università allineando a questo protocollo d'intesa il quadro complessivo dei rapporti convenzionali tra ASL Roma C e Policlinico di Tor Vergata

Art. 41

Il bilancio di missione

1. L'Azienda – oltre ai documenti contabili di cui alla L.R. 146/1996 e s.m.i.-ha l'intendimento di redigere periodicamente un bilancio di missione/mandato con lo scopo di monitorare e rendere pubblico il

consuntivo delle proprie attività in termini di *output* e di *outcome*, di analizzare le relazioni costi-benefici e di rendicontare la propria responsabilità sociale.

2. Il bilancio di missione o di mandato è reso pubblico ed inviato alle istituzioni ed ai soggetti sociali di riferimento.

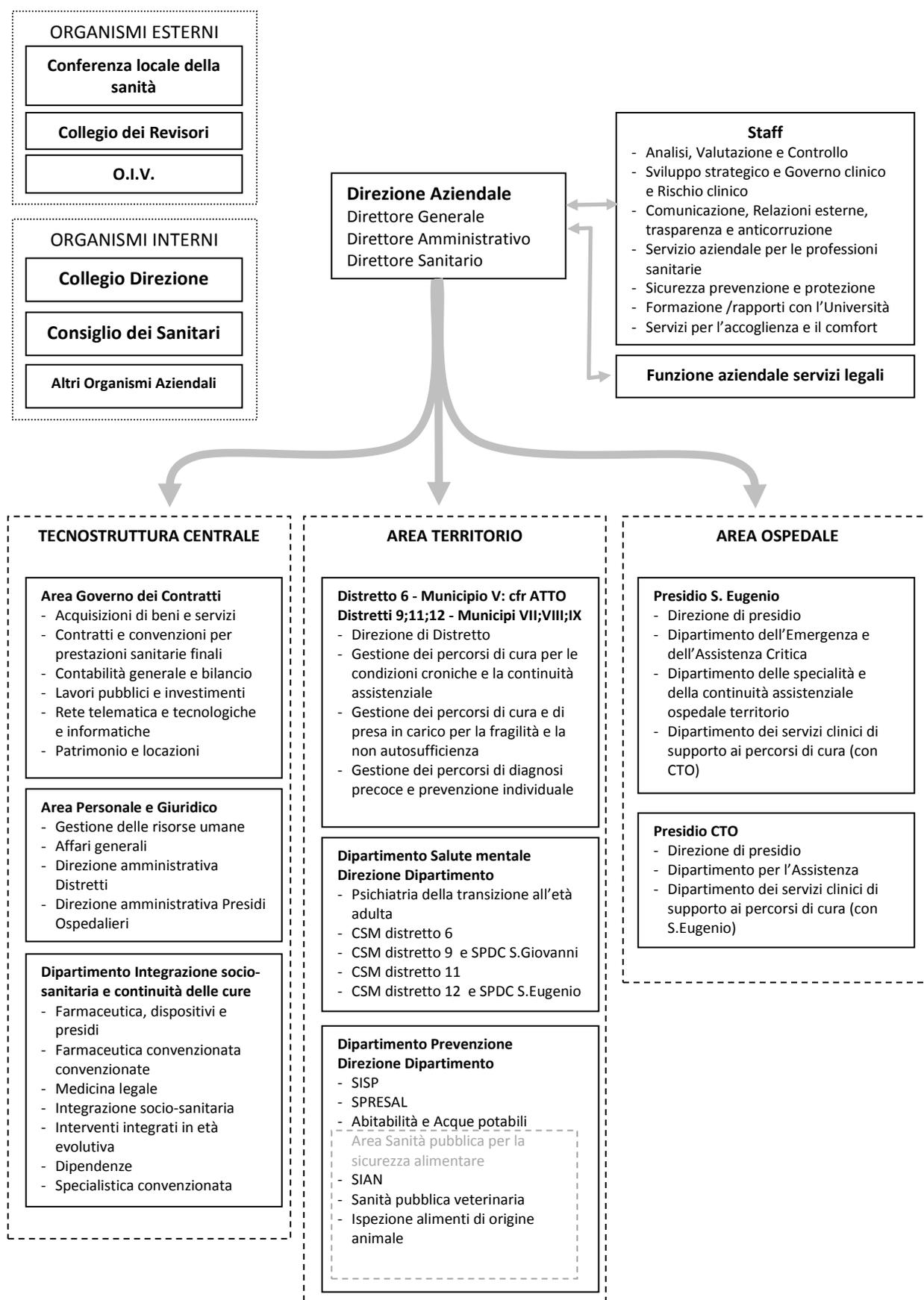
Art. 42

Norme finali e transitorie

1. Nell'All. 3 viene riportata una tabella di corrispondenza tra le UO previste dall'atto e la situazione attuale. Quelle che non trovano corrispondenza si intendono soppresse.
2. Resta inteso che, con riguardo ad eventuali incarichi già in essere di Direttore di una delle strutture complesse ricadenti nell'ipotesi di cui al secondo paragrafo del punto 1 del presente articolo, troveranno applicazione le previste garanzie contrattuali in materia di trattamento economico fino alla naturale scadenza dell'incarico stesso, fatta comunque salva la possibilità di ricollocazione ai sensi delle vigenti disposizioni.
3. Si precisa che l'attuale organigramma (All.1), comprensivo delle strutture complesse, così come indicato negli allegati elenchi (All.2) , deve considerarsi suscettibile di modifiche anche sostanziali alla luce delle future indicazioni e , pertanto, va valutato come assolutamente dinamico.
4. Le disposizioni contenute nel presente Atto Aziendale, nonché gli allegati, potranno essere oggetto di modifica in qualsiasi momento da parte della Direzione Aziendale anche in relazione a ulteriori prescrizioni normative nazionali e regionali, previo esperimento delle necessarie Relazioni Sindacali.
5. Tutte le successive ed ulteriori determinazioni necessarie a dare attuazione ai nuovi assetti definiti dal presente Atto Aziendale saranno assunte con specifiche deliberazioni, le quali preciseranno ed integreranno gli aspetti funzionali ed organizzativi che ne derivano.
6. Parimenti, qualsivoglia provvedimento che incida sugli incarichi dirigenziali in essere sarà assunto previo esperimento di tutte le procedure sindacali e di salvaguardia previste dai vigenti CCNL, e comunque conformemente alle disposizioni di cui al Decreto Commissariale n. 48/2011, avente ad oggetto "Recepimento regolamento per la ricollocazione e per la mobilità del personale appartenente alla Dirigenza medica e Veterinaria e alla Dirigenza SPTA a seguito di processi di ristrutturazione e riconversione"
7. Si precisa, infine, che con l'adozione del presente Atto Aziendale si determina, nei tempi e con le modalità in precedenza esplicitate, la soppressione degli organigrammi e degli assetti organizzativi rinvenienti dai precedenti Atti Aziendali.
8. Le modifiche delle UUOO organizzative a gestione universitaria, come definite nell'All. 3, troveranno effettiva attuazione all'esito del recepimento nel protocollo di intesa che disciplina i rapporti tra Regione Lazio e Università degli Studi Tor Vergata
9. Per le materie non trattate nel presente atto, si fa esclusivo riferimento alla legislazione nazionale e regionale vigente, in particolare al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i, al D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, ai contratti collettivi nazionali di lavoro, alla L.R. 24 dicembre 1996, n. 146 e s.m.i. (Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale).

ORGANIGRAMMA

All. 1



Allegato 2

ELENCO DELLE UUOCC, UOOSSDD (e di alcune UUOSS)

9 Macrostrutture

- A. LIVELLO CENTRALE
- B. MACROSTRUTTURA DISTRETTO 9 MUNICIPIO VII
- C. MACROSTRUTTURA DISTRETTO 11 MUNICIPIO VIII
- D. MACROSTRUTTURA DISTRETTO 12 MUNICIPIO IX
- E. MACROSTRUTTURA OSPEDALE S. EUGENIO DEA 1° LIVELLO
- F. MACROSTRUTTURA OSPEDALE SPECIALISTICO CTO
- G. MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO PREVENZIONE
- H. MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

14 Aree/Dipartimenti

- Aa. Area di Staff
- Ab. Area Governo dei contratti
- Ac. Area Personale e gestione amministrativa
- Ad. Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria, la continuità delle cure e le funzioni integrate territorio/ospedale
 - C. Distretto 9 Municipio VII
 - D. Distretto 11 Municipio VIII
 - E. Distretto 12 Municipio IX
- Fa. Dipartimento dell'Emergenza e dell'Assistenza Critica S.Eugenio
- Fb. Dipartimento delle specialità e della continuità assistenziale ospedale territorio S.Eugenio
- Fc. Dipartimento dei servizi clinici di supporto ai percorsi di cura S.Eugenio
- G. Dipartimento per l'assistenza CTO
- H. Dipartimento di Prevenzione
- I. Dipartimento di Salute Mentale

68 UOC; 19 UOSD; 6 UOS

Area di Staff

- 1. UOC Analisi, Valutazione e Controllo
- 2. UOC Sviluppo strategico e Governo clinico
- 3. UOSD Comunicazione, Relazioni esterne e Trasparenza
- 4. UOC Servizio aziendale per le professioni sanitarie
- 5. UOSD Sicurezza prevenzione e protezione
- 6. UOSD Formazione e rapporti con l'Università

Area personale e gestione amministrativa

- 1. UOC Gestione delle risorse umane
- 2. UOC Affari generali
- 3. UOC Direzione amministrativa per i Distretti
- 4. UOC Direzione Amministrativa per i Presidi

Area Governo dei Contratti

- 1. UOC Gestione delle acquisizioni di beni e servizi
- 2. UOC Gestione dei contratti e convenzioni per la fornitura di prestazioni sanitarie finali
- 3. UOC Lavori pubblici e investimenti
- 4. UOSD Patrimonio e locazioni
- 5. UOC Gestione rete telematica e tecnologie informatiche
- 6. UOC Gestione della Contabilità generale e del bilancio

Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria, la continuità delle cure e le funzioni integrate territorio/ospedale

1. UOC Farmaceutica, dispositivi e presidi
2. UOSD interaziendale Gestione contratti farmacie convenzionate
3. UOC Medicina legale
4. UOC Integrazione socio-sanitaria
5. UOC Interventi integrati in età evolutiva
6. UOC Dipendenze
7. UOSD interaziendale gestione contratti specialistica convenzionata

DISTRETTO 6

vedi Atto Aziendale, sezione 15.4 **“Considerazioni generali sull’assetto distrettuale e norme transitorie”**

DISTRETTO 9 – MUNICIPIO VII

1. UOC Direzione Distretto
2. UOC Gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
3. UOC Gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosufficienza
4. UOC Gestione dei percorsi di diagnosi precoce e prevenzione individuale

DISTRETTO 11 – MUNICIPIO VIII

1. UOC Direzione Distretto
2. UOC Gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
3. UOC Gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosufficienza
4. UOC Gestione dei percorsi di diagnosi precoce e prevenzione individuale

DISTRETTO 12 – MUNICIPIO IX

1. UOC Direzione Distretto
2. UOC Gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
3. UOC Gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosufficienza
4. UOC Gestione dei percorsi di diagnosi precoce e prevenzione individuale

OSPEDALE S.EUGENIO

1. UOC Direzione di Presidio

Dipartimento dell’Emergenza e dell’Assistenza Critica

1. UOC Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza
2. UOC Medicina acuti
3. UOC Ortopedia e traumatologia
4. UOC Chirurgia Generale
5. UOC Cardiologia
6. UOC Neurochirurgia
7. UOSD Chirurgia vascolare
8. UOC Anestesia e Terapia intensiva postoperatoria
9. UOC Terapia intensiva generale
10. UOC Ostetricia e Ginecologia
11. UOC Neonatologia e TIN
12. UOC Centro ustioni e Chirurgia plastica ricostruttiva

Dipartimento delle specialità e della continuità assistenziale ospedale territorio

1. UOC Geriatria
2. UOS Medicina postacuta (UOC Medicina acuti S. Eugenio)
3. UOSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
4. UOSD Nutrizione clinica
5. UOC Neurologia
6. UOC Nefrologia
7. UOS Riabilitazione (UOC Riabilitazione CTO)
8. UOC Ematologia
9. UOC Oculistica
10. UOC ORL
11. UOC Urologia
12. UOC Pediatria
13. UOSD Pneumologia
14. UOSD Gestione integrata dei percorsi di cura per i pazienti con malattie oncologiche a bassa prevalenza

Dipartimento dei servizi clinici di supporto ai percorsi di cura (con il CTO)

1. UOC Patologia clinica
2. UOSD Medicina trasfusionale
3. UOC Diagnostica per immagini
4. UOSD Anatomia patologica
5. UOSD Endoscopia digestiva
6. UOSD Medicina nucleare

OSPEDALE SPECIALISTICO CTO

1. UOC Direzione di Presidio

Dipartimento per l'assistenza

1. UOC Ortopedia generale
2. UOC Chirurgia della mano
3. UOS Chirurgia plastica ricostruttiva (UOC Centro Ustioni e Chirurgia Plastica ricostruttiva S.Eugenio)
4. UOS Neurochirurgia stereotassica (UOC Neurochirurgia S.Eugenio)
5. UOC Anestesia e Terapia intensiva
6. UOC Unità spinale
7. UOC Riabilitazione e recupero funzionale
8. UOC Reinserimento lavorativo e funzionamento sociale

Dipartimento dei servizi clinici di supporto ai percorsi di cura (con il S.Eugenio)

1. UOC Ingegneria clinica
2. UOS Diagnostica immagini (UOC Diagnostica Immagini S. Eugenio)
3. UOS Diagnostica strumentale SNC ed elettrofisiologia (UOC Neurologia S. Eugenio)

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

1. UOC SISP
2. UOC SPRESAL
3. UOSD interaziendale Progetti, Abitabilità e Acque potabili
4. UOSD SIAN
5. UOC Sanità pubblica veterinaria
6. UOC Ispezione degli alimenti di origine animale

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

1. UOSD Disagio mentale nella transizione all'età adulta
2. UOSD Disturbi del comportamento alimentare
3. UOC CSM distretto 9 Municipio VII
4. UOC SPDC S. Giovanni
5. UOC CSM distretto 11 Municipio VIII
6. UOC CSM distretto 12 Municipio IX
7. UOC SPDC S. Eugenio

ALLEGATO 3

n.prog	Unità Operativa attuale	n.prog	Unità Operativa nuovo Atto Aziendale
1	U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	1	Staff- UOC Sicurezza prevenzione e protezione
2	U.O.C. Controllo di gestione	2	Staff- UOC Analisi, Valutazione e Controllo
3	U.O.C. Sistemi Informativi Sanitari		
4	U.O.C. URP	3	Staff- UOSD Comunicazione, Relazioni esterne, trasparenza
5	U.O.C. Formazione, qualità, ricerca, sperimentazione gestionale	4	Staff- UOSD Formazione e rapporti con l'Università
6	U.O.S.D. Formazione permanente		
7	U.O.S.D. Formazione universitaria		
8	U.O.C. Servizio Assistenza infermieristica ed ostetrica	5	Staff- UOC Servizio aziendale per le professioni sanitarie
9	U.O.C. Servizio Assistenza Riabilitativa		
10	U.O.C. Servizio Attività Sanitarie Tecniche		
11	U.O.C. Analisi Organizzativa e Sviluppo governo clinico	6	Staff- UOC Sviluppo Strategico e Governo Clinico
12	U.O.C. Organizzazione e gestione Attività CUP/LPI		
13	U.O.C. Affari Generali	7	Personale e gestione amministrativa- UOC Affari generali
14	U.O.S.D. Direzione Amministrativa Distretto 6	8	Personale e gestione amministrativa- UOC Direzione Amministrativa per i Distretti
15	U.O.S.D. Direzione Amministrativa Distretto 9		
16	U.O.S.D. Direzione Amministrativa Distretto 11		
17	U.O.C. Direzione Amministrativa Distretto 12		
18	U.O.C. Direzione Amministrativa Polo ospedaliero	9	Personale e gestione amministrativa- UOC Direzione Amministrativa per i Presidi
19	U.O.C. Trattamento Giuridico del personale dipendente	10	Personale e gestione amministrativa- UOC Gestione delle risorse umane
20	U.O.C. Comitato Consultivo Zonale e Sviluppo Cure Primarie		
21	U.O.C. Trattamento Economico del personale dipendente		
22	U.O.S.D. Trattamento Giuridico ed Economico del personale in convenzione		
23	U.O.S.D. Gestione amministrativa attività libero professionale		
24	U.O.C. Accreditemento	11	Governo dei contratti- Gestione dei contratti e convenzioni per la fornitura di prestazioni sanitarie finali
25	U.O.C. Controlli e verifiche		
26	U.O.S.D. Amministrativa di supporto alle attività di accreditamento e controllo		
27	U.O.C. Gestione delle Contabilità'	12	Governo dei contratti- UOC Gestione della Contabilità generale e del bilancio
28	U.O.C. Bilanci e Rendicontazioni		
29	U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi	13	Governo dei contratti- UOC Gestione delle acquisizioni di beni e servizi
30	U.O.C. Sistema Informatico	14	Governo dei contratti- UOC Gestione rete telematica e tecnologie informatiche
31	U.O.C. Tecnica e manutentiva	15	Governo dei contratti- UOC Lavori pubblici e investimenti
32	U.O.C. Patrimonio e Gestione Amministrativa	16	Governo dei contratti- UOSD Patrimonio e locazioni
		17	Funzioni integrate- UOC Dipendenze
33	U.O.C. Farmacia C.T.O. A. Alesini	18	Funzioni integrate- UOC Farmaceutica e dispositivi
34	U.O.C. Farmacia S. Eugenio		
35	U.O.S.D. Centro unico territoriale distribuzione farmaci e dispositivi		
36	U.O.S.D. Laboratorio di galenica clinica		
37	U.O.C. Servizio Farmaceutico Territoriale	19	Funzioni integrate- UOSD Gestione contratti farmacie convenzionate
38	U.O.S.D. Amministrativa Dip.to Farmaceuticoe di Farmacoeconomia Aziendale		
		20	Funzioni integrate- UOC Integrazione socio-sanitaria
		21	Funzioni integrate- UOC Interventi integrati in età evolutiva
39	U.O.S.D. Medicina legale Distretto 6	22	Funzioni integrate- UOC Medicina legale
40	U.O.S.D. Medicina legale Distretto 9		
41	U.O.C. Medicina legale		
42	U.O.S.D. Medicina legale Distretto 12		
43	U.O.C. Assistenza specialistica territoriale - coordinamento funzionale aziendale	23	Funzioni integrate- UOSD (interaziendale) Gestione contratti specialistica convenzionata

44	U.O.S.D. Poliambulatorio I Distretto 6		Cfr. Atto Aziendale
45	U.O.C. SERT Distretto 6		
46	U.O.C. Tutela della Salute e riabilitazione disabili adulti		
47	U.O.S.D. Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione nell'Età Evolutiva Distretto 6		
48	U.O.C. Terapia del Dolore e Anestesia		
49	U.O.S.D. Assistenza Domiciliare Distretto 6		
50	U.O.S.D. Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva Distretto 6		
51	U.O.C. Assistenza primaria, domiciliare e per la continuità assistenziale	24	Distretto 9- UOC Gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosufficienza
52	U.O.C. SERT Distretto 9		
53	U.O.S.D. Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione nell'Età Evolutiva Distretto 9		
54	U.O.S.D. Tutela della Salute e riabilitazione disabili adulti Distretto 9		
55	U.O.C. Tutela della Salute dell'Infanzia, della Donna e della Famiglia	25	Distretto 9- UOC Gestione dei percorsi di diagnosi precoce e prevenzione individuale
56	U.O.S.D. Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva Distretto 9		
57	U.O.S.D. Poliambulatorio I Distretto 9	26	Distretto 9- UOC Direzione Distretto
58	U.O.S.D. Poliambulatorio II Distretto 9		
		27	Distretto 9- UOC Gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
59	U.O.C. SERT Distretto 11	28	Distretto 11- UOC Gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosuff.
60	U.O.C. Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione nell'Età Evolutiva		
61	U.O.S.D. Assistenza Domiciliare Distretto 11		
62	U.O.S.D. Tutela della Salute e riabilitazione disabili adulti Distretto 11		
63	U.O.S.D. Assistenza HIV Distretto 11		
64	U.O.S.D. Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva Distretto 11	29	Distretto 11- UOC Gestione dei percorsi di diagnosi precoce e prevenzione individuale
65	U.O.S.D. Poliambulatorio I Distretto 11	30	Distretto 11- UOC Direzione Distretto
		31	Distretto 11- UOC Gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
66	U.O.C. SERT Distretto 12	32	Distretto 12- UOC Gestione dei percorsi di cura e di presa in carico per la fragilità e la non autosufficienza
67	U.O.S.D. Assistenza Domiciliare Distretto 12		
68	U.O.S.D. Tutela della Salute e riabilitazione disabili adulti Distretto 12		
69	U.O.S.D. Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione nell'Età Evolutiva Distretto 12		
70	U.O.S.D. Assistenza HIV Distretto 12		
71	U.O.C. Medicina Preventiva dell'Età Evolutiva	33	Distretto 12- UOC Gestione dei percorsi di diagnosi precoce e prevenzione individuale
72	U.O.S.D. Poliambulatorio I Distretto 12	34	Distretto 12- UOC Direzione Distretto
73	U.O.S.D. Poliambulatorio II Distretto 12		
		35	Distretto 12- UOC Gestione dei percorsi di cura per le condizioni croniche e la continuità assistenziale
74	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	36	S.Eugenio- Terapia Intensiva generale
75	U.O.C. Anatomia ed istologia patologica	37	S.Eugenio- UOSD Anatomia patologica
76	U.O.C. Cardiologia	38	S.Eugenio- UOC Cardiologia
77	U.O.S.D. DH Cardiologico		
78	U.O.C. A.S. Centro Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica	39	S.Eugenio- UOC Centro ustioni e Chirurgia plastica ricostruttiva
79	U.O.C. Chirurgia generale e d'urgenza I CTO	40	S.Eugenio- UOC Chirurgia Generale
80	U.O.C. Chirurgia generale e d'urgenza II CTO		
81	U.O.S.D. Chirurgia a prevalente indirizzo oncologico		
82	U.O.C. Chirurgia d'urgenza		
83	U.O.C. Chirurgia Generale		
84	U.O.S.D. Chirurgia - Presidio S. Caterina della Rosa		
85	U.O.S.D. Laparoscopia e tecnologie avanzate in chirurgia	41	S.Eugenio- UOC Diagnostica per immagini
86	U.O.C. Radiodiagnostica S. Eugenio		
87	U.O.C. Radiodiagnostica C.T.O. A. Alesini		

88	U.O.C. Radiodiagnostica Territoriale		
89	U.O.C. Direzione Sanitaria - S.Eugenio	42	S.Eugenio- UOC Direzione di Presidio
90	U.O.C. Ematologia	43	S.Eugenio- UOC Ematologia
91	U.O.S.D. Centro trapianti midollo		
92	U.O.S.D. DH Ematologico		
93	U.O.S.D. DH Talassemici		
94	U.O.C. Servizio di Endocrinologia	44	S.Eugenio- UOSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
95	U.O.C. Geriatria per acuti	45	S.Eugenio- UOC Geriatria
96	U.O.C. Servizio di Reumatologia	46	S.Eugenio- UOC Medicina acuti
97	U.O.S.D. Subintensiva polivalente a breve osservazione		
98	U.O.C. Medicina I		
99	U.O.C. Medicina II		
100	U.O.C. Oncologia Medica		
101	U.O.S.D. Angiologia		
102	U.O.C. Nefrologia e Dialisi - Centro di Riferimento Regionale	47	S.Eugenio- UOC Nefrologia
103	U.O.C. Neonatologia	48	S.Eugenio- UOC Neonatologia e TIN
104	U.O.S.D. Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico	49	S.Eugenio- UOC Neurochirurgia
105	U.O.C. Neurologia e Stroke Unit	50	S.Eugenio- UOC Neurologia
106	U.O.S.D. Neurofisiopatologia		
107	U.O.C. Oftalmologia	51	S.Eugenio- UOC Oculistica
108	U.O.C. Otorinolaringoiatria	52	S.Eugenio- UOC Otorinolaringoiatria
109	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	53	S.Eugenio- UOC Ortopedia e Traumatologia
110	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia	54	S.Eugenio- UOC Ostetricia e Ginecologia
111	U.O.S.D. Pianificazione Familiare ed applicazione legge 194/78		
112	U.O.S.D. Ginecologia oncologica		
113	U.O.S.D. Sterilità-poliabortività		
114	U.O.C. Pediatria	55	S.Eugenio- UOC Pediatria
115	U.O.C. Medicina di Accettazione e d'Urgenza	56	S.Eugenio- UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
116	U.O.C. Urologia	57	S.Eugenio- UOC Urologia
117	U.O.S.D. Urologia - Litotripsia		
118	U.O.S.D. Urologia a prevalente indirizzo oncologico		
119	U.O.C. Chirurgia vascolare	58	S.Eugenio- UOSD Chirurgia Vascolare
120	U.O.C. Servizio di Gastroenterologia e endoscopia digestiva	59	S.Eugenio- UOSD Endoscopia Digestiva
121	U.O.C. Medicina Nucleare	60	S.Eugenio- UOSD Medicina nucleare
122	U.O.S.D. Nutrizione Clinica	61	S.Eugenio- UOSD Nutrizione clinica
123	U.O.C. Anestesia e Rianimazione perioperatoria	62	S.Eugenio- UOC Anestesia e Terapia intensiva postoperatoria
124	U.O.C. Patologia clinica	63	S.Eugenio-UOC Patologia Clinica
125	U.O.C. Medicina Trasfusionale	64	S.Eugenio-UOSD Medicina Trasfusionale
		65	S.Eugenio- UOSD Gestione integrata percorsi di cura pazienti oncologici a bassa prevalenza
		66	S.Eugenio-UOSD Pneumologia
126	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	67	CTO- UOC Anestesia e Terapia intensiva
		68	CTO- UOC Chirurgia della mano
127	U.O.C. Direzione Sanitaria - C.T.O. A. Alesini	69	CTO- UOC Direzione di Presidio
128	U.O.C. Tecnologie biomediche / Ingegneria Clinica	70	CTO- UOC Ingegneria clinica
129	U.O.C. Traumatologia I	71	CTO- UOC Ortopedia generale
130	U.O.C. Traumatologia II		
131	U.O.S.D. Chirurgia del Piede		
132	U.O.C. Ortopedia I		
133	U.O.C. Ortopedia II		
		72	CTO- UOC Reinserimento lavorativo e funzionamento sociale
134	U.O.C. Recupero e Riabilitazione	73	CTO- UOC Riabilitazione e recupero funzionale

135	U.O.C. A.S. Unità Spinale Unipolare	74	CTO- UOC Unità spinale
136	U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Primarie	75	Dipartimento Prevenzione- UOC Sicurezza alimentare
137	U.O.C. Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale		
138	U.O.C. Servizio Interzonale Progetti, Abitabilità ed Acque Potabili	76	Dipartimento Prevenzione UOSD Servizio Interzonale Progetti, Abitabilità ed Acque Potabili
139	U.O.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	77	Dipartimento Prevenzione - UOSD Nutrizione
140	U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica	78	Dipartimento Prevenzione - UOC SISP
141	U.O.C. Screening oncologici		
142	U.O.S.D. Sistema informativo - Epidemiologia dipartimentale		
143	U.O.S.D. Educazione alla Salute		
144	U.O.C. Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	79	Dipartimento Prevenzione UOC SPRESAL
145	U.O.C. Sanità Animale	80	Dipartimento Prevenzione - UOC Sanità Veterinaria
146	U.O.C. Salute Mentale D11	81	DSM- UOC CSM distretto 11
147	U.O.C. S.P.D.C. Osp. S.Eugenio	82	DSM- UOSD interdistrettuale SPDC S.Eugenio
148	U.O.C. Salute Mentale D12	83	DSM- UOC CSM distretto 12
149	U.O.C. Salute Mentale D6	84	DSM- UOC CSM distretto 6
150	U.O.C. S.P.D.C. (presso Az. Osp. San Giovanni Addolorata)	85	DSM- UOSD interdistrettuale SPDC S.Giovanni
151	U.O.C. Salute Mentale D9	86	DSM- UOC CSM distretto 9
152	U.O.C. Disturbi del comportamento alimentare	87	DSM- UOSD Disturbi del comportamento alimentare
		88	DSM- UOC Disagio mentale nella transizione all'età adulta
153	U.O.S.D. Gestione amministrativa della direzione strategica		
154	U.O.S.D. Amministrativa Dip.to Servizi Aziendali		
155	U.O.S.D. Attività amministrative Dip.to di Prevenzione		
156	U.O.S.D. Piani Operativi e di Sviluppo Di.to Prevenzione		
157	U.O.C. Direzione Distretto 6		
158	U.O.C. Direzione Distretto 9		
159	U.O.C. Direzione Distretto 11		
160	U.O.C. Direzione Distretto 12		
161	U.O.S.D. Day-surgery multidisciplinare		