



ATTO AZIENDALE

ASL Roma E

Approvato con Deliberazione n. 718 del 17.11.2014



INDICE

Titolo I - L'Azienda

Art. 1 – Denominazione, territorio di riferimento, sede legale, logo aziendale e sito internet	5
Art. 2 – Bacino di Utente e Demografia	6
Art. 3 – La Missione	9
Art. 4 – Principi guida dell'azione aziendale	9
Art. 5 – La Rete dell'Offerta	10
5.1 Strutture a Gestione Diretta	10
5.2 Strutture Autorizzate e Accreditate	14
Art. 6 – Il patrimonio immobiliare	22
Art. 7 – Il Personale	23
Art. 8 – Il Bilancio	25

Titolo II - Gli organi

Art. 9 – Il Direttore Generale	25
Art. 10 – Il Collegio di Direzione	28
Art. 11 – Il Collegio Sindacale	28

Titolo III – Il sistema di relazioni

Art. 12 – L'Azienda e il Cittadino	29
Art. 13 – Le relazioni con Roma Capitale e la Conferenza Locale per la Sanità	29
Art. 14 – Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali	29
Art. 15 - Le Relazioni con altre Aziende ed Amministrazioni Pubbliche	30
Art. 16 – Le relazioni con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e socio - sanitarie e con i fornitori di beni e servizi	30
Art. 17 - Responsabilità Sociale e Conferenza dei Servizi	31

Titolo IV – Principi di governo dell'Azienda

Art. 18 – Principi e logiche generali di governo dell'Azienda	31
Art. 19 – Il governo clinico	32
Art. 20 – Il governo economico	33
Art. 21 – La continuità assistenziale e i processi assistenziali	34
Art. 22 – La Casa della Salute	35
Art. 23 – L'integrazione socio – sanitaria	35
Art. 24 – Criteri generali di organizzazione	36
Art. 25 – Principi di gestione delle risorse umane	36

Titolo V – La Direzione Aziendale e gli Organismi Collegiali

Art. 26 – La Direzione Aziendale	37
Art. 27 - Il Direttore Amministrativo	38
Art. 28 - Il Direttore Sanitario	38
Art. 29 – Il Consiglio dei Sanitari	40
Art. 30 – L’Organismo Indipendente di Valutazione	40
Art. 31 Il Comitato Etico	41
Art. 32 – Comitato Unico di Garanzia per la Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi Lavora e Contro le Discriminazioni (CUG)	41
Art. 33 – Le Consulte	42
Art. 34 – Altri Organismi	43

Titolo VI – La struttura aziendale

Art. 35 – L’articolazione aziendale in Strutture Operative	43
35.1 Il modello dipartimentale	44
35.2 L’Area Funzionale	45
35.3 La struttura Complessa	46
35.4 Le Strutture Semplici a valenza dipartimentale. Le Strutture Semplici all’interno di quelle Complesse. Gli Incarichi di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento. Gli Incarichi professionali	46
Art. 36 – L’Area di Direzione Aziendale	47
Art. 37 – L’Area Governo della Rete	47
Art. 38 – Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali	47
Art. 39 – L’Area dell’Assistenza Ospedaliera	49
39.1 Il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero	50
Art. 40 – L’Area dell’Assistenza Territoriale	50
40.1 I Distretti	51
40.2 Il Dipartimento di Salute Mentale	53
40.3 Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale	54
Art. 41 – Il Dipartimento di Prevenzione	54
Art. 42 – Il Dipartimento di Epidemiologia (DEP) del SSR del Lazio	55
Art. 43 – Il Dipartimento Servizi Amministrativi e Tecnico-Logistici	56
Art. 44 – L’Area Risorse Umane	57

Titolo VII – Sistemi e strumenti per il governo e la gestione

Art. 45 - Criteri generali	57
Art. 46 – La pianificazione strategica	57
Art. 47 - La programmazione annuale	58
Art. 48 – Soluzioni organizzative flessibili per l’attuazione di piani, programmi e progetti	58
Art. 49 – Il Dirigente Preposto alla redazione di documenti contabili	59



Art. 50 – Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e il Responsabile della trasparenza	59
Art. 51 – Il Responsabile del trattamento dei dati personali	59
Art. 52 – Il Sistema dei Controlli e di Valutazione	59
Art. 53 – La rendicontazione sociale	61
Art. 54 – I processi di acquisto	62
Art. 55 – Il Risk management	62
Art. 56 – La libera professione	63
Art. 57 – Il Servizio Ispettivo	64
Titolo VIII – Sviluppo continuo delle professionalità	
Art. 58 – Il patrimonio professionale dell’Azienda	64
Art. 59 – Il sistema di valutazione individuale	64
Art. 60 – Lo sviluppo delle competenze e la formazione	65
Art. 61 – La tipologia degli incarichi dirigenziali	66
Art. 62 – La graduazione, attribuzione e revoca degli incarichi	67
Art. 63 – Deleghe, avocazione, autotutela e recesso	68
Titolo IX – Norme finali e transitorie e rinvio ad atti ed allegati	
Art. 64 – Norme finali e transitorie	68
Art. 65 – Atti allegati	69
Art. 66 – Rinvio a Regolamenti	69

Titolo I – L’Azienda

ART. 1 – DENOMINAZIONE, TERRITORIO DI RIFERIMENTO, SEDE LEGALE, LOGO AZIENDALE E SITO INTERNET

- **Denominazione:** ASL Roma E
- **Sede legale:** Roma, Borgo Santo Spirito n. 3
- **Codice fiscale e partita IVA** 04736011000
- **Codice identificativo regionale:** 120105
- **Logo aziendale** è quello di seguito rappresentato, con accanto il logo della Regione Lazio:



Il sito internet dell’Azienda: www.asl-rme.it

Normativa di riferimento: la disciplina che regola il presente Atto di Autonomia Aziendale trova fondamento nella seguente normativa:

- D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 denominato *“Riordino della disciplina in materia Sanitaria, a norma dell’art. 1 L. 23 ottobre 1992, n. 421”* e s.m.i. ;
- L.R. 16 giugno 1994, n. 18 istitutiva delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere che recepisce i contenuti del D.Lgs 30 settembre 1992, n. 502 e s.m.i. unitamente ai DCA 30 settembre 2010, n. 80, 28 maggio 2013, n. 206 e 5 luglio 2013, n. 234;
- D.Lgs 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni in L. 7 agosto 2012 n. 135, recante *“Disposizioni urgenti iper la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”*;
- D.L. 13 settembre 2012, n. 158 recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo mediante un più alto livello di tutela della salute”*;
- L.R. 14 luglio 2014, n. 7 recante *“ Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell’ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie”*;
- DCA 6 agosto 2014 n. 259 recante *“approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie Regione Lazio”*

Ambito territoriale di riferimento comprende i Municipi XIII, XIV e XV, nonché la parte del Municipio I (Prati Trionfale) collocata sulla riva destra del Tevere che corrisponde all’ ex Municipio XVII;

Superficie totale: 329.26 km/q.

Di seguito è riportata la mappa geografica del territorio dell'Azienda Roma E



L'Azienda si articola territorialmente in quadro Distretti, come specificato nella tabella 1.

Nella tab. 1 vengono indicate le sedi dei Distretti

Distretto 1 (Municipio I)	Lungotevere della Vittoria 3
Distretto 13 (Municipio XIII)	Via Boccea, 271
Distretto 14 (Municipio XIV)	Piazza S. Maria della Pietà, 5
Distretto 15 (Municipio XV)	Viale di Tor di Quinto, 33A

Tabella 1

Con il presente atto aziendale di diritto privato, l'Azienda esprime la propria "missione", i principi ed il sistema di valori che devono orientare l'operato dell'organizzazione e i comportamenti dei singoli, il sistema di relazioni e le logiche generali di governo dell'azienda, la struttura organizzativa, i sistemi operativi e gli strumenti a supporto della gestione e dello sviluppo professionale degli operatori.

ART. 2 – BACINO DI UTENZA E DEMOGRAFIA

La popolazione che fa riferimento alla ASL ROMA E per le sue esigenze di assistenza e di cura è composta per una parte dai residenti sul territorio dell'Azienda, per una parte da soggetti temporaneamente o stabilmente presenti e per una parte da soggetti altrove domiciliati che utilizzano, con diversa regolarità le sue strutture di erogazione.

La tab. 2 riepiloga, per ciascun Distretto la distribuzione della popolazione residente nella ASL Roma E, l'estensione territoriale del Distretto, la densità abitativa e il peso demografico (Fonte: Comune di Roma-Ufficio di Statistica e Censimento -anno 2012)

Distretti	Municipi	Popolazione totale	Estensione territoriale Km ²	Densità abitativa (Abitanti/Km ²)	Peso demografico (pop. Mun./totale pop. ASL %)
Distretto 1	Municipio I (parte)	68.132	5,6	12.166	12,3
Distretto 13	Municipio XIII	137.566	68,7	2.002	24,8
Distretto 14	Municipio XIV	189.512	131,3	1.443	34,1
Distretto 15	Municipio XV	160.423	186,7	859	28,9
ASL Roma E		555.633	392,3	1.416	/

Tabella 2

Nella tab. 3 è rappresentata la popolazione dei Distretti della ASL Roma E, ripartita per le principali classi di età.

Distretti	0-14	15-49	50-64	65-74	> 75	TOTALE
Distretto 1	7.302	27.473	14.559	8.805	9.993	68.132
Distretto 13	18.098	61.090	26.954	15.073	16.351	137.566
Distretto 14	26.348	86.005	36.998	19.490	20.671	189.512
Distretto 15	22.465	74.121	31.665	16.444	15.728	160.423
TOTALE	74.213	248.689	110.176	59.812	62.743	555.633

Tabella 3

Nella tab. 4 è rappresentata la popolazione dei Distretti della ASL Roma E, ripartita per le principali classi di età e per genere. La popolazione femminile risulta sensibilmente prevalente (53,5%), soprattutto nell'età avanzata.

	M	%	F	%
0-14	38.112	14,75	36.101	12,14
15-49	119.217	46,15	129.472	43,55
50-64	50.994	19,74	59.182	19,91
65-74	26.084	10,10	33.728	11,35
>75	23.944	9,27	38.799	13,05
Totale	258.351	46,50	297.282	53,50

Tabella 4

Nella tab. 5 per ciascun Distretto, vengono indicati l'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione > 65 aa. e quella < 14 aa.), il tasso di invecchiamento (rapporto tra la popolazione ultra 65enne e la popolazione totale), l'indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione di età non attiva, 0-14 e 65 aa. e oltre e la popolazione tra 15 e 64 aa.), e infine due indici specifici, l'indice di dipendenza anziani (rapporto tra la popolazione anziana, 65 aa. e oltre e la popolazione tra 15 e 64 aa.), e l'indice di dipendenza giovani (rapporto tra la popolazione tra 15 e 64 aa e popolazione anziana, 65 aa. e oltre).

Gli indicatori demografici evidenziano che il territorio della ASL Roma E è demograficamente senile, dove la natalità e la mortalità decrescono continuamente, con proporzioni di popolazione anziana molto alte.

Si evidenzia una certa eterogeneità: il Distretto 1 è caratterizzato da un indice di vecchiaia elevato, i distretti 13, 14 e 15 si collocano in posizione intermedia e in linea con il dato di Roma. Se si esaminano e si confrontano gli stessi valori

riferiti all'anno 2006, si conferma che l'onda lunga dell'invecchiamento della popolazione si sta comunque estendendo velocemente.

Distretto	Indice di vecchiaia		indice di invecchiamento		Indice dipendenza		Indice dipendenza anziani		Indice dipendenza giovani	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Distretto 1	255,8	257,4	26,4	27,6	61,4	62,1	41,8	44,7	16,3	17,4
Distretto 13	170	173,6	21,8	22,8	55,6	56,2	33,4	35,7	19,7	20,6
Distretto 14	152,5	152,4	20,8	21,2	54	54,1	31,8	32,7	20,8	21,4
Distretto 15	137,6	143,2	19,2	20,1	51,4	51,6	28,8	30,4	20,9	21,2
ASL Roma E	163,7	165,1	21,4	22,1	54,5	54,8	32,7	34,1	20	20,7

Tabella 5

L'indice di vecchiaia si è incrementato rispetto al 2006 e indica che per ogni 100 giovani ci sono 165 anziani, il che conferma l'andamento demografico in atto in tutta Italia e nei paesi occidentali.

Anche l'indice di invecchiamento è incrementato e rappresenta la percentuale di persone over 65enni nella popolazione residente che è pari al 22,1%.

Il valore dell'indice di dipendenza pari al 54,8 indica che la popolazione non attiva è oltre la metà di quella attiva e, considerato che tra la popolazione attiva non tutti svolgono attività lavorative per varie cause (studio, disoccupazione, casalinghe, ecc), questa percentuale è da considerarsi elevata.

L'indice dipendenza giovani evidenzia che la percentuale tra i giovani in età non lavorativa, con età compresa tra i 0-14 anni, e quella della popolazione in età lavorativa, cioè compresa tra i 15-64 anni di età, è pari al 20,7%. Al contrario del precedente, l'indice di dipendenza anziani, ovvero la % della popolazione in età non lavorativa e quella in età lavorativa, nel 2012 è pari al 34,1% , anch'esso incrementato nei confronti del 2006.

La tab. 6 evidenzia la distribuzione della popolazione immigrata iscritta in anagrafe per principali classi di età nei 4 Distretti della ASL.

Distretto	0-14	15-24	25-44	45-64	ultra 65	Totale	Incidenza % su pop. totale (555.633)
Distretto 1	665	465	3.120	2.736	916	7.902	1,4
Distretto 13	2.372	1.455	8.403	5.414	2.327	19.971	3,6
Distretto 14	3.268	1.766	9.729	6.015	1.262	22.040	4,0
Distretto 15	4.062	2.616	13.162	8.742	2.254	30.836	5,5
TOTALE	10367	6302	34414	22907	6759	80749	

Tabella 6

La popolazione residente non esaurisce il bacino di utenza permanente delle strutture sanitarie ubicate sul territorio dell'Azienda che subisce l'impatto:

- del pendolarismo verso i quartieri del centro storico di una quota della popolazione residente in altre aree della città e della Regione
- degli imponenti flussi turistici che si indirizzano in particolare verso il Vaticano

- della stabile afferenza alle strutture della Roma E di una quota della popolazione residente nelle Aziende sanitarie limitrofe, in particolare nella ASL Roma A, soprattutto per quanto riguarda i servizi specialistici e il ricovero ospedaliero
- da una quota di popolazione straniera temporaneamente presente ma non registrata nei sistemi anagrafici
- da una consistente saldo attivo di mobilità sanitaria soprattutto verso le strutture di 2° e 3° livello ubicate sul territorio dell'azienda.

Una stima di questo bacino di utenza "allargato" si presenta certamente problematica e la natura dei servizi richiesti non riguarda l'intera gamma dell'offerta aziendale, concentrandosi su specifiche prestazioni assistenziali ed escludendo le molte attività, soprattutto territoriali, che si riferiscono alla prevenzione, alla salute mentale e, più in generale, agli interventi di tutela della salute e di presa in carico. Nonostante questi aspetti specifici è comunque necessario valutare le dimensioni di questa quota di popolazione aggiuntiva per una adeguata programmazione ed una efficace gestione dei servizi. Se si basa questa valutazione sui dati di attività disponibili, in particolare dai sistemi informativi del Pronto Soccorso, dell'Assistenza specialistica ambulatoriale e del Ricovero e sui dati prodotti dal Comune di Roma e da altre fonti istituzionali è possibile stimare, in termini estremamente conservativi:

- una popolazione pendolare di circa 20.000 presenze giornaliere medie
- flussi turistici per circa 40.000 presenze giornaliere medie
- una popolazione residente in altre aziende e stabilmente afferente alle strutture aziendali per circa 100.000 presenze giornaliere medie
- una popolazione di stranieri temporaneamente presenti corrispondente a circa 10.000 presenze giornaliere medie
- un saldo attivo di mobilità esclusivamente sanitaria di circa 300.000 accessi/anno per un numero medio di presenze giornaliere di circa 50.000 persone.

La consistenza complessiva di questo bacino di utenza aggiuntivo è quindi pari a circa 220.000 presenze giornaliere medie, oltre a 555.000 abitanti residenti.

ART. 3 – LA MISSIONE

La Costituzione della Repubblica, all'articolo 32, definisce la salute "Diritto dell'individuo e interesse della collettività".

L'Azienda, nel quadro delle risorse ad essa destinate, ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso prestazioni preventive, di cura e riabilitative, prodotte ed erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea e il rispetto degli obiettivi costituzionali e il rispetto dei vincoli di bilancio definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali del Comune di Roma e dei Municipi di riferimento, per quanto espressamente previsto o delegato.

ART. 4 – PRINCIPI GUIDA DELL'AZIONE AZIENDALE

I principi-guida ai quali l'Azienda ispira la propria azione nel perseguimento della missione sono:

- il **rispetto della persona, l'universalità e l'equità di accesso nei servizi**, l'etica professionale, l'umanizzazione degli interventi;
- **la centralità della persona**, intesa sia come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace sia come soggetto temporaneamente o permanentemente incapace di scelte autonome, ed il costante riferimento alla comunità locale, alla luce dei principi di socialità e sussidiarietà;

- le finalità di **servizio pubblico**, dalla semplice risposta ai bisogni sanitari alla tutela della salute in senso generale, attraverso:
 - ✓ l'attività di educazione e prevenzione
 - ✓ la priorità al territorio e all'integrazione del percorso territorio-ospedale
 - ✓ la tutela dei soggetti deboli e fragili con un orientamento continuo alla qualità clinico-assistenziale, all'appropriatezza, al coinvolgimento e alla qualificazione delle risorse umane, da sostenere con programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;
- il buon uso **delle risorse**, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio, secondo principi di legalità e di **rispetto delle regole** e di perseguimento della efficienza ed efficacia degli interventi e di partecipazione e trasparenza delle informazioni nei confronti dei cittadini e dei professionisti, e delle azioni di prevenzione di malfunzionamenti dell'amministrazione ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- l'orientamento alla **qualità e all'innovazione**, in una logica di miglioramento continuo dell'organizzazione e di sviluppo delle professionalità.

ART. 5 – LA RETE DI OFFERTA

Sul territorio dell'Azienda è presente una elevata concentrazione di strutture sanitarie appartenenti a diverse tipologie di offerta e con differenti tipologie di rapporto con il Servizio Sanitario Regionale.

Il riepilogo presentato nelle tabelle seguenti suddivide le strutture sulla base della natura giuridica del rapporto con il SSR e sulla base della attività svolta

5.1 - Strutture a gestione diretta

a. Polo Ospedaliero

I presidi ospedalieri direttamente gestiti dall'Azienda sono l'Ospedale San Filippo Neri, l'Ospedale S. Spirito e l'Ospedale Monospecialistico Oftalmico - centro di riferimento regionale; nonché sino al completamento della procedura di accreditamento prevista dai Programmi Operativi 2013-2015 della Regione Lazio, la Casa di Cura Villa Betania e la Casa di Cura Salus Infirmorum, in conseguenza della convenzione in essere ai sensi della vigente normativa di riferimento. Essi costituiscono il Polo Ospedaliero unico aziendale.

Vengono di seguito riportati i posti letto per singola struttura e per specialità - autorizzati dal provvedimento commissariale sul riordino della rete ospedaliera, DCA U00368/2014 (Chirurgia Maxillo-Facciale, Day Surgery Multispecialistico) - corredati dei codici presenti HSP11, HSP12 e HSP13 (tab. 6.1)

Polo ospedaliero

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120030	Ospedale Santo Spirito e Villa Betania	8	Cardiologia	18	0
			Area Medica	50	0
		2	Day Hospital Multispecialistico	0	28
			Totale	68	28
			Area Chirurgica	80	0
		98	DS - multispecialistico	0	21
			Totale	80	21
		49	Terapia intensiva	10	0
		50	Unità Coronarica	6	0
		51	Astanteria/Breve oss./ Medicina d'Urgenza	12	0
			Totale	28	0
		370	Ostetricia	12	0
		62	Neonatologia	4	0

			Totale	16	0
		40	Psichiatria	16	2
			Totale	16	2
		56	Recupero e Riabilitazione	49	4
			Totale	49	4
Totale				257	55
120030	Ospedale Regionale Oftalmico	98	Area Chirurgica	10	0
			Oculistica	0	8
Totale				10	8
120903	Ospedale San Filippo Neri	8	Cardiologia	40	0
			Area Medica	120	0
		2	Day Hospital Multispecialistico	0	25
			Totale	160	25
			Area Chirurgica	78	0
		10	Chirurgia Maxillo - Facciale	6	0
		14	Chirurgia Vascolare	16	0
		30	Neurochirurgia	16	0
		98	DS - multispecialistico	0	12
			Totale	116	12
		49	Terapia intensiva	20	0
		50	Unità Coronarica	8	0
		51	Astanteria/Breve oss./ Medicina d'Urgenza	18	0
			Totale	46	0
		37 O	Ostetricia	16	0
		62	Neonatologia	8	0
			Totale	24	0
		40	Psichiatria	16	2
			Totale	16	2
		56	Recupero e Riabilitazione	46	3
	Totale	46	3		
Totale				408	42
Totale generale				675	105

Tabella 7

Nell'ambito delle strutture a gestione diretta è inoltre presente il **Presidio Cassia**, quale distaccamento dell'Ospedale San Filippo Neri, ove insistono un Day Hospital Oncologico con 3 posti letto, un Polo Ambulatoriale Odontoiatrico ed un Centro Prelievi.

Di seguito vengono indicate le strutture ambulatoriali direttamente gestite (poliambulatori, consultori, strutture neuropsichiatriche, centri diurni e Centri di Salute Mentale, SERT, struttura penitenziaria minorile Casal del Marmo, strutture di Riabilitazione ex art. 26) corredate dei codici identificativi presenti nel modello STS11 e RIA 11.

b. Strutture Ambulatoriali a gestione diretta

Le strutture ambulatoriali a gestione diretta sono elencate nella tabella da 8 a 12 e sono suddivise in base al tipo di attività svolta

Presidi Ambulatoriali polispecialistici

Cod. Struttura	Denominazione
100100	Tenente Eula
100200	Enea Casaccia
100500	Plinio
100600	Della Vittoria
100700	Poliambulatorio Trionfale
100800	S. Zaccaria Papa
101000	Tor di Quinto
101200	Ministero Affari Esteri
101305	Neuropsichiatria Infantile S.M. - CDSSMRPI (pad.14)
101306	Consultorio Familiare M.Mario (ex S.M.Pietà)
101400	Fornovo
101500	Presidio territoriale polifunzionale Clauzetto
101502	Consultorio Clauzetto
101600	S.M.della Pietà
101900	I.M.R.E.
102000	Ospedale Oftalmico
102100	Ospedale S. Spirito
105104	Patologie Emergenti
105401	Neurops. Inf. Riab. S. Godenzo
105501	Consultorio Familiare Cassia (ex S. Godenzo)
105601	Consultorio Adolescenti Emo
105701	Consultorio Familiare Emo
105801	Centro Catone - CRA
105808	Consultorio Familiare Primavalle (ex Gasparri)
105900	Consultorio Familiare Cesano (ex Miotto)
106000	Consultorio Familiare Silveri
106002	Disturbi del comportamento alimentare
106100	N.U.Neuropsichiatria dell'età evolutiva – TSMREE Distretto 19 - pad V
106101	Centro Jacobini - CRA
106200	Neurops. Inf. Riab. Cornelia - TSMREE Distretto 18 - via Boccea 271
106201	Consultorio Familiare. via Tornabuoni 50 (ex Cornelia)
106300	Neurops. Inf. Riab. Pisani - TSMREE Distretto 17 - viale Angelico 28
300200	Presidio Boccea 271
300300	Boccea
300400	Castel di Guido
300500	Cesano
300800	Valle Aurelia
301700	Villa Betania
631500	Montespaccato
631600	Centro Antidiabetico

Tabella 8

CASE DELLA SALUTE

In attuazione dei Programmi operativi 2013-2015 è prevista la prossima apertura di 4 Case della Salute, ciascuna per ogni Distretto di pertinenza dell'Azienda. La prima è la Casa della Salute "Prati-Trionfale" nel Distretto/Municipio I.

SERT – Dipendenze

<i>Cod. Struttura</i>	<i>Denominazione</i>
000912	SERT Fornovo
000913	SERT Val Cannuta
000914	SERT Santa Maria della Pietà
Carcere	
<i>Cod. Struttura</i>	<i>Denominazione</i>
000867	Casal del Marmo

Tabella 9

Centri Salute Mentale

<i>Cod. Struttura</i>	<i>Denominazione</i>
170309	Presidio Territoriale Tutela Adolescenza
170321	Centro di Salute Mentale – via Plinio 31
170322	Centro di Salute Mentale – via Montesanto 71
180339	Centro di Salute Mentale –via Boccea 271
180366	Centro di Salute Mentale – Innocenzo IV
190351	Centro di Salute Mentale – Gasparri
190352	Centro di Salute Mentale – via Ventura 60
200373	Centro di Salute Mentale – Via Cassia 472
200372	Centro di Salute Mentale – via A. Di Giorgio

Tabella 10

Centri Diurni e Strutture Residenziali

<i>Cod. Struttura</i>	<i>Denominazione</i>	<i>posti di residenzialità</i>
105603	Centro Diurno A. Di Giorgio	16
106400	Centro Diurno Ventura	25
106500	Centro Diurno Borromeo	16
107401	Centro Diurno Montesanto	25
107402	S.R.T.R. Montesanto	12
107000	S.R.T.R. S. Iginio Papa	18
107700	S.R.T.R. Cherubini (4 Palme)	14
300401	Com. Ter. Riab. Castel di Guido (S.R.T.R.)	9
300801	Centro Diurno Valle Aurelia	19
600020	Res. Temp. Protetta Via De Sanctis	4
600030	S.R.T.R. Progetto Giuseppina	16
600040	S.R.S.R. Nefertiti Via Galline Bianche	5
600050	Centro Diurno Voce della Luna c/o CD Valle Aurelia	16
600100	S.R.S.R. Sodini 52	2
600260	S.R.S.R. Prima Porta	6
600270	S.R.S.R. Oslavia	5
600280	S.R.S.R. Gasparri	6
600290	S.R.S.R. Milizie	4
600310	Centro Diurno Adolescenti Via Plinio 31	8
Totale		236

Tabella 11

NB: L'Azienda potrà prevedere la riconversione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base dei bisogni di intensità assistenziale.

Riabilitazione ex art. 26 pubblici

Codice	Denominazione	Municipio	Residenziale estensiva	Semiresidenziale estensiva
120384	Fuori dal tunnel	XIV	22	
120385	Bambù	XIV		25

Tabella 12

Presso il Comprensorio di Santa Maria della Pietà, padiglione XII, è ubicato il *Centro Adelphi*, con una dotazione di 25 posti letto di riabilitazione estensiva a favore di pazienti affetti da esiti di gravi cerebrolesioni acquisite, gestito dall'Azienda.

5.2 - Strutture autorizzate e accreditate

In conformità alle indicazioni del provvedimento commissariale DCA U00368/2014, sono di seguito riportate le strutture (corredate dei relativi codici) insistenti sul territorio autorizzate e accreditate: Strutture ospedaliere per acuti, Case di Cura neuropsichiatriche, Centri diurni e strutture residenziali socio-riabilitative, R.S.A., *Hospices* e strutture ambulatoriali. Non vengono riportate, benché insistenti sul territorio aziendale, le Case di Riposo Comunali Roma 1 (via Rocco Santoliquido) e Roma 3 (Via Ventura), all'interno delle quali sono presenti i moduli protetti, il centro Alzheimer - in particolare, nella struttura Roma 1 di Via Rocco Santoliquido esiste anche un centro Parkinson - e opera personale sanitario aziendale.

a. Strutture Ospedaliere per Acuti

Le strutture Ospedaliere per Acuti sono descritte con schede specifiche che riepilogano le specialità presenti (tabelle da 13 a 25)

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120071	Ospedale S. Pietro Fatebenefratelli	8	Cardiologia	25	0
			Area Medica	94	0
		2	Day Hospital Multispecialistico	0	18
			Totale	119	18
			Area Chirurgica	117	0
		14	Chirurgia Vascolare	8	0
		98	DS - multispecialistico	0	14
			Totale	125	14
		49	Terapia intensiva	8	0
		50	Unità Coronarica	6	0
		51	Astanteria/Breve oss./ Medicina d'Urgenza	10	0
			Totale	24	0
		370	Ostetricia	79	0
		39	Pediatria	17	3
		62	Neonatologia	8	0
		73	Terapia Intensiva Neonatale	12	0
			Totale	116	3
		Totale			

Tabella 13

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120073	Ospedale San Carlo di Nancy		Area Medica	30	0
			Totale	30	0
			Area Chirurgica	104	0
		98	DS - multispecialistico	0	19
			Totale	104	19
		49	Terapia intensiva	5	0
			Totale	5	0
Totale				139	19

Tabella 14

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120074	Ospedale Cristo Re		Area Medica	36	0
		2	Day Hospital Multispecialistico	0	7
			Totale	36	7
			Area Chirurgica	74	0
		98	DS - multispecialistico	0	8
			Totale	74	8
		49	Terapia intensiva	12	0
			Totale	12	0
		370	Ostetricia	40	0
		62	Neonatologia	8	0
	Totale	48	0		
Totale				170	15

Tabella 15

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120097	Casa di Cura Accreditata Villa Aurora		Area Chirurgica	25	0
		98	Day Surgery	0	5
			Totale	25	5
Totale				25	5

Tabella 16

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120115	Casa di Cura Accreditata Santa Famiglia	2	Day Hospital Multispecialistico	0	5
			Totale	0	5
			Area Chirurgica	10	0
		98	Day Surgery	0	1
			Totale	10	1
		370	Ostetricia	44	0
		62	Neonatologia	8	0
			Totale	52	0
Totale				62	6

Tabella 17

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120146	Casa di Cura Accreditata S. Rita da Cascia	56	Recupero e Riabilitazione	30	0
Totale				30	0

Tabella 18

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120159	Casa di Cura Accreditata Nuova Villa Claudia		Area Chirurgica	31	0
		98	Day Surgery	0	4
Totale				31	4

Tabella 19

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120163	Casa di Cura Accreditata San Feliciano		Area Medica	38	0
		2	Day Hospital	0	2
			Totale	38	2
			Area Chirurgica	37	0
		98	Day Surgery	0	3
			Totale	37	3
		56	Recupero e Riabilitazione	20	0
			Totale	20	0
Totale				95	5

Tabella 20

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120179	Casa di Cura Accreditata Ospedale Ancelle del Buon Pastore	56	Recupero e Riabilitazione	41	4
		60	Lungodegenti	47	0
Totale				88	4

Tabella 21

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120180	Casa di Cura Accreditata Aurelia Hospital	8	Cardiologia	20	0
			Area Medica	36	0
		2	Day Hospital	0	1
			Totale	56	1
			Area Chirurgica	86	0
		12	Chirurgia Plastica	0	0
		14	Chirurgia Vascolare	0	0
		30	Neurochirurgia	0	0
		98	Day Surgery	0	7
			Totale	86	7
		49	Terapia intensiva	11	0
		50	Unità Coronarica	6	0
		51	Astanteria/Breve oss./ Medicina d'Urgenza	12	0
			Totale	29	0
		370	Ostetricia	11	0
		62	Neonatologia	2	0
			Totale	13	0
		56	Recupero e Riabilitazione	49	5
			Totale	49	5
		Totale			

Tabella 22

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120264	Casa di Cura Accreditata Villa Verde	60	Lungodegenti	60	0
Totale				60	0

Tabella 23

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120328	Casa di Cura Accreditata Don Carlo Gnocchi	56	Recupero e Riabilitazione	20	0
Totale				20	0

Tabella 24

Codice Struttura	STRUTTURA	cod.	SPECIALITÀ	ordinari	DH
120911	IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata		Area Medica	68	0
		2	Day Hospital	0	34
			Totale	68	34
		12	Chirurgia Plastica	15	0
		14	Chirurgia Vascolare	20	0
		98	Day Surgery	0	10
			Totale	35	10
Totale				103	44

Tabella 25

Nel territorio dell'Azienda Roma E insistono inoltre l'Azienda Ospedaliera S. Andrea, nonché un Policlinico Universitario, ovvero il Policlinico Gemelli e Complesso Integrato Columbus (C.I.C.) (tabella 26)

Viene di seguito rappresentata la dotazione di posti letto delle tre strutture per acuti, secondo il DCA 368/2014.

Cod. Struttura	Denominazione	Posti Letto ordinari	Posti Letto dh
120919	Azienda Ospedaliera S. Andrea	411	56
120905	Policlinico Gemelli e C.I.C	1518	211
Totale		2433	305

Tabella 26

a. Case di Cura Neuropsichiatriche (D.C.A. 0054 del 06/07/2011)

Le Strutture di degenza accreditate per la psichiatria sono indicate nella tabella 27

Cod. Struttura	Denominazione	Totale	
120094	Villa Maria Pia	40 (30 STPIT + 10 SRSRa)	DCA 157/2013
120167	Samadi	68	
120170	San Valentino	48(30 STPIT+18 SRSR H24)	DCA 318/2013

Tabella 27

b. Strutture residenziali socio riabilitative

Le Strutture residenziali socio riabilitative sono indicate nella tabella 28

Centri Diurni e Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.)

<i>Cod. Struttura</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Posti Letto assistenza h12/h24</i>	
600320	S.R.S.R. Villa Maria Pia	8 (SRSRm)	DCA 68/2013
600330	S.R.S.R. Via Bondi	STRUTTURA CHIUSA	
600340	S.R.S.R. Via Valle della Storta	STRUTTURA CHIUSA	
600350	S.R.S.R. Aquilone Azzurro (Via Germanico)	10 (SRSRm)	DCA 88/2013
600360	Opera Don Calabria	20	DCA 126/2013
Totale		49	

Tabella 28

c. RSA

Le RSA sono indicate nella tabella 29

Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.)

Codice Struttura	Denominazione	Indirizzo	Mun	Posti residenzialità	Area
120179	RSA Ancelle Francescane del Buon Pastore	Via di Vallelunga 8 00166 Roma	18	110	ospitalità area della senescenza
120258	RSA Don Orione	Via della Camilluccia 112 00135 Roma	20	70	ospitalità area della senescenza
120162	RSA Nostra Signora del Sacro Cuore	Via Cardinal Pacca 16 00165 Roma	18	110	ospitalità area della senescenza
120371	RSA Santa Francesca Romana	Via Casal del Marmo 401 00135 Roma	19	60	ospitalità area della disabilità
120126	RSA San Giuseppe	Via Bernardino Telesio 4 00195 Roma	18	100	ospitalità area della senescenza
120183	RSA Santa Lucia dei Fontanili	Via Valle dei Fontanili 211 00168 Roma	19	80	ospitalità area della senescenza
305801	RSA Villa Chiara	Via di Torvecchia 578 00168 Roma	19	70	ospitalità area della senescenza
120255	RSA San Raffaele Flaminio-Villa Monica	Via del Labaro 121 00188 Roma	20	60	ospitalità area della senescenza
120264	RSA Villa Verde	Via di Torvecchia 250 00168 Roma	19	70	ospitalità area della senescenza
120272	RSA Sacra Famiglia	Largo Ottorino Respighi 6 00135 Roma	20	80	ospitalità area della senescenza
Non registrato NSIS (Progetto Alzheimer)	Villa Grazia	Via Francesco Cherubini 28 00135 Roma	19	40	ospitalità sindromi dementigini
600370	RSA Barbarano Romano	Via Barbarano 43	20	118	ospitalità area della senescenza

Tabella 29

d. Istituti ex Art.26 accreditati

Gli Istituti ex Art.26 sono indicati nella tabella 30

Cod.	Denominazione	Centro	Indirizzo	Res. Estensiva	Semi Estensiva	Non Res. Estensiva	Res. Mantenimento	Semi. Mantenimento	Non Res. Mantenimento
120335	AIRRI Clodio	Centro Clodio	V.E.Accinni ,20			95			109
120328	Fond.Don Gnocchi	Centro S. M. della Pace	Via M.Ilo Caviglia, 30	55	57	280	10	48	420
120327	Centro Mutilatini Don Orione		Via della Camilluccia 112	14	27	237	17	28	115
120322	Ist.Leonardo Vaccari		V.le Angelico,2 2	10	54	45	20	25	10
120326	Ist.Pia Casa Ambrosini		Via delle Calasanziane, 55	22					
120371	Fond.Don Gnocchi	Centro S. M. della Provvidenza	Via Casal del Marmo, 401	18			162	15	
120324	Opera Don Guanella		Via Aurelia Antica ,446	20	10	55	220	55	
120323	Opera S. De Sanctis		Via Achille Papa, 22		5			15	
120343	UILDM Sezione Laziale Onlus		Via Santa-croce, 5			260			260
Codice da assegnare	Santa Rita da Cascia		Via degli Scipioni, 130	10					

Tabella 30

e. Hospice

Gli Hospice sono indicati nella tabella 31

Codice Struttura	Denominazione	Indirizzo	Mun	P.L. Residenziali	P.L. domiciliari
003300	Hospice Villa Speranza	Via Della Pineta Sacchetti 235	19	30	120
600701	Hospice Antea	Piazza Santa Maria della Pietà 5	19	25	100

Tabella 31

f. Strutture ambulatoriali private non Ospedaliere

Gli ambulatori privati sono indicati nella tabella 32

Strutture Ambulatoriali Private Accreditate

Cod. Struttura	Denominazione
000500	Diagnostica Vigna Clara Srl
000600	Radiomedical
001500	Ars Medica S.p.a.
001700	Lab Analisi Cliniche Cesano Srl
002500	Radiologica Romana Srl
002600	Lab. Analisi Balduina S.r.l
002800	Gamma Srl
003000	Diagnostica Vallebona
003100	Istituto Custureri
003400	3c + A.C. Fisioterapico
003600	Studio Radiologico Giaccari
003700	Studio Radiologico Monte Mario
003800	Biolab S.r.l.
003900	Good Living Srl
004400	Nuova Villa Claudia
004500	San Valentino SIAS
004800	Farnelab
005500	F.K.T. Ponte Milvio
005600	Laboratorio Bassi S.r.l.
120180	Aurelia Hospital
200100	Visconti Srl
200700	C. di C. S. Giuseppe
200900	U.S.I. Srl
201500	F.K.T. Aemme
201800	Static Chiroterapeutica Utica Srl
202000	Istituto Fisioterapico Srl
203300	Aima Analisi Cliniche Srl
203500	Diagnostica Medica
204100	Monterchi
204200	Pabi Srl
204900	Gabinetto Radiol. Canitano
205500	Casa di Cura Santa Famiglia
205600	Casa di Cura S. Rita da Cascia
301000	Casa di Cura Villa Aurora
301100	Casa di Cura N.S. del S. Cuore
301200	Casa di Cura S. Feliciano
301300	Ancelle Franc. Buon Pastore
301500	Lab An Clin Dr Inghirami Srl
301900	Data Medica
302200	St. Rad. Maurizi Enrici
302400	Dynamic F.K.T.
303300	Ircas
303400	Lab. Anal. Cliniche Eureka Srl
303500	Lab. A. Pietravalle
303600	Fisiomed
304300	Analisi Cliniche Cimatti
305200	Lab. Aurelia Srl
305600	Fisioterapico Di Feo
305800	Villa Chiara
306000	Fisioter
306100	Laboratorio Olgiata
306200	Filia
306300	Studio Costanzo Marcello
306400	Fisioprati Srl
306500	Clem Fisiot. E Cosmetol.
631400	T. De Sanctis Monaldi Srl

Tabella 32

g. Strutture ambulatoriali private Ospedaliere

Gli ambulatori privati accreditati ospedalieri sono indicati nella tabella 33

<i>Cod. Struttura</i>	<i>Denominazione</i>
002300	Centro Antidiabetico Acismom
.003500	Ospedale Cristo Re
004100	Osp. S. Pietro Fatebenefratelli
302000	Osp. S. Carlo di Nancy
301400	IDI
905120	Policlinico Gemelli (non è una struttura censita dalla ASL ROMA E nell'NSIS)

Tabella 33

ART. 6 – IL PATRIMONIO IMMOBILIARE

Il patrimonio immobiliare dell'Azienda è costituito da tutte le risorse, tangibili e intangibili, 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 inventari aziendali, inclusi tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio della propria *mission* aziendale.

Alla data di adozione del presente Atto Aziendale, i cespiti immobiliari iscritti nel conto "Fabbricati indisponibili" dell'Azienda Sanitaria risultano i seguenti:

- Il **Complesso Monumentale S. Spirito** Roma, Borgo S. Spirito, 3;
- I Padiglioni numero 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 41, 90, 90 bis e relative pertinenze, siti nel **Comprensorio di S. Maria della Pietà** – Roma, piazza S. Maria della Pietà, 5;
- L'**Ospedale S. Spirito in Saxia** – Roma, lungotevere in Saxia, 1;
- L'**Ospedale San Filippo Neri** – Roma, via Giovanni Martinotti, 20;
- Il **Presidio Cassia S. Andrea** – Roma, via Cassia, 721;
- Il Presidio Ex Officine – Roma, Via Castagnola;
- Il Presidio sanitario sito in Roma, via Plinio 31;
- Il Presidio sanitario ex IMRE - sito in Roma, viale Angelico, 28;
- Il Presidio sanitario sito in Roma, via Tornabuoni, 50.
- Fabbricati SANIM.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 152 del 5 marzo 2010 ai sensi e per gli effetti dell'entrata in vigore della L.R. n. 14/2008 sono stati invece acquisiti al patrimonio della Regione Lazio i restanti padiglioni nn. 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 28 siti nel Comprensorio di S. Maria della Pietà.

Per i fabbricati SANIM si specifica che, con nota n. 53600/4x/00 del 08/05/2008 relativa al Bilancio d'esercizio 2007, la Regione Lazio – Dipartimento Sociale-Direzione Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR, ha fornito le direttive per l'iscrizione tra i "Fabbricati indisponibili" anche gli immobili soggetti all'operazione di "*sale end lease back*", poiché l'Azienda, pur non avendo la proprietà giuridica dei beni locati, ne ha comunque la disponibilità per la gran parte della vita utile del bene. Si tratta nello specifico del presidio ospedaliero Oftalmico e dei presidi sanitari siti in L.re della Vittoria 3 e P.zza S. Zaccaria Papa 1.

L'Azienda, nel rispetto delle proprie radici storico-culturali, ed in particolare tenendo conto della rilevanza storica culturale ed artistica del Complesso Monumentale di S. Spirito in Saxia e del Comprensorio di Santa Maria della Pietà, si impegna ad attivare le forme più opportune di tutela, conservazione e valorizzazione del patrimonio artistico e culturale, attivando anche modalità di cooperazione istituzionale con altre amministrazioni pubbliche, quali in particolare il Ministero dei Beni e le Attività Culturali, la Regione Lazio e Roma capitale

L'Azienda riconosce la **valenza strategica** delle dotazioni tecnologiche e infrastrutturali per lo sviluppo dei servizi sanitari. In tale prospettiva, presta particolare attenzione alle politiche attive di sviluppo e valorizzazione del patrimonio anche in collaborazione con altre amministrazioni pubbliche ed altre aziende sanitarie.

L'Azienda riconosce la crescente rilevanza del **patrimonio intangibile** connesso alle professionalità, ai saperi ed alle conoscenze accumulate, che si impegna a rafforzare e consolidare attraverso sistemi di gestione della conoscenza (*knowledge management*) e di valorizzazione delle competenze.

ART. 7 – IL PERSONALE

Alla data del 30 settembre 2014 la consistenza organica del personale dipendente dalla ASL Roma E e dell'ACO San Filippo Neri con contratti a tempo indeterminato e a tempo determinato, è quella riepilogata nelle tabelle 34 e 37.

ASL ROMA E

RUOLO	TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		TOTALE	
	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO
RUOLO SANITARIO	638	873	16	6	654	879
RUOLO PROFESSIONALE	4				4	0
RUOLO TECNICO	18	179			18	179
RUOLO AMMINISTRATIVO	10	256		2	10	258
TOTALE	670	1308	16	8	686	1316

Tabella 34

La composizione per età del personale dipendente della Dirigenza è riepilogata nella tabella 35.

RUOLO	DIRIGENTI						Anni	TOTALE
	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre		
RUOLO SANITARIO			43	212	382	17	654	
RUOLO PROFESSIONALE					4		4	
RUOLO TECNICO		1	10	5	2		18	
RUOLO AMMINISTRATIVO			1	6	3		10	
TOTALE		1	54	223	391	17	686	

Tabella 35

La composizione per età del personale del Comparto è riepilogata nella tabella 36.

COMPARTO							
	Anni						
RUOLO	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	TOTALE
RUOLO SANITARIO	-	30	221	350	276	2	879
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	-	-	-	-	-
RUOLO TECNICO	-	2	11	74	89	3	179
RUOLO AMMINISTRATIVO	-	4	39	104	106	5	258
TOTALE		36	271	528	471	10	1316

Tabella 36

ACO SAN FILIPPO NERI

RUOLO	TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		TOTALE	
	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO
RUOLO SANITARIO	410	1050	44	27	454	1077
RUOLO PROFESSIONALE	2	-	-	-	2	-
RUOLO TECNICO	-	152	-	-	-	152
RUOLO AMMINISTRATIVO	2	137	2	-	-	137
TOTALE	414	1339	46	27	460	1366

Tabella 37

La composizione per età del personale dipendente della Dirigenza è riepilogata nella tabella 38.

DIRIGENTI							
	Anni						
RUOLO	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	TOTALE
RUOLO SANITARIO	-	-	70	192	176	16	454
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	2	-	-	-	2
RUOLO TECNICO	-	-	-	-	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	-	-	1	3	-	-	4
TOTALE	-	-	73	195	176	16	460

Tabella 38

La composizione per età del personale del Comparto è riepilogata nella tabella 39.

COMPARTO							
	Anni						
RUOLO	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	TOTALE
RUOLO SANITARIO	-	33	294	515	235	-	1077
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	-	-	-	-	-
RUOLO TECNICO	-	-	7	73	70	2	152
RUOLO AMMINISTRATIVO	-	4	20	46	66	1	137
TOTALE	-	37	321	634	371	3	1366

Tabella 39

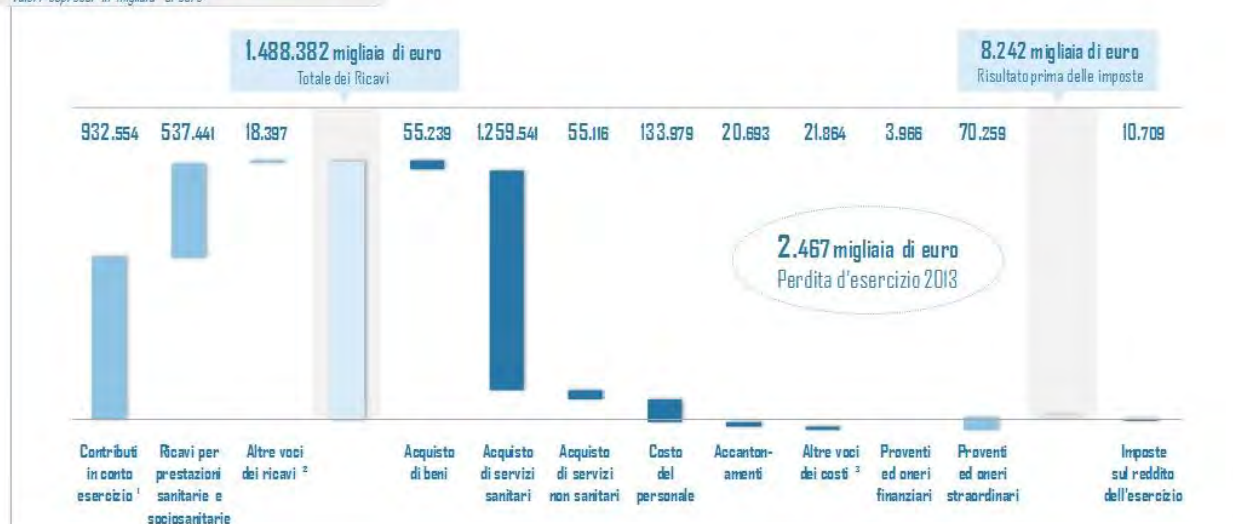
A decorrere dal 1° gennaio 2015 tutto il personale già appartenente all'ACO San Filippo Neri confluisce nella ASL Roma E.

ART. 8 – IL BILANCIO

ASL Roma E Sulla base del Bilancio di esercizio per l'anno 2013, approvato con Delibera del D.G. n° 402 del 6 giugno 2014 e trasmesso alla Regione Lazio per i successivi adempimenti, la ASL Rm E ha registrato una perdita di circa 2,5 milioni di Euro ed un risultato, prima delle imposte di 8,2 milioni di Euro; particolarmente significativo è l'impatto della voce "Proventi e Oneri straordinari" che hanno registrato un valore positivo pari a 70,3 milioni di Euro.

Andamento Economico-gestionale

Valori espressi in migliaia di euro

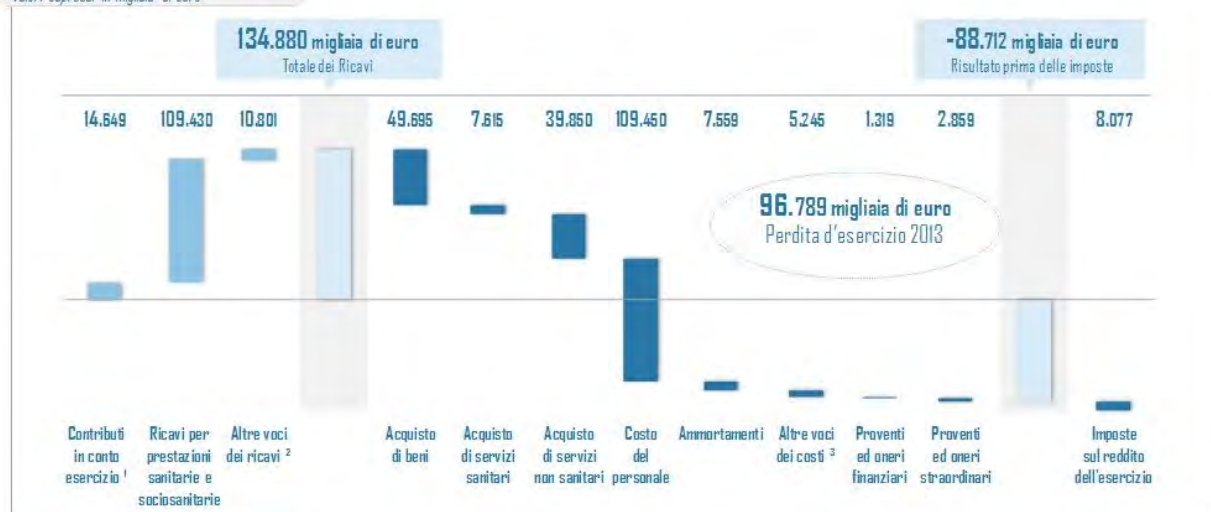


Fonte: Bilancio d'esercizio ASL Roma E 2013

Az. Osp. San Filippo Neri Nel corso dell'esercizio 2013 l'ACO San Filippo Neri ha registrato una perdita pari a circa 96,8 milioni di Euro ed un risultato negativo prima delle imposte di 88,7 milioni di Euro. Particolarmente rilevante è l'incidenza del costo del Personale, pari a circa 110 milioni di Euro.

Andamento Gestionale

Valori espressi in migliaia di euro



Fonte: Bilancio Azienda complesso ospedaliero San Filippo Neri 2012 - 2013

TITOLO II – GLI ORGANI

ART. 9 – IL DIRETTORE GENERALE

Ai sensi dell'articolo 3 e 17 del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, sono organi dell'azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio di Direzione;
- il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'Azienda ed assicura l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa dell'Azienda stessa. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Ai sensi dell'art. 55 del Nuovo Statuto della Regione Lazio, il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Regione, acquisito il parere della commissione consiliare permanente competente per materia.

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

- a. alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b. al Sindaco o alla conferenza locale per la sanità, che partecipa alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;
- c. al Collegio Sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e di verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale, in particolare, provvede a:

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

- k) l'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, individuati dal presente atto di indirizzo;
- l) l'adozione della dotazione organica aziendale;
- m) l'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- n) l'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- o) la verifica, attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- p) la verifica quali-quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- q) l'adozione del Piano della Prestazione e dei Risultati, del Piano della Trasparenza, del Piano anticorruzione e di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

Il Direttore Generale, ai sensi dell'articolo 15bis, comma 1 del d.lgs. 502/1992, 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, con particolare riguardo alle decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno.

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

- funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni proprie, agli stessi attribuiti nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro con specifico atto del Direttore Generale.
- In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, legge regionale n. 6/2002, comma 1, così come modificato dalla L.R. 4/2006, le funzioni attribuite al Direttore Generale devono essere distinte in:
 - funzioni ad esso esclusivamente riservate;
 - funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario e amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

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

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

Il Direttore Generale può, pertanto, con proprio provvedimento, delegare ai dirigenti dell'azienda sanitaria l'emanazione di atti di gestione di propria competenza.

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega stessa e viene pubblicato sull'albo dell'azienda e sul sito internet dell'azienda.

Il delegante non può esercitare in costanza di delega le attribuzioni delegate.

Il delegato non può sub-delegare le attribuzioni oggetto della delega ed è responsabile degli atti adottati e dei compiti assolti in attuazione della delega e dei loro effetti.

Gli atti emanati dal delegato non sono impugnabili con ricorso al delegante e sono soggetti allo stesso regime dei controlli previsto per gli atti emanati dal titolare.

Il delegante può, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato.

Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela coordinamento e di vigilanza.

Al fine di omogeneizzare la forma degli atti amministrativi, gli atti di alta Amministrazione dovranno essere adottati con deliberazione del Direttore Generale e gli atti di gestione con determinazione dirigenziale.

ART. 10 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Collegio di Direzione viene costituito attraverso uno specifico provvedimento del Direttore Generale.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione quale Organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intra-muraria ed alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati. E' consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Il Collegio si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti.

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

- Il Direttore Sanitario;
- Il Direttore Amministrativo;
- I Direttori di Dipartimento, inclusi quelli interaziendali;
- I Direttori dei Distretti;
- I Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero;
- I Coordinatori delle Aree funzionali;
- Il Coordinatore aziendale delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

A prescindere dalle specifiche modalità organizzative l'azienda garantirà la partecipazione al Collegio di direzione di una figura responsabile sia per l'assistenza infermieristica che per l'area tecnica.

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.

Il funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da specifico regolamento aziendale.

ART. 11 – IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.

Il Collegio Sindacale, ai sensi dell'articolo 10 della L.R. 18/1994 come sostituito dalla L.R. 14 luglio 2014, n. 7, è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri, da nominare secondo quanto previsto dall'art. 13 del "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trieste e Bolzano del 10 luglio 2014. Nella prima seduta, convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, il Collegio Sindacale elegge il Presidente secondo le modalità definite dalla normativa in vigore.

Il Collegio Sindacale esercita le seguenti funzioni:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- e) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda al Sindaco di Roma.

TITOLO III – IL SISTEMA DI RELAZIONI

ART. 12 – L’AZIENDA E IL CITTADINO

L’Azienda riconosce la **centralità del cittadino**, in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi, anche in applicazione dell’art. 5 della Legge Regionale 23.12.2004, n. 29.

La centralità delle persone e dei loro bisogni costituisce il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali e per sviluppare la multidisciplinarietà dell’assistenza, tutelando in pari misura la ricerca della qualità percepita, della qualità tecnica e della qualità organizzativa, minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi.

L’Azienda si impegna ad adottare strumenti che favoriscono la **partecipazione** dei cittadini secondo il principio dell’art.118 ultimo comma della Costituzione Italiana adottando sia strumenti previsti dalla normativa, quali la Carta dei Servizi pubblici sanitari e l’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, sia altre forme partecipate di valutazione della qualità dei servizi, quali **l’Audit civico** e il **bilancio sociale**. In una prospettiva di tutela del cittadino, l’Azienda promuove l’adozione di tali forme di valutazione e rendicontazione partecipata anche in riferimento all’attività resa da altri erogatori pubblici e privati, accreditati e non, presenti sul proprio ambito territoriale di competenza.

L’Azienda istituisce e si avvale del **Tavolo Misto Permanente sulla Partecipazione con le Organizzazioni Civiche di Tutela e di Volontariato**, che assolve alla funzione di mediazione per eventuali controversie tra l’Azienda e il cittadino riguardo le modalità di erogazione delle prestazioni e la tutela dei diritti che non siano state già risolte in prima istanza dall’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Il Tavolo prevede un incontro annuale con le Associazioni. L’istituzione e il regolamento del **Tavolo Misto Permanente** sono oggetto di apposito atto deliberativo.

ART. - 13 – LE RELAZIONI CON ROMA CAPITALE E LA CONFERENZA LOCALE PER LA SANITÀ

L’Azienda, promuove l’interazione con Roma Capitale e con i **Municipi I, XIII, XIV e XV** in merito ai processi di programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Strettamente correlata al governo strategico aziendale è la **Conferenza Locale per la Sanità**, quale Conferenza dei Presidenti dei Municipi, chiamata a partecipare alla definizione delle linee di indirizzo dell’Azienda al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione di riferimento.

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

Il nuovo assetto amministrativo del Comune di Roma, con la suddivisione tra diverse Aziende sanitarie del Municipio I deve prevedere attraverso specifici interventi della Regione e del Comune la individuazione di modalità di concertazione che assicurino omogeneità nei servizi erogati e negli interventi programmati.

ART. 14 – LE RELAZIONI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

La tutela della salute e il soddisfacimento dei bisogni del cittadino utente attraverso una politica volta a garantire servizi sanitari efficienti e di alta qualità professionale si realizza anche mediante il confronto con le organizzazioni sindacali.

In osservanza dei principi, procedure e materie fissate dalla normativa e dalle disposizioni di natura pattizia che disciplinano il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, l’Azienda pone in essere un sistema di relazioni sindacali teso ad assicurare in innalzamento nei livelli di efficacia ed efficienza dei servizi attraverso la crescita professionale e il miglioramento delle condizioni di lavoro.

Il sistema delle relazioni sindacali, che si basa sui principi di correttezza e trasparenza dei comportamenti, è improntato al modello concertativo – partecipativo caratterizzato da conoscenza comune dei problemi, individuazione di obiettivi condivisi, relazioni tra le parti aperte e articolate.

Secondo il principio della partecipazione, i vari livelli di cui si compone il sistema di relazioni sindacali tendono ad applicare il concetto della responsabilità e a valorizzare le potenzialità propositive attraverso il metodo del confronto.

ART 15 - LE RELAZIONI CON ALTRE AZIENDE ED AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

L'Azienda favorisce rapporti di collaborazione con le **altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere** e con le aziende universitarie e i Policlinici Universitari della Regione Lazio, l'ARES 118 e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, finalizzati al miglioramento della qualità dell'offerta dei servizi sanitari ed alla razionalizzazione della gestione dei servizi di supporto tecnico, amministrativo, logistico ed alberghiero.

Al fine di avviare progetti innovativi di intervento in ambito socio-assistenziale, del disagio sociale, dell'emarginazione e della nuova povertà, della tutela dell'ambiente, delle pari opportunità, dell'educazione, della ricerca, l'Azienda sviluppa logiche di cooperazione con enti e amministrazioni che svolgono funzioni di governo e di elaborazione di politiche a livello nazionale.

In particola l'azienda intende rafforzare i rapporti istituzionali e i progetti in essere con i **Ministeri** della Giustizia, della Solidarietà sociale e della Famiglia, della Pubblica Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica, delle Politiche Giovanili, Ambiente, Cultura, Interni, Esteri, Pari opportunità, Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento della Protezione Civile.

L'Azienda persegue modalità di collaborazione reciproca con l'**Università**, gli **Istituti di Ricerca e formazione**, riconoscendone la funzione fondamentale nella formazione, nella specializzazione degli operatori sanitari e nella attività di ricerca. In questi ambiti l'Azienda valorizza il ruolo delle proprie strutture e dei propri professionisti.

ART. 16 – LE RELAZIONI CON GLI EROGATORI PRIVATI DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE E CON I FORNITORI DI BENI E SERVIZI

Nello svolgimento dei suoi compiti e dei suoi obblighi istituzionali di tutela della salute, di garanzia dei livelli di assistenza e di raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione regionale e dai piani aziendali L'Azienda si deve avvalere, nell'ambito delle risorse economiche conferite dalla Regione Lazio e delle ulteriori risorse delle quali abbia la disponibilità, sia delle proprie strutture e dei propri professionisti che degli erogatori privati di prestazioni sanitarie sociosanitarie e di altri fornitori di beni e servizi.

La ASL Roma E presenta una forte dipendenza dagli erogatori privati di prestazioni e dai fornitori esterni di servizi, vista l'alta concentrazione di strutture nel territorio. Questa condizione attribuisce alla ASL un ruolo di committenza e compiti di vigilanza, di verifica e di controllo che sono largamente superiori a quelli tipici delle altre aziende sanitarie.

L'Azienda in ragione di questa specificità e in conformità con le indicazioni programmatiche della Regione, le politiche sanitarie e le proprie scelte strategiche, deve dunque ridefinire in senso innovativo le **relazioni pubblico-privato** per l'acquisto di servizi sanitari in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, comprensivo dei livelli di post-acuzie e riabilitazione.

Elemento fondante di questa ridefinizione è la gestione, da parte dell'Azienda, di un ruolo di committenza attiva, che sia costantemente orientato non solo alla validazione e alla certificazione delle prestazioni fornite, ma alla verifica della loro coerenza con percorsi definiti di assistenza, di continuità dei trattamenti e di effettiva presa in carico dei problemi e delle persone. In questo ambito e con queste finalità l'Azienda ricercherà tutte le possibili forme di collaborazione e cooperazione con strutture sanitarie private accreditate, e non, erogatrici di servizi.

Per garantire il buon funzionamento e la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari, l'efficienza dei processi produttivi, l'azienda favorisce rapporti di scambio e negoziali con i **fornitori di beni e servizi** improntati ai principi di imparzialità, riservatezza, lealtà, uso riservato delle informazioni ricevute e reciproco rispetto degli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale.

Ai fini della razionalizzazione organizzativa, l'Azienda può attivare contratti di esternalizzazione per l'affidamento a terzi della gestione di attività, a seguito di un processo di valutazione strategica ed economica in termini di impatto sulla qualità dei servizi, sull'organizzazione e sui costi aziendali.

L'Azienda promuove lo sviluppo di competenze interne come elemento che ne qualifica l'esistenza e ne garantisce l'autonomia nel perseguimento delle finalità, anche al fine di realizzare una adeguata riduzione delle consulenze esterne.

ART. 17 - RESPONSABILITÀ SOCIALE E CONFERENZA DEI SERVIZI

L'Azienda iscrive il perseguimento della propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di **responsabilità** nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, essa s'impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere nella produzione e nella distribuzione dei servizi sanitari e sociosanitari condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone.

L'Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, attivando forme di **partenariato attivo** con imprese sociali, cooperative sociali ed associazioni, anche attraverso il ricorso a formule gestionali quali la creazione di associazioni, di fondazioni di partecipazione e di società della salute .

La Azienda collabora attivamente allo sviluppo del **capitale sociale** sul territorio e alla programmazione partecipata, coinvolgendo organizzazioni di rappresentanza e tutela, il volontariato sociale, enti morali e a vocazione sociale, gruppi di interesse locali, le organizzazioni sindacali, società professionali e scientifiche, organizzazioni di categoria.

L'Azienda annualmente indice la Conferenza dei Servizi al fine di rendere noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

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

TITOLO IV – PRINCIPI DI GOVERNO DELL'AZIENDA

ART. 18 – PRINCIPI E LOGICHE GENERALI DI GOVERNO DELL'AZIENDA

La Direzione Aziendale è responsabile dei risultati prodotti dall'organizzazione e del loro grado di coerenza con le finalità generali dell'Azienda e con il sistema di obiettivi, strategici e operativi, definiti in coerenza con la pianificazione regionale.

Il governo aziendale si sviluppa nel rispetto dei principi generali di:

- **efficienza:** definita dal rapporto tra l'ammontare delle risorse, destinate o effettivamente impiegate, di una determinata area d'intervento aziendale (progetti, percorsi assistenziali, articolazioni organizzative strutturali o l'Azienda nel suo complesso), e il risultato ottenuto in termini di misura degli esiti di salute e di misura di processi e percorsi di assistenza a quegli esiti di salute riconducibili;
- **efficacia:** misurata come capacità di perseguire gli obiettivi alla luce dei risultati finali (soddisfamento dei bisogni). La valutazione dell'efficacia focalizza l'attenzione prevalente sulla misura degli aspetti qualitativi con riferimento alle dimensioni della qualità, professionale, percepita e gestionale, dei processi e degli esiti;
- **economicità:** allo scopo di formulare giudizi, di carattere preventivo o a consuntivo, in merito al rapporto esistente tra le risorse, assegnate o effettivamente utilizzate, e i risultati finali (soddisfamento dei bisogni) attesi o effettivi.

A tale scopo l'azione di governo e l'organizzazione aziendale sono articolati in modo da presidiare:

- l'analisi delle condizioni di salute e di bisogno/domanda di servizi, anche sulla base delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale e locale, e del grado di perseguimento dei LEA;
- la definizione del ruolo dell'Azienda, nel soddisfacimento dei bisogni e della domanda espressa, in coerenza con il ruolo svolto da altre strutture del Sistema Sanitario Regionale, anche attraverso la promozione di, o la partecipazione a, forme di collaborazione strutturate con queste ultime;

- la formulazione delle priorità d'intervento e di allocazione delle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità;
- l'efficienza dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative anche mediante analisi comparative di tipo temporale (analisi di trend storico) e interaziendale (*benchmarking*);
- l'efficacia dell'azione aziendale, intesa sia come capacità di perseguire gli obiettivi operativi definiti dalla programmazione, sia la creazione delle condizioni fondamentali necessarie per assicurare il soddisfacimento dei bisogni e della domanda sotto il profilo clinico-assistenziale;
- la continua e attiva ricerca, a tutti i livelli dell'Azienda, da parte dei professionisti sanitari della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate, sulla base delle risorse disponibili.
- lo sviluppo della innovazione organizzativa e della ricerca traslazionale utili ad assicurare la costante corrispondenza tra le pratiche messe in atto e l'insieme delle evidenze scientifiche disponibili.

In questo senso, la Direzione Aziendale assicura, anche attraverso le scelte organizzative, l'integrazione tra governo clinico ed economico-finanziario, garantendo che tali dimensioni gestionali siano strettamente integrate nei processi di programmazione, controllo e valutazione.

Per dare piena attuazione al governo strategico aziendale, la Direzione Aziendale promuove la **responsabilizzazione diffusa** di tutta la funzione dirigenziale individuandone modalità di espletamento e criteri di valutazione. Allo scopo di favorire l'efficace rispondenza tra attività svolta e i bisogni dei pazienti, l'Azienda attua un programma permanente di **sviluppo continuo delle professionalità**, anche attraverso gli strumenti individuati nel Titolo VIII, e promuove soluzioni organizzative orientate ai processi assistenziali, quindi al paziente quale fruitore ultimo dell'attività aziendale, allo scopo di migliorare la propria azione rispetto a tutte le dimensioni della qualità.

L'Azienda assicura la misurazione e la valutazione dei processi e dei risultati attraverso la progettazione e la realizzazione di un **sistema informativo unitario e integrato**, che sia finalizzato:

- alla descrizione delle risorse impegnate delle attività svolte e dei risultati conseguiti
- alla valutazione della efficienza della efficacia e della economicità
- alla valutazione della qualità e dell'appropriatezza degli interventi
- alla produzione periodica di prospetti informativi di supporto alla Direzione Aziendale e tutte le articolazioni organizzative,
- all'assolvimento dei debiti informativi istituzionali esterni
- alla massima trasparenza della gestione attraverso l'informazione verso i cittadini e i diversi interlocutori interni ed esterni dell'azienda.

ART. 19 – IL GOVERNO CLINICO

Per migliorare l'assistenza e le prestazioni erogate è decisivo il coinvolgimento attivo e responsabilizzato dei medici e di tutti gli operatori sanitari. A tal fine l'Azienda adotta la strategia del governo clinico inteso come una continua e attiva ricerca della massima **appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate** anche sulla base delle risorse disponibili.

La strategia del governo clinico basato sull'appropriatezza permette di orientare i comportamenti professionali agli effettivi bisogni dell'utenza, focalizzando l'attenzione sulla produzione, ovvero, sulle prestazioni erogate così da dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità.

Il governo clinico presuppone contesti che favoriscano l'assunzione di comportamenti professionali individuali e di équipe condivisi. L'Azienda conseguentemente privilegia la strategia di integrare con i propri sistemi gestionali (sistema di programmazione, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione,...) gli obiettivi di appropriatezza e di governo clinico e sistemi di valutazione basati su indicatori.

Il governo clinico quindi rappresenta, per l'Azienda, un fondamentale sistema della gestione dell'organizzazione, le cui componenti principali sono:

- la definizione di precise linee di responsabilità individuali e collettive: a tale scopo l'Azienda promuove forme di responsabilità specifica rispetto alle strutture organizzative nelle quali si articola e, all'interno delle stesse,

rispetto ai processi assistenziali gestiti. Allo scopo di assicurare l'efficace ed efficiente gestione dei processi più rilevanti, inoltre, l'Azienda promuove soluzioni organizzative orientate a responsabilizzare i professionisti coinvolti in una logica multidisciplinare e interprofessionale;

- la trasparenza dei risultati clinici ottenuti presentati anche in forma comparativa: a tale scopo l'Azienda promuove la gestione per processi quale strumento fondamentale di programmazione-controllo e valutazione dell'operato dei soggetti organizzativi titolari di responsabilità di struttura o di processo;
- i programmi di miglioramento della qualità: l'Azienda si impegna ad aderire o, se del caso, promuovere autonomamente, programmi orientati al miglioramento continuo della qualità sulla base di principi, criteri e piani riconosciuti a livello internazionale e con il supporto della Regione;
- l'audit e la medicina basata sulle prove d'efficacia: l'Azienda promuove l'audit, inteso come momento di revisione e verifica tra pari dei processi gestiti, e la medicina basata sulle prove d'efficacia, attraverso il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali gestiti, la comparazione degli standard clinico-assistenziali adottati per la gestione dei processi con quelli definiti in altre aziende sanitarie e a livello regionale e favorendo la comparazione degli stessi con standard riconosciuti a livello internazionale;
- la pratica della gestione e della comunicazione del rischio: l'Azienda attua e coordina tutte le azioni necessarie e possibili per la gestione del rischio includendo, pertanto, la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio;
- lo sviluppo delle attività di accreditamento professionale e di sviluppo continuo delle professionalità: l'Azienda, anche attraverso i sistemi di valutazione interna, sviluppa sistemi di accreditamento professionale attraverso la rilevazione e il monitoraggio delle esperienze compiute e della formazione effettuata dai professionisti, utili per la promozione di specifici piani di sviluppo professionale individuali.

Nella prospettiva appena delineata la gestione del governo clinico rappresenta il principale strumento di crescita professionale e di educazione continua degli operatori attraverso la costante verifica della corrispondenza tra le attività svolte, i programmi definiti, le procedure concordate e le "buone pratiche" di riferimento.

ART. 20 – IL GOVERNO ECONOMICO

L'Azienda si impegna ad assicurare i livelli di assistenza concordati e programmati con la Regione in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico-finanziario di bilancio.

A tale scopo l'Azienda definisce obiettivi operativi di attività e qualità in coerenza con le risorse effettivamente disponibili integrando, in tal modo, la programmazione economico-finanziaria con il governo clinico aziendale.

Il governo economico aziendale si basa sull'adozione dei seguenti **documenti informativi e di bilancio**:

- il bilancio pluriennale di previsione, in linea con il piano finanziario consolidato per la sanità a livello regionale;
- il bilancio di previsione annuale, composto, tra l'altro, del budget economico, del budget finanziario e di quello patrimoniale;
- il budget operativo articolato per Centri di Responsabilità dell'Azienda;
- il budget degli investimenti;
- il budget dei consumi.

Allo scopo di assicurare il controllo degli obiettivi economici e finanziari, l'Azienda è dotata dei seguenti **strumenti**:

- contabilità generale economico-finanziaria patrimoniale;
- contabilità analitica per centri di costo;
- un sistema di indicatori di performance per il controllo di gestione.

Rientra nel governo economico aziendale la definizione degli obiettivi di equilibrio economico-finanziario dell'azienda coerentemente con gli indirizzi, gli obiettivi e le azioni definire nel Piano Strategico aziendale e nei documenti di programmazione annuale, l'emanazione di **regolamenti contabili** e direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, l'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro

elaborazione allo scopo di garantire la predisposizione dei documenti di bilancio secondo principi di trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità.

Le strategie di governo economico dell'Azienda sono rese coerenti con gli obiettivi e i vincoli definiti nell'ambito della programmazione regionale e in particolare con i Programmi Operativi a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della regione Lazio.

La responsabilità del governo economico è in capo a tutti i livelli organizzativi dotati di uno specifico budget economico, di spesa o di consumo. Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale, a livello aziendale, relativa all'acquisizione delle condizioni produttive (personale, beni, servizi, ecc..) hanno una **responsabilità trasversale** di governo economico per i fattori produttivi di competenza. A loro compete la partecipazione al processo di programmazione economico-finanziaria, la gestione e il monitoraggio del budget di risorse assegnato, con la valutazione sistematica degli scostamenti e l'individuazione delle azioni necessarie per garantire il rispetto dei tetti di spesa.

ART. 21 – LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E I PROCESSI ASSISTENZIALI

L'Azienda assume come valore strategico, quindi come obiettivo da perseguire, la gestione integrata delle attività di sanità pubblica e dei processi di cura attraverso la individuazione e la puntuale definizione di interventi di prevenzione e di tutela e attraverso percorsi di gestione dei pazienti che garantiscano la continuità assistenziale.

Questa è da intendersi come l'insieme delle azioni idonee ad assicurare la centralità del paziente anche nella componente gestionale ed organizzativa, dell'assistenza e a permettere la presa in carico globale dell'assistito.

Questo approccio corrisponde all'istituzione e allo sviluppo di modelli organizzativi che:

- limitino l'accesso casuale ai servizi attraverso la ricognizione del bisogno, la sua tipizzazione e l'offerta proattiva di forme appropriate di assistenza
- aumentino la quota di assistenza programmata
- migliorino l'aderenza dei trattamenti alle linee guida e alle evidenze scientifiche disponibili
- accompagnino il paziente lungo l'evento acuto e lungo la gestione cronica della malattia
- considerino il paziente elemento attivo del suo trattamento coinvolgendolo nelle decisioni e nella autonoma assunzione di responsabilità
- privilegino una logica dei risultati, con riferimento a obiettivi espliciti di salute
- valorizzino le dimensioni funzionali dell'organizzazione rispetto a quelle esclusivamente strutturali
- ottimizzino il rapporto tra risorse impegnate e risultati conseguiti.

La continuità assistenziale si realizza attraverso la definizione, nel rispetto degli **standard clinico-assistenziali** individuabili secondo le logiche e gli strumenti della medicina basata sulle evidenze, di specifici processi in modo che gli stessi identifichino i diversi momenti di integrazione tra: i servizi di guardia medica territoriale, la medicina generale, l'assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera, e, infine, l'assistenza sociale territoriale.

In questo senso, la continuità assistenziale dovrà essere assicurata attraverso la definizione e, successivamente, il sistematico monitoraggio e la valutazione, rispetto a standard predefiniti, i processi assistenziali aziendali allo scopo di valutare i **livelli di servizio e di assistenza** erogati dall'Azienda sotto il profilo:

- dei criteri di arruolamento dei pazienti all'interno di specifici processi assistenziali definiti rispetto ai diversi problemi di salute trattati dall'Azienda;
- dei criteri di gestione dei principali snodi decisionali relativi al trattamento del paziente durante l'intero processo assistenziale e, in particolare, di quelli relativi al passaggio tra prestazioni che coinvolgono soggetti organizzativi, interni o esterni all'Azienda, differenti;
- dei livelli di assistenza assicurati;
- degli elementi che assicurano lo sviluppo del processo nel rispetto dei principi di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti;
- dei criteri di uscita del paziente dal processo assistenziale.

L'Azienda nell'assumere questa logica organizzativa per la gestione dei processi interni promuove un analogo approccio nei rapporti con gli erogatori non aziendali e nello sviluppo di strumenti operativi in grado di assicurare la continuità assistenziale sul territorio, in particolare attraverso le diverse **forme di associazionismo** tra i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta: queste possono essere volte sia a garantire percorsi assistenziali

autonomi e completi, che a realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari della guardia medica territoriale.

Ulteriori **strumenti operativi** che consentono l'attuazione della continuità assistenziale: la **Casa della Salute**, l'assistenza domiciliare integrata, i punti di accoglienza e i day service dell'assistenza specialistica ambulatoriale, i percorsi integrati di accesso all'ospedale e di dimissione protetta, i servizi di assistenza degli anziani e dei disabili dei Distretti.

Per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, la continuità assistenziale si realizza attraverso la predisposizione di percorsi intraospedalieri di assistenza, per problema clinico e per tipologia di paziente, nonché attraverso l'integrazione nelle reti regionali secondo il modello "*hub and spoke*" in tutti i casi superando le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, e privilegiando la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti.

ART. 22 – LA CASA DELLA SALUTE

Cuore del nuovo modello della continuità assistenziale è la **Casa della Salute** che si configura quale articolazione del Distretto Sanitario in grado di erogare l'assistenza primaria e l'assistenza intermedia connettendosi con l'ospedale e con gli altri servizi territoriali al fine di garantire la necessaria flessibilità organizzativa per assicurare l'efficienza nell'impiego delle risorse e la centralità della persona assistita.

In ogni Distretto è prevista una Casa della Salute ove sono presenti Medici del Distretto, Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Territoriali e Ospedalieri, Psicologi, Infermieri ed altre figure professionali in relazione alla specificità dei singoli territori.

Le attività svolte all'interno della Casa della Salute è tesa a garantire:

- L'accesso a percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata Ospedale – Territorio (PDTA)
- La gestione della continuità dell'assistenza
- L'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi attraverso il collegamento con il punto unico di accesso (PUA), con le modalità previste dalla DGR 315/2011
- L'accesso ai servizi di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane, attraverso il collegamento con le Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali
- L'introduzione di modelli di gestione delle patologie croniche che evitino il ricorso improprio al ricovero tramite ambulatori e/o assistenza a gestione medico – infermieristica

Per ciascuna Casa della Salute è previsto un regolamento di funzionamento della struttura, sulla base degli indirizzi di cui al DCA 14 febbraio 2014 n. U00040, da concordarsi all'interno del Comitato Aziendale permanente per la Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta.

ART. 23 – L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

La salute stabilisce uno stretto rapporto con il sistema di relazioni sociali della persona ed è ormai confermato da una quantità crescente di evidenze scientifiche che il contesto sociale costituisce un fattore in grado di condizionare il mantenimento dello stato di salute, la capacità di gestione delle patologie acute e croniche e la qualità della vita di persone con una limitazione della autosufficienza e della capacità funzionale. All'interno di questo rapporto costante esistono condizioni sociali e condizioni di salute, le cosiddette aree a necessità di elevata integrazione, nelle quali interventi congiunti e specifici di tipo sanitario e di sostegno sociale si sono dimostrati efficaci e costo/efficaci. Queste aree riguardano un'ampia varietà di tematiche, dal rapporto genitoriale, allo sviluppo di caratteristiche della personalità e all'assunzione di comportamenti a rischio, dai problemi della esclusione e della stigmatizzazione a quelli della fragilità e della solitudine, dalle forme di dipendenza a quelle di povertà estrema. Sono aree di bisogno che risentono dell'invecchiamento della popolazione, dei fenomeni dell'immigrazione, della modificazione dei valori economico-sociali e del tessuto delle relazioni familiari, della frammentazione abitativa, della crisi economica. L'insieme di questi problemi non può essere affrontato isolandoli dalla gestione corrente delle attività, creando una sorta di ghetto dell'integrazione socio-sanitaria, ma deve mantenere forti connotazioni di permeabilità e di continuità rispetto alla gestione complessiva dell'assistenza. In questo senso è necessario introdurre all'interno delle attività quotidiane una prospettiva sociale e indurre negli interlocutori del sociale una simile attenzione alla dimensione sanitaria del bisogno che osservano. È necessario dotarsi a questo fine di strumenti condivisi, sanitari e sociali, di lettura della comunità e di valutazione delle persone affinché la integrazione non si limiti a mera giustapposizione di interventi con diverse regie, diverse intelligenze dei fenomeni e diversi approcci operativi.

La marginalità, la fragilità e la cronicità sono aspetti centrali di questi fenomeni, anche se non ne sono la connotazione esclusiva, e devono essere spie di un'attenzione che non si riduca alla gestione delle situazioni di crisi o ad una presa in carico che coincida con la perdita dell'autonomia. Gli interventi di integrazione devono essere graduati dalla sensibilizzazione, alla vicinanza, all'ascolto, alla vigilanza, al sostegno, alla presa in carico. In questo contesto forme di intervento anticipato a bassa intensità sui soggetti fragili e sulle situazioni a rischio che favoriscano il mantenimento di una relativa autonomia individuale e l'inclusione sociale, evitando nei limiti del possibile le diverse forme di istituzionalizzazione e favorendo la domiciliarità si sono rivelate in grado di ridurre frequenza e gravità degli episodi di scompenso ed economicamente vantaggiose. L'insieme di questi fattori rende ancor più strategica per l'Azienda la ricerca di forme di collaborazione strutturate, con il Comune di Roma e le Municipalità di riferimento delle aree distrettuali, allo scopo di realizzare l'integrazione socio-sanitaria e, in tal modo, assicurare l'armonico sviluppo di **percorsi** a valenza socio-sanitaria secondo principi di appropriatezza ed efficienza.

ART. 24 – CRITERI GENERALI DI ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione aziendale è disegnata al fine di supportare il perseguimento delle strategie e per assicurare il corretto sviluppo, sotto il profilo qualitativo, professionale ed economico, dei processi operativi.

I principi fondamentali ai quali si ispira la definizione dell'organizzazione aziendale sono:

- l'**unitarietà**: forte condivisione della missione, degli obiettivi e del ruolo dell'azienda all'interno del SSR, rafforzamento del senso di appartenenza;
- la **semplicità**: leggibilità dell'organizzazione, riduzione dei livelli di responsabilità verticali e maggiore aggregazione delle UOC;
- l'**integrazione**: raccordo funzionale strutturato tra le diverse articolazioni aziendali per lo sviluppo di processi di assistenza e di gestione;
- la **flessibilità**: prospettive di sviluppo del modello e individuazione di gruppi di progetto o unità temporanee per la realizzazione di piani e programmi specifici;
- l'**economicità**: soluzioni in grado di ottimizzare le risorse e di garantire prospettive di sviluppo sostenibile per l'azienda;
- la **responsabilità** per obiettivi con il superamento di una logica settoriale e gerarchica dell'organizzazione verso la costruzione di un modello orientato ai risultati
- il **decentramento** di responsabilità e decisioni ai diversi livelli organizzativi;
- l'**innovazione, come orientamento continuo al miglioramento dei processi e al cambiamento organizzativo.**

ART. 25 – PRINCIPI DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Le **persone** che lavorano in Azienda rappresentano l'elemento fondamentale e distintivo del suo patrimonio. L'Azienda vuole offrire un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori. Al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i propri livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti all'Azienda.

La "cura della persona" sul piano delle tecniche sanitarie, del rispetto pieno dei suoi diritti, dell'ascolto delle sue emozioni e della soddisfazione delle sue aspettative è veicolata per intero dai professionisti e dagli operatori, in particolare dal loro stile di relazione con gli utenti.

L'Azienda mira, quindi, ad acquisire la **collaborazione** di professionisti e operatori fortemente qualificati e a sviluppare le capacità delle risorse umane della struttura, in particolare nell'area dell'assistenza alla persona, per mettere a disposizione del cittadino un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona. Oltre alle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività svolta, agli operatori è richiesta una dimensione di professionalità fondata, anche su conoscenze, **competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale**. L'esercizio di questa dimensione professionale è ovviamente condizionata dal ruolo e dalle responsabilità specifiche attribuite a ciascun operatore ma deve prevedere forme di circolarità e di condivisione utile a

costruire un approccio di squadra all'interno del quale si integrino responsabilità personali e responsabilità collettive, responsabilità di équipe e responsabilità aziendali

L'Azienda intende adottare metodi di reclutamento valorizzino insieme alle conoscenze e alle competenze anche le capacità e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione.

L'Azienda è fortemente orientata allo **sviluppo professionale** del personale, attraverso un incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità. L'obiettivo è di creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi di assistenza, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.

Particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale, non solo perseguendo l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità, ma al fine di evitare che le capacità professionali possano diventare obsolete rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica e scientifica. In questo sforzo il principale strumento di formazione sono certamente gli standard assistenziali che sono effettivamente adottati, la loro costante revisione critica e i sistemi di monitoraggio che devono essere adottati a livello di singola unità organizzativa, di dipartimento, di macrostruttura e di Azienda. In questa ottica è necessario costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati annessi agli obiettivi.

In tale contesto, i rapporti con le Organizzazioni Sindacali sono costanti e particolarmente valorizzati anche attraverso prassi, procedure e consultazioni standardizzate e trasparenti.

TITOLO V – LA DIREZIONE AZIENDALE E GLI ORGANISMI COLLEGIALI

ART. 26 – LA DIREZIONE AZIENDALE

La Direzione Aziendale è costituita da:

- il Direttore Generale;
- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Sanitario.

Sulla base della indicazioni della programmazione regionale, la Direzione Aziendale definisce **le strategie e le politiche aziendali** ed ha la piena responsabilità del loro perseguimento.

La Direzione governa i rapporti complessivi dell'azienda con i soggetti istituzionali che rappresentano le attese dei diversi portatori di interesse.

Rappresenta la sede ove si svolgono rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi collegiali.

In particolare, spetta alla Direzione Aziendale:

- l'individuazione degli obiettivi e di tutela della salute e delle strategie di intervento in grado di conseguirli;
- la definizione degli assetti organizzativi e dei meccanismi operativi dell'azienda;
- l'attribuzione delle risorse umane e strumentali alle macrostrutture sanitarie, nell'ambito del budget operativo;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo strategico.

La Direzione aziendale è supportata ai fini dello svolgimento delle proprie funzioni, oltre che dal Collegio di Direzione e dal Consiglio dei Sanitari come previsto dalla vigente normativa, dall'O.I.V. e dall'Area di direzione aziendale.

ART. 27 – IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale e risponde dell'efficienza dei processi amministrativi e di supporto e della loro funzionalità in relazione alle finalità perseguite dall'azienda e alle attività poste in essere. Assicura, inoltre, la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono 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.

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica, e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale. In particolare, il Direttore Amministrativo:

- coadiuva il Direttore Generale nella gestione dell'Azienda fornendogli pareri di legge sugli atti;
- svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei Direttori di Area e delle strutture amministrative complesse;
- persegue, per gli aspetti giuridico-amministrativi ed economico-finanziari, il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa;
- propone al Direttore Generale la nomina dei Direttori di Area e dei direttori delle strutture organizzative complesse, professionali e funzionali dei servizi amministrativi;
- esercita, nei confronti dei dirigenti dell'area amministrativa il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza, compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio del potere delegato;
- coordina l'attività dei dirigenti e controlla che le loro azioni, comprese quelle attuate nell'ambito dell'esercizio del potere delegato, siano coerenti con le disposizioni e gli indirizzi impartiti dalla Direzione Generale;
- esercita, per tutte le strutture ed i Centri di Responsabilità dell'area tecnico-amministrativa dell'Azienda, le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati;
- fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'Azienda e della qualità dei servizi amministrativi. e tecnici.

Il Direttore Amministrativo, per lo svolgimento delle sue funzioni, governa l'attività delle strutture e dei professionisti deputati a:

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

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

ART. 28 – IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale e risponde della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale. Il Direttore Sanitario dirige i

servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del governo clinico dell'Azienda. In particolare, il Direttore Sanitario:

- coadiuva il Direttore Generale nella gestione dell'Azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
- elabora i programmi per l'erogazione delle attività da parte di soggetti erogatori pubblici e privati presenti sul territorio aziendale, sulla scorta degli indirizzi regionali;
- sviluppa, di concerto con le strutture e i professionisti aziendali coinvolti, proposte per l'attivazione dei percorsi di cura, di assistenza e di presa in carico
- coordina e dirige le strutture sanitarie dell'Azienda, per gli aspetti organizzativi, igienico-sanitari e i programmi di intervento di area specifica a tutela della salute;
- fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'Azienda e il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- esercita per tutte le strutture e i Centri di Responsabilità sanitari dell'Azienda le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati;
- garantisce l'integrazione tra le attività ambulatoriali ospedaliere e distrettuali;
- coordina le strutture sanitarie dell'Azienda garantendone l'integrazione anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli;
- presiede il Consiglio dei Sanitari;
- esercita poteri di direttive per gli aspetti igienico-sanitari ed organizzativo per la tutela della salute;
- formula proposte, per la nomina dei referenti degli interventi relativi ai progetti finalizzati, regionali e aziendali, ai programmi di tutela e promozione della salute, ai programmi di sanità pubblica, ai percorsi di cura, di assistenza e di presa in carico.

Al Direttore Sanitario, nell'esercizio del governo clinico aziendale, compete:

- individuare le priorità per attuare percorsi clinico-assistenziali per l'intervento mirato su specifici problemi di salute e gruppi omogenei di pazienti, sulla base di evidenze tecniche e organizzative, in una logica di integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere;
- definire gli ambiti operativi all'interno dei Dipartimenti per quanto attiene agli aspetti legati all'organizzazione, alla gestione e all'erogazione delle prestazioni;
- promuovere iniziative per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale.

Il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati, nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione ed è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia e qualità, compatibilmente con le risorse disponibili.

Il Direttore Sanitario, per l'esercizio delle proprie funzioni, governa l'attività delle strutture e dei professionisti deputati alla gestione delle seguenti attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie;
- accreditamento;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica dei percorsi di cura
- programmazione e verifica delle priorità nell'accesso alle prestazioni e dei relativi tempi di attesa;
- piani di prevenzione attiva e degli screening;
- coordinamento locale trapianti.

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni dall'Azienda.

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

ART. 29 – IL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari è costituito con provvedimento del Direttore Generale ed è l'organismo di rappresentanza elettiva della componente sanitaria aziendale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti; si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

a - Composizione

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda. La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

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

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

b - Durata

Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 5 anni. Il Consiglio dei Sanitari decaduto conserva le proprie funzioni sino al rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.

Il Direttore Generale provvede allo scioglimento del Consiglio dei sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale (metà + 1).

I componenti del Consiglio dei Sanitari possono essere eletti per un massimo di due volte consecutivamente.

I componenti che non partecipano al Consiglio, per tre volte, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti.

Il funzionamento del Consiglio dei Sanitari è disciplinato da specifico regolamento aziendale.

ART. 30 – L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

La Legge regionale 16 marzo 2011, n.1, che recepisce i contenuti del D.Lgs 27/10/2009, n.150, ha disposto, all'art. 14, la costituzione dell'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione) in sostituzione del nucleo di valutazione interno e controllo strategico o altri analoghi organismi di controllo interno già previsti dal D.Lgs. n. 286/1999 (art. 14, comma 1), demandando a specifico regolamento interno di organizzazione la disciplina delle "...attività di competenza dell'O.I.V.." (art. 15, comma 1) e le modalità di funzionamento.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance sovrintende al funzionamento complessivo del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità, quest'ultima come declinata dalla l. n.

190/2012 e dai provvedimenti attuativi (DD. Lgs nn. 33/2013, 39/2023, 62/2013 e D.P.R. n. 62/2013), curandone tutti i relativi adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente,.

L'Organismo indipendente di valutazione è composto da uno a un massimo di tre componenti dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

Al presidente e agli altri componenti dell'organismo indipendente di valutazione delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale spetta un'indennità annua lorda pari al 5 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'azienda di riferimento. Al presidente del collegio spetta, altresì, una maggiorazione pari al 10 per cento di quella annua lorda fissata per gli altri componenti

L'O.I.V. è nominato dal Direttore Generale.

Al fine di salvaguardare l'indipendenza dell'OIV, non possono essere individuati quali componenti:

- a) coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV;
- b) coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
- c) 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 avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la nomina;
- d) coloro che hanno legami di parentela o affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative.

L'OIV dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

L'Organismo è supportato, senza maggiori oneri per i bilanci delle Aziende Sanitarie, da un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne all'Azienda ai fini dell'acquisizione degli strumenti di analisi e reporting.

ART. 31 – IL COMITATO ETICO

Con la formazione dei Comitati etici interaziendali stabilita con D.G.R. Lazio 12.6.2013, n. 146 sulla base del D.L. 13.9.2012, n. 158 e del successivo D.M. della Salute 8.2.2013 ed in seguito alla conseguente dissoluzione del Comitato Etico Aziendale, viene costituito un ufficio di collegamento del Comitato etico interaziendale della ROMA E, con il compito di raccogliere le proposte di studi elaborate dai professionisti della ROMA E, di sottoporle al Comitato Etico interaziendale e di mantenere con lo stesso i rapporti necessari agli adempimenti successivi alla approvazione o alla mancata approvazione degli studi proposti

ART. 32 - IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LA PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG)

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri finanziari, il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" di seguito denominato Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.).

Il Comitato Unico di Garanzia ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda.

Il Presidente del Comitato Unico di Garanzia è designato dall'Azienda.

Il Comitato Unico di Garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la Consigliera o il Consigliere nazionale di parità.

Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

L'Azienda disciplina le modalità di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del c. 4, art. 57, del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i, e dalle apposite indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

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

- 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.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- può proporre il finanziamento di programmi di azioni positive per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle disponibilità di bilancio.

ART. 33 – LE CONSULTE

Ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. 229/99 e in conformità della L.R. 27/2006 è istituita la **Consulta Sanitaria** come organismo di consultazione di organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi erogati.

In particolare la Consulta Sanitaria:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e della umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora alla pubblicizzazione ed alla conoscenza per la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte alla attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché, programmi di ricerca sugli eventi avversi ed sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del d.lgs. 502/92.

Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Sanitario che la presiede.

La Consulta Sanitaria è costituita da:

- il Direttore Sanitario o suo delegato;
- i direttori di Distretto;
- un rappresentante per ciascun municipio;
- un funzionario regionale competente in materia sanitaria e socio sanitaria (designato dall'Assessore alla Sanità);
- i Presidenti delle Consulte istituite dall'Azienda;
- 2 rappresentanti di organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'Azienda;
- 2 rappresentanti di organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'Azienda;
- il responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La Consulta Sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale.

Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

Nell'ambito dell'Azienda sono istituite, a garanzia della partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni e per la valutazione della qualità dal punto di vista dell'utente, la **Consulta per la Salute Mentale**, la **Consulta per la Qualità della Vita delle Persone con Disabilità e dei loro Familiari** e la **Consulta per l'Immigrazione**.

L'azienda può istituire inoltre **ulteriori Consulte**, con riferimento a specifici ambiti di bisogno assistenziale.

Le Consulte sono istituite con atto deliberativo e le funzioni e le modalità organizzative sono stabilite da apposito regolamento.

ART. 34 – ALTRI ORGANISMI

L'Azienda si avvale degli organismi sanitari disciplinati dalla normativa vigente ed in particolare:

- commissione per il **prontuario terapeutico**;
- comitato per il **buon uso del sangue**;
- comitato per il **Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA)**;
- comitato per l'**ospedale senza dolore**;
- commissione distrettuale per l'**appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica**
- commissione per l'**introduzione e l'uso appropriato delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche**.
- **Comitato Valutazione Sinistri**
- Commissione per il **controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate**, come previsto dal DCA n. U0013 del 23.03.2011

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

La composizione e il funzionamento di detti organismi sono definiti, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia, da appositi regolamenti aziendali.

L'Azienda può, ove non in contrasto con la normativa e senza che ciò comporti oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale, istituire nuovi organismi qualora essi siano funzionali al perseguimento delle proprie finalità e coerenti con il proprio sviluppo organizzativo.

TITOLO VI – LA STRUTTURA AZIENDALE

ART. 35 – L'ARTICOLAZIONE AZIENDALE IN STRUTTURE OPERATIVE

L'organizzazione aziendale è improntata alla chiara determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Aziendale, di quelle della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione di tutte le risorse professionali.

Sulla base di questo presupposto e tenendo conto delle indicazioni programmatiche regionali, l'articolazione organizzativa dell'Azienda prevede la individuazione di:

- a. Macrostrutture gestionali con specifiche responsabilità operative (Dipartimenti – Distretti)

- b. Strutture di coordinamento inter o intra dipartimentali per aree funzionali affini, omogenee o complementari (Aree)
- c. Unità Operative Complesse
- d. Unità Operative Semplici di Dipartimento
- e. Unità Operative Semplici all'interno delle UOC
- f. Incarichi di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento
- g. Incarichi professionali

I criteri di riferimento nella definizione delle Macrostrutture gestionali hanno in primo luogo utilizzato le indicazioni regionali, ma hanno soprattutto individuato entità organizzative le cui strutture fossero connotate da:

- una collocazione omogenea nel rapporto con i livelli decisionali strategici
- una funzione di servizio condivisa nei confronti delle altre macrostrutture
- una omogeneità nei destinatari delle attività svolte e degli interventi effettuati
- una tipologia analoga di competenze nella evidente varietà dei diversi settori disciplinari rappresentati

Tutte le Macrostrutture, a prescindere dalle specifiche funzioni loro affidate, mantengono con la Direzione aziendale le relazioni indispensabili alla formazione e alla condivisione degli indirizzi anche attraverso la presenza nel collegio di direzione, discutono annualmente con la Direzione, nelle forme definite dai relativi regolamenti, i piani annuali, gli obiettivi, per il dipartimento nel suo complesso e per le strutture che lo compongono, discutono al loro interno gli obiettivi per ciascuna delle unità organizzative incluse nella Macrostruttura.

➤ **35.1 – Il Modello Dipartimentale**

L'Azienda assume l'organizzazione dipartimentale come uno dei modelli di gestione operativa. Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono finalità comuni, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale.

Il modello dipartimentale presuppone quindi che le diverse articolazioni organizzative che vi partecipano mettano in comune più fattori che intervengono nella produzione di servizi (spazi fisici, professionisti, tecnologie, beni e servizi, ecc.)

Laddove il modello di dipartimento sia a struttura, ciò non esaurisce la necessità di prevedere forti integrazioni funzionali e operative tra dipartimenti e tra UOC afferenti a dipartimenti diversi che possono determinare sul piano organizzativo percorsi assistenziali integrati, al fine di valorizzare al meglio le professionalità e garantire le necessarie interdipendenze (es. percorsi di riabilitazione, per le cure intensive, per l'emergenza cardiologia, per patologia mammaria, etc.) e sinergie tra i servizi (es. percorso per la sala operatoria, per la diagnostica, per la pre-ospedalizzazione, etc.).

Per specifiche funzioni di valenza regionale o sovra aziendale e che aggregano strutture appartenenti ad aziende sanitarie diverse che perseguono finalità ed obiettivi comuni di gestione integrata di attività, è altresì possibile assumere, con le necessarie intese e concerti, il modello del Dipartimento Interaziendale,

a - Il Direttore di Dipartimento

Il direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti di Unità Operativa Complessa, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

La durata dell'incarico di direttore di Dipartimento può variare da tre a cinque anni con valutazione annuale secondo le modalità precisate nell'atto aziendale e nel regolamento relativo alle valutazioni. L'incarico può essere rinnovato.

Il direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianificare le attività, sentito il Comitato di Dipartimento;

- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolvano in modo pieno i propri compiti e dal fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli della Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget operativo ed economico, ove assegnati, secondo le modalità organizzative aziendali;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione, ove prevista;
- gestisce il budget di risorse del Dipartimento secondo quanto previsto nel regolamento;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico, assicurando lo sviluppo delle competenze e l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e verifica della qualità e della sicurezza degli interventi;
- risponde dei risultati complessivi del Dipartimento.

b - Il Comitato di Dipartimento

Ai sensi dell'articolo 17bis del decreto legislativo 502/1992, il Comitato di Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica per la miglior cura, in particolare, dello sviluppo delle competenze tecnico-professionali, dell'appropriatezza clinica, della formazione e dei processi innovativi, ecc.

Componenti del Comitato di Dipartimento sono:

- il direttore del Dipartimento che lo presiede;
- i direttori delle Unità Operative Complesse;
- i dirigenti responsabili delle Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD);
- i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del Dipartimento che durano in carica tre anni;
- i responsabili delle posizioni organizzative del comparto, ove presenti, o figure di coordinamento per l'area infermieristica, tecnica e sociale, ove presenti, nel numero massimo di due.

Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento (nelle forme previste) e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la Direzione del Dipartimento.

La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento.

Il Comitato di Dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su:

- gli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la Direzione strategica;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole UU.OO. e dei rispettivi budget operativo ed economico (ove previsti);
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- la formazione e lo sviluppo delle competenze del personale
- le modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, la definizione di percorsi assistenziali e di presa in carico, la verifica e il miglioramento dei livelli di appropriatezza, sicurezza e qualità, la valutazione degli esiti

➤ 35.2 – L'Area Funzionale

Qualora occorra rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi comuni e processi assistenziali o gestionali specifici, è possibile l'istituzione di Aree Funzionali intra o inter-dipartimentali. In tal caso l'incarico di direzione dell'area può dar luogo ad una differente graduazione della funzione dirigenziale e non già al diritto a percepire l'indennità aggiuntiva di direzione di dipartimento ex art. 39 vige CCNL.

➤ **35.3 – La Struttura Complessa**

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

Le Unità Operative Complesse sono dotate di autonomia e responsabilità professionale e clinica, organizzativa e gestionale e si caratterizzano, quindi, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte, per l'attribuzione di un budget operativo (obiettivi e risorse) e per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

La denominazione e le funzioni di pertinenza delle strutture cliniche e territoriali corrispondono alle discipline di cui al DPR 484/1997. Per quelle territoriali la riconduzione alla disciplina di riferimento è esplicitata nella declaratoria delle relative funzioni.

Le UOC Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero non assumono un ruolo sovraordinato rispetto ai Dipartimenti, ma vengono loro affidate responsabilità specifiche di coordinamento nella utilizzazione delle risorse affidate a ciascun Dipartimento, struttura sub dipartimentale e Unità Operativa e, accanto ad obiettivi specifici, condivide, nelle forme discusse e concordate con la discussione di budget, parte degli obiettivi assegnati alle diverse articolazioni organizzative dell'Area dell'Assistenza Ospedaliera.

➤ **35.4 - Le Strutture Semplici a valenza dipartimentale. Le Strutture Semplici all'interno di quelle complesse. Gli Incarichi di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento. Gli Incarichi professionali**

Il quadro delle articolazioni organizzative aziendali si completa con le Unità Operative Semplici di Dipartimento, le Unità Operative Semplici, gli Incarichi di progetto e gli Incarichi professionali.

La **UOSD** è caratterizzata dalla specificità dei suoi compiti professionali, ma per un verso non raggiunge, né si prevede che possa nell'immediato raggiungere, le dimensioni operative e i requisiti di responsabilità specificati per le UOC, mentre per altro verso, proprio per la natura delle prestazioni erogate non può essere ricompresa, come struttura semplice, in nessuna struttura complessa esistente e necessita per lo svolgimento dei suoi compiti di una piena autonomia organizzativa.

Alle UOSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse) , ma corrispondono di norma ad un unico centro di costo. Poiché la individuazione di una UOSD può essere collegata a condizioni che non corrispondono alla sua complessità operativa la pesatura di una UOSD può non essere superiore a quella di una UOS o di un Incarico di progetto.

La **UOS** è caratterizzata dalla specificità dei suoi compiti professionali, senza raggiungere, né si prevede che possa nell'immediato raggiungere, le dimensioni operative e i requisiti di responsabilità specificati per le UOC, mentre per altro verso, proprio per la natura delle prestazioni erogate, può essere ricompresa, come struttura semplice, in una delle strutture complesse esistenti.

Alle UOS viene riconosciuta dal Direttore della UOC di afferenza una quantità definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della UOC di afferenza. Il responsabile della UOS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla UOS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della UOC e alla valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La UOS corrisponde ad un unico centro di costo. Poiché la individuazione di una UOS è generalmente collegata alla sua complessità operativa la pesatura di una UOS può essere non inferiore a quella di una UOSD o di un Incarico di progetto.

L'**incarico di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento** è costruito sulla base di uno specifico obiettivo di processo o di risultato. Questo tipo di incarico, non è caratterizzato dalla specificità del ruolo professionale ma dall'impegno di coordinare, in base a protocolli concordati, su obiettivi di salute prioritari indicati dall'Azienda, competenze e ruoli professionali diversi. Un incarico di progetto si intende generalmente circoscritto dal punto di vista della durata che coincide con quella prevista per il completamento del progetto (3-5 anni). Le responsabilità di progetto derivano la loro complessità dalla dimensione organizzativa, a seconda del numero e dei livelli degli operatori e delle strutture da coinvolgere, dalla difficoltà degli obiettivi da raggiungere e dalla quantità di risorse presumibilmente impegnate. Il budget di progetto risulta dalla somma delle quote impegnate nel progetto dei budget affidati alle strutture che concorrono alla sua realizzazione. Il raggiungimento degli obiettivi di progetto concorre alla verifica di risultato del responsabile e delle strutture coinvolte. Poiché la individuazione di un Incarico di progetto, processo, programma o centro di riferimento presuppone, sia pure in assenza di specifiche responsabilità

gestionali, una rilevante complessità organizzativa, la pesatura di tale Incarico di progetto può essere non inferiore a quella di una UOSD o di una UOS.

L'**incarico professionale** costituisce una forma di riconoscimento del possesso da parte di chi lo riceve di specifiche competenze e abilità professionali individuali e comporta non solo l'obbligo di rendere disponibili queste competenze e queste abilità all'azienda, ma anche quello di formare ed addestrare altri operatori a svolgere compiti analoghi. L'assolvimento di questi obblighi nelle forme concordate con il responsabile della struttura di appartenenza rappresenta elemento fondante della valutazione di risultato di un incarico professionale.

ART. 36 - L'AREA DI DIREZIONE AZIENDALE

È caratterizzata dalla prossimità funzionale con la Direzione Aziendale stessa alla quale fornisce gli elementi di conoscenza e le elaborazioni necessarie alle decisioni, alla programmazione, ad un adeguato svolgimento della funzione aziendale di committenza esterna di prestazioni, alla correttezza e alla trasparenza della gestione, alla valutazione della performance e dei programmi di attività, coadiuvando, da questo punto di vista, lo OIV. L'articolazione interna dell'Area rispecchia essenzialmente questo ruolo di supporto che si avvale di un esteso sistema di comunicazioni in ingresso con tutte le altre strutture e macrostrutture aziendali e che non prevede, di norma, responsabilità gestionali dirette, sostenendo piuttosto la capacità di orientamento indirizzato della Direzione Aziendale.

L'Area di Direzione aziendale è articolata in:

- UOC Controllo di Gestione
- UOC Qualità e Sviluppo Organizzativo
- UOC Sicurezza Prevenzione e Risk-Management
- UOC Formazione (*afferisce funzionalmente all'Area Risorse Umane*)
- UOC Relazioni Sindacali e valorizzazione risorse umane (*afferisce funzionalmente all'Area Risorse Umane*)
- UOSD Monitoraggio della produzione e governo delle liste d'attesa
- UOSD Polo Museale Santo Spirito e Laboratorio-Museo della Mente
- UOSD URP e Comunicazione

La UOC Formazione e la UOC Relazioni Sindacali e valorizzazione risorse umane afferiscono funzionalmente anche all'Area Risorse Umane.

ART. 37 - L'AREA GOVERNO DELLA RETE

L'Area governo della Rete costituisce la struttura aziendale di riferimento per la funzione di governo degli erogatori accreditati della ASL Roma E, tenuto conto dell'elevato numero e della variegata tipologia, anche al fine di rendere strategica la politica di accreditamento.

Rappresenta l'afferenza unitaria delle funzioni di governo della rete accreditato per tutte le tipologie di erogatori in una logica di integrazione con obiettivi aziendali.

Si articola attraverso chiare e diversificate responsabilità sulle diverse fasi del processo (programmazione, autorizzazione/accreditamento, verifica dei percorsi autorizzativi, controllo di produzione, liquidazione e pagamento) ricercando una implementazione dei sistemi di verifica della qualità ed una centralizzazione dei sistemi informativi di monitoraggio nonché una integrazione con i sistemi informativi contabili e con le attività di gestione del contenzioso.

L'Area si farà carico dell'integrazione con i servizi specialistici per il mantenimento del ruolo professionale rispetto all'integrazione dell'offerta e all'appropriatezza delle prestazioni.

L'Area Governo della Rete è articolata in:

- UOC Accreditamento Rete di Offerta
- UOC Budget e Controllo Erogatori Privati

ART. 38 – IL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

Il Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali assicura la programmazione, la gestione, l'organizzazione la valutazione ed il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali garantite dal personale infermieristico, tecnico-

sanitario, della riabilitazione, di ispezione e vigilanza, dagli operatori di supporto e degli assistenti sociali sulla base degli obiettivi delineati dalla Direzione Aziendale ed integrandosi con i processi aziendali.

È responsabile del governo dell'assistenza infermieristica, tecnica e sociale di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, promuove modelli organizzativi e professionali innovativi attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e sociali del comparto.

Opera con attenzione alla persona, favorendo l'integrazione multiprofessionale, migliorando la qualità dell'assistenza erogata e promuove il processo di responsabilizzazione professionale.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali è articolato in:

- UOC Assistenza Infermieristica
- UOC Tecnici Sanitari
- UOSD Assistenti Sociali

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali afferisce funzionalmente all'Area Risorse Umane.

ART. 39 - L'AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Come declinata nella sua organizzazione strutturale, è significativa del precipuo obiettivo del riorientamento della rete ospedaliera aziendale in coerenza con la programmazione regionale, integrando e rilanciando le tre strutture ospedaliere a gestione diretta (San Filippo Neri, Santo Spirito ed Oftalmico) ed articolandole per intensità di cura, nel contempo ridisegnandone le "identità". L'integrazione dei tre presidi ospedalieri garantirà il rafforzamento delle eccellenze, l'eliminazione delle sovrapposizioni e ridondanze ed il rilancio dell'identità distintiva di ciascuno dei tre presidi.

L'Area assistenza Ospedaliera è articolata in:

- **Area di Direzione Ospedaliera**
 - UOC Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Filippo
 - UOC Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Santo Spirito e Presidio Ospedaliero Oftalmico
 - *integrazione funzionale con la UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera (afferente al Dipartimento Servizi Amministrativi e Tecnico-Logistici)*
- **DEA San Filippo Neri**
 - UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
 - UOC Anestesia e Rianimazione
 - UOC Chirurgia d'Urgenza
 - UOC Cardiologia (*inserita funzionalmente nell'Area Cardiologica*)
 - UOC Emodinamica (*inserita funzionalmente nell'Area Cardiologica*)
 - *Integrazione funzionale con la UOC SPDC San Filippo Neri (afferente al DSM)*
 - UOSD Terapie Intensive
- **DEA Santo Spirito**
 - UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
 - UOC Anestesia e Rianimazione
 - UOC Chirurgia d'Urgenza
 - UOC Cardiologia (*inserita funzionalmente nell'Area Cardiologica*)
 - UOC Nefrologia e Dialisi
 - *Integrazione funzionale con la UOC SPDC Santo Spirito (afferente al DSM)*
- **Dipartimento Oncologico**
 - UOC Chirurgia Generale ed Oncologica
 - UOC Urologia
 - UOC ORL
 - UOC Oncologia
 - UOC Gastroenterologia
 - UOC Radioterapia
 - UOSD Oncologia S. Andrea

- UOSD Oncoematologia Santo Spirito
- **Dipartimento delle Specialità Chirurgiche**
 - UOC Chirurgia Vascolare
 - UOC Neurochirurgia
 - UOC Chirurgia Maxillo-Facciale
 - UOC Chirurgia Plastica
 - UOSD Chirurgia Toracica
 - UOSD Odontostomatologia
 - Area Ortopedica (intradipartimentale)
 - UOC Ortopedia e Traumatologia San Filippo Neri
 - UOC Ortopedia e Traumatologia Santo Spirito
- **Dipartimento Medico e di Riabilitazione**
 - UOC Neurologia (*inserita funzionalmente nell'Area Neurologica*)
 - UOC Medicina Riabilitativa (*inserita funzionalmente nell'Area di Riabilitazione*)
 - UOC Cardiologia Riabilitativa (*inserita funzionalmente nell'Area Cardiologica*)
 - Area Medica (intradipartimentale)
 - UOC Medicina San Filippo
 - UOC Medicina II San Filippo (ad esaurimento)
 - UOC Medicina Santo Spirito
 - UOC Diabetologia e Dietologia
 - UOC Pneumologia (*inserita funzionalmente anche nell'Area di Riabilitazione*)
 - UOSD Geriatria
 - UOSD Endocrinologia
- **Dipartimento Materno Infantile**
 - UOC Ostetricia e Ginecologia San Filippo Neri
 - UOC Ostetricia e Ginecologia Santo Spirito
 - UOC Neonatologia
 - *Integrazione funzionale con la UOC Consultori Familiari (afferente all'Area Territoriale)*
- **Dipartimento interaziendale di Oftalmologia**
 - UOC Oftalmologia Chirurgica e d'Urgenza
 - UOC Oftalmologia Ambulatoriale
 - UOSD Oculistica ASL Roma F
 - UOSD Pronto Soccorso e Contact Care Oftalmologico
 - UOSD Retina Medica
- **Dipartimento dei Servizi**
 - Area dei Laboratori (intradipartimentale)
 - UOC Microbiologia e Virologia
 - UOC Patologia Clinica
 - UOC Anatomia Patologica
 - UOC Medicina TrASFusionale
 - Area diagnostica per immagini (intradipartimentale)
 - UOC Radiologia San filippo Neri
 - UOC Radiologia Santo Spirito
 - UOSD Radiologia Territoriale
 - UOSD Fisica sanitaria
 - Area del Farmaco
 - UOC Farmacia Ospedaliera
 - UOC Farmacia Territoriale (*integrata funzionalmente con l'Area Territoriale*)

L'**Area Cardiologica** è un'Area di coordinamento interdipartimentale ospedaliera articolata in:

- UOC Cardiologia San filippo Neri
- UOC Emodinamica San Filippo Neri
- UOC Cardiologia Santo spirito
- UOC Cardiologia riabilitativa

L'**Area di Riabilitazione** è un'Area di coordinamento ospedale-territorio articolata in:

- UOC di Medicina riabilitativa
- UOC Assistenza Protesica e Percorsi di Riabilitazione (*affidente l'Area di Assistenza Territoriale*)

L'**Area Neurologica** è un'Area di coordinamento dei centri di riferimento per le patologie neurologiche in funzione di percorsi integrati ospedale-territorio

39.1 – Il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero

Il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, oltre alle funzioni proprie previste dalla normativa vigente, svolge, pur non assumendo un ruolo sovraordinato rispetto ai Dipartimenti Ospedalieri, un ruolo di coordinamento, uniformità, integrazione all'interno del singolo Presidio diretto, affinché possa essere ottimizzata l'attività complessiva dell'ospedale. Inoltre condivide nelle forme previste nel processo di budget parte degli obiettivi assegnati alle diverse articolazioni organizzative dell'Area dell'assistenza ospedaliera.

ART. 40 - L'AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Organizzativamente strutturata nei **Distretti** e integrata dalle azioni del Dipartimento di Salute Mentale (connesso anche con l'Area dell'assistenza ospedaliera) nonché del Dipartimento di Prevenzione, è significativa del precipuo obiettivo di un nuovo modello assistenziale che mira allo sviluppo di un'assistenza territoriale socio-sanitaria appropriata e sostenibile, orientata al superamento della fase di attesa per il riorientamento della domanda potenziale anche attraverso una maggiore integrazione con la rete ospedaliera e la municipalità. Cuore del nuovo modello dell'assistenza territoriale è la **Casa della Salute** quale luogo di regia e risposta per garantire la necessaria flessibilità organizzativa per assicurare l'efficienza nell'impiego delle risorse e la centralità della persona assistita.

L'Area dell'Assistenza territoriale si articola in:

- **Distretto 1**
 - UOC Direzione Distretto 1
 - UOC Assistenza Primaria Distretto 1
 - UOC Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva e Disabili adulti
 - UOSD Patologie Emergenti
- **Distretto 13**
 - UOC Direzione Distretto 13
 - UOC Assistenza Primaria Distretto 13
 - UOC Dipendenze
- **Distretto 14**
 - UOC Direzione Distretto 14
 - UOC Assistenza Primaria Distretto 14
 - UOC Assistenza protesica e percorsi riabilitativi (*Integrazione funzionale con l'Area di Riabilitazione*)
- **Distretto 15**
 - UOC Direzione Distretto 15
 - UOC Assistenza Primaria Distretto 15
 - UOC Consulteri Familiari (*Integrazione funzionale con il Dipartimento Materno-Infantile*)

Il Direttore della UOC Direzione Distretto è anche il Direttore della macrostruttura Distretto cui afferiscono le strutture collocate al suo interno così come sopra elencate.

La UOC Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva e Disabili Adulti, la UOC Dipendenze, la UOC Assistenza Protesica e Percorsi Riabilitativi, la UOC Consulteri Familiari e la UOSD Patologie Emergenti sono strutture a valenza interdistrettuale che, pur afferendo ad uno specifico Distretto, garantiscono l'offerta di servizi anche negli altri tre Distretti.

- UOC Committenza (di supporto trasversale ai Distretti)
- **Dipartimento di Salute Mentale**
 - UOC SPDC San Filippo Neri (*integrazione funzionale con il DEA San Filippo Neri*)
 - UOC SPDC Santo Spirito (*integrazione funzionale con il DEA Santo Spirito*)
 - UOC Centro di Salute Mentale Distretto 1 (*integrazione funzionale col Distretto 1*)
 - UOC Centro di Salute Mentale Distretto 13 (*integrazione funzionale col Distretto 13*)
 - UOC Centro di Salute Mentale Distretto 14 (*integrazione funzionale col Distretto 14*)
 - UOC Centro di Salute Mentale Distretto 15 (*integrazione funzionale col Distretto 15*)
 - UOC Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale
 - UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare
 - UOSD Psicologia Ospedaliera e di Comunità
 - UOSD Governo Clinico
- **Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale**
 - UOC Medicina legale ASL Roma E
 - UOC Medicina Legale ASL Roma D
 - UOSD Medicina Legale ASL Roma F

All'interno dell'Area Assistenza Territoriale sono presenti due Aree di coordinamento funzionale:

Area della Cronicità cui afferiscono funzionalmente:

- UOC Assistenza Primaria Distretto 1
- UOC Assistenza Primaria Distretto 13
- UOC Assistenza Primaria Distretto 14
- UOC Assistenza Primaria Distretto 15
- UOC Assistenza protesica e percorsi riabilitativi
- UOC Medicina Legale ASL Roma E

Area Inclusione sociale, minori e famiglie cui afferiscono funzionalmente:

- UOC TSMREE e Disabili adulti
- UOC Dipendenze
- UOC Consulitori familiari
- UOC Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale
- UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare
- UOSD Patologie emergenti

I Distretti e il Dipartimento di Salute Mentale sono integrati funzionalmente con la UOC Direzione Amministrativa Territoriale afferente al Dipartimento dei Servizi Amministrativi e Tecnici.

40.1 – I Distretti

Nel contesto organizzativo funzionale sopra delineato, il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda, dotata di autonomia tecnico - gestionale ed economico finanziaria, nei limiti delle risorse assegnate, deputato a garantire la disponibilità e l'accesso ai servizi sanitari e socio - sanitari al fine di consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione secondo criteri di equità, appropriatezza e accessibilità, raccordandosi con tutti i servizi territoriali e con le attività dei dipartimenti ospedalieri.

In ogni Distretto sarà presente una Casa della Salute quale sede della Continuità Assistenziale, dell'erogazione di prestazioni orientata al supporto dei percorsi, della gestione delle cronicità (PDTA) secondo il paradigma della medicina di iniziativa, delle attività di prevenzione e Promozione della salute per singoli e la comunità nonché quale sportello integrato fra attività sanitarie e sociali. I Distretti formulano i loro programmi di attività sulla base delle indicazioni strategiche della Direzione Aziendale con la quale concordano i loro obiettivi. Al fine di garantire alla popolazione residente il massimo possibile livello di omogeneità nei servizi resi e nell'assistenza assicurata, i Distretti

stabiliscono tra di loro le necessarie forme di coordinamento concordando, secondo logiche e criteri condivisi, gli specifici programmi di assistenza sul territorio.

I Distretti rappresentano pertanto 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 le altre articolazioni aziendali ;
- concorre alla definizione delle risorse necessarie per la erogazione ai propri residenti di quelle prestazioni che non vengono erogate direttamente a livello distrettuale;
- concorre alla definizione, all'interno della negoziazione del budget, del piano annuale delle proprie attività e degli obiettivi specifici che devono essere raggiunti;
- gestisce autonomamente le risorse destinate al funzionamento delle attività assistenziali direttamente erogate;
- gestisce autonomamente l'integrazione a livello locale dei livelli di assistenza, la continuità assistenziale e il governo clinico;
- gestisce autonomamente 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 impiantare solidamente 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.

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.

La Direzione di Distretto si configura come una struttura complessa con compiti di programmazione, di organizzazione e di coordinamento che, accanto ai compiti locali, stabilisce il raccordo tra il governo aziendale e il governo distrettuale, rappresentando e sostenendo l'impostazione programmatica dell'Azienda in particolare per quanto riguarda:

- il coordinamento locale delle attività di governo clinico e il rapporto con la medicina generale e con la pediatria di famiglia;
- 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.

Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi e attività distrettuali nel territorio di competenza. È inoltre responsabile della gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate al Distretto per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio sanitarie da effettuarsi con il supporto delle articolazioni aziendali preposte alla valutazione. Il direttore di Distretto partecipa alla discussione di budget e concorda con la Direzione aziendale il budget di Distretto.

Presso ogni Distretto è presente un Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali come sede permanente di confronto interno al Distretto, tra le articolazioni operative del Distretto e tra 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 secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Il coordinamento delle attività sociali dei Distretti con i Municipi avviene tramite la figura del coordinatore socio-sanitario di distretto. Le funzioni di coordinamento sono svolte a livello interdistrettuale da un unico coordinatore socio-sanitario il quale si rapporta, per tale funzione, in via consultiva e propositiva, con i Direttori di Distretto che restano comunque gli unici responsabili dello svolgimento delle attività distrettuali. Il coordinatore socio-sanitario è componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Al fine di garantire il corretto esercizio dell'autonomia economico-finanziaria dei Distretti, prevista dall'articolo 3 quater del D.lgs 502/1992 e s.m.i. nonché la regolarità amministrativa e contabile delle connesse attività e del relativo budget, il Distretto è coadiuvato da una Direzione Amministrativa quale unitaria struttura di supporto con funzioni trasversali a tutte le attività territoriali, distrettuali e dipartimentali, dotato del personale amministrativo necessario a svolgere i seguenti compiti:

1. gestione decentrata delle attività amministrative in conformità ai regolamenti aziendali;
2. supporto alle attività distrettuali e dipartimentali territoriali per il perseguimento dei relativi obiettivi, progetti ed azioni.

Il Distretto assume dunque sia funzioni di governo e di committenza che funzioni dirette di produzione. 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 o semiresidenziali. 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.

Il Distretto garantisce, inoltre, la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

La strutturazione funzionale del Distretto è declinata all'art. 37.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento dei Distretti sono disciplinate con apposito regolamento.

40.2 – Il Dipartimento di Salute Mentale

L'Azienda considera la salute mentale area fondamentale d'intervento nella quale coniugare capacità di cura e capacità di inclusione sociale. L'approccio dell'Azienda alla salute mentale è teso a 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;
- 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.

e si connota per 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.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa dell'Azienda a tutto ciò preposta e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, dei disturbi e delle disabilità psichiatriche in base a quanto previsto dalla DGR Lazio 8/02/2000 n. 236.

Il DSM è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile. Nell'ambito del DSM vengono ricompresi i servizi psichiatrici di diagnosi e cura dell'Ospedale S. Spirito e del S. Filippo Neri

Al Direttore di Dipartimento spetta la gestione delle risorse assegnategli dal Direttore Generale ai fini del raggiungimento degli obiettivi programmati.

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

La strutturazione funzionale del Dipartimento è declinata all'art. 37.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale sono disciplinate con apposito regolamento.

40.3 – Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale

Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale assicura, secondo criteri di equità, uniformità ed accessibilità, l'espletamento, nell'ambito di tematiche giuridiche, delle attività di valutazione medico – legale finalizzate alla tutela dello stato di salute del singolo e della collettività; garantisce, altresì, l'espletamento delle attività medico legali di accertamento dell'invalidità civile, di accertamenti connessi all'idoneità lavorativa, il riconoscimento dei benefici previsti dalla L. 210/1992 e s.m.i. e gli accertamenti connessi all'attività necroscopica.

Il Dipartimento si articola in:

- UOC Medicina legale AUSL Roma E
- UOC Medicina Legale AUSL Roma D
- UOSD Medicina legale AUSL Roma F

ART. 41 – IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Piano aziendale della prevenzione 2014-2016 è finalizzato, nell'ambito della nuova visione dei servizi in rete (indicata nel PSN 2011/2013 e nel Patto per la salute 2014/2016), al superamento della settorializzazione ed al rilancio della prevenzione e promozione della salute e si connota, principalmente, per

1. Attività da svolgere
 - Interventi più efficaci individuando le priorità, avvalendosi della collaborazione del Dipartimento di Epidemiologia
 - Sorveglianza e prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria (volta ad evitare la ipermedicalizzazione)
 - Promozione della salute e del benessere
2. Integrazione e gestione dei servizi
 - Integrazione tra il Dipartimento di prevenzione, Distretto ed altre articolazioni territoriali sanitarie e sociali
 - Costituzione di gruppi multiprofessionali
 - Garanzia di qualità ed omogeneità del servizio

In tale rinnovato contesto funzionale il Dipartimento di Prevenzione, pur sempre nell'assetto organizzativo delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 29.11.2001 (e, segnatamente alle funzioni inerenti la Sanità Pubblica Veterinaria e la Sicurezza Alimentare, dall'Accordo Stato-Regioni n. 46/CSR del 7 febbraio 2013 recepito con DCA n. U503 del 23 dicembre 2012), si connota per essere momento topico nel garantire l' "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" (macrolivello LEA) e, quindi, quale principale articolazione di riferimento le cui attività salienti attengono alle aree:

- Vaccinazione e profilassi malattie infettive
- Screening oncologico
- Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro

Il Dipartimento di prevenzione si struttura funzionalmente in:

Area della Prevenzione Individuale e Collettiva, articolata in:

- UOC Servizio Igiene Sanità Pubblica (SISP)
- UOC Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL)
- UOC Programmi di Screening
- UOC Centro vaccinazioni Internazionali e Coordinamento attività Vaccinale
- UOC Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) (*afferisce anche all'Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare*)
- UOSD Medicina dello Sport

Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare, articolata in:

- UOC Sanità Animale
- UOC Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) (*afferisce anche all'Area della Prevenzione Individuale e Collettiva*)
- UOSD Igiene degli alimenti di origine animale
- UOSD Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del Dipartimento di Prevenzione sono disciplinate con apposito regolamento.

Il Dipartimento di Prevenzione è integrato funzionalmente con la UOC Direzione Amministrativa Territoriale afferente al Dipartimento dei Servizi Amministrativi e Tecnici.

ART. 42 – IL DIPARTIMENTO DI EPIDEMIOLOGIA (DEP) DEL SSR DEL LAZIO

Il Dipartimento di Epidemiologia previsto dalla delibera della giunta regionale n. 290 del 16 maggio 2006 "Direttive per lo svolgimento delle attività di epidemiologia del SSR" è la struttura di riferimento regionale per l'epidemiologia con funzione di progettazione, sviluppo e conduzione di programmi regionali di epidemiologia in materia di:

- Epidemiologia ambientale
- Valutazione degli esiti dei servizi sanitari
- Tossicodipendenze
- Revisioni sistematiche della letteratura scientifica sull'efficacia dei trattamenti sanitari
- Disuguaglianze socioeconomiche di salute
- Formazione in epidemiologia

Ad esso viene integrato, secondo quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale n.919 del 21 dicembre 2006, la UOC Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)" struttura di riferimento regionale per l'interfaccia con il centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute

Il Dipartimento di Epidemiologia dal 2006 svolge funzioni regionali di epidemiologia in diversi ambiti. La L.R. Lazio 4/2013 (art. 35) e la successiva D.G.R. Lazio di attuazione n. 152 del 1 aprile 2014 trasferiscono al Dipartimento di Epidemiologia ulteriori funzioni di supporto tecnico scientifico alla Direzione Regionale competente in sanità, già riferibili all'estinta Laziosanità – ASP.

In particolare, le funzioni attribuite riguardano la valutazione epidemiologica sullo stato di salute della popolazione, la valutazione di esito, "performance", qualità e rischio clinico, l'epidemiologia ambientale, occupazionale e sociale, i programmi di ricerca del SSR sulle materie di competenza, il monitoraggio epidemiologico per i malati di Alzheimer-Perusini (L.R. 6/2012). Il Dipartimento è inoltre centro di competenza nazionale della Protezione Civile per i programmi di prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore e centro operativo di AgeNaS per il Programma Nazionale Esiti.

Il Dipartimento di Epidemiologia contribuisce alle attività dell'Azienda con un coinvolgimento diretto in alcuni programmi, tra i quali la progettazione e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici di alcune patologie croniche, gestione del SIAD, aggiornamento dei residenti/assistiti nella ASL, fornendo, inoltre, supporto trasversale a tutte le strutture per le proprie competenze epidemiologiche (formazione ed analisi a partire dai dati del P.Re.Val.E., analisi sullo stato di salute dei soggetti anziani, analisi descrittiva della mortalità per causa e dell'ospedalizzazione).

Il finanziamento delle attività del Dipartimento di Epidemiologia ricade per circa metà del proprio costo sul Fondo Sanitario Regionale (esclusivamente il costo del personale dipendente a tempo indeterminato) e per la restante parte su progetti finanziati dalla Regione, dall'I.S.S., dal Ministero della Salute, da AgeNaS, dalla Protezione Civile e Comunità Europea.

Il Dipartimento di Epidemiologia si struttura funzionalmente in:

- UOC Epidemiologia Ambientale
- UOC Epidemiologia dello stato di Salute della Popolazione
- UOC Epidemiologia Occupazionale ed Eziologia
- UOC Epidemiologia Valutativa
- UOC Epidemiologia Clinica
- UOSD Documentazione Scientifica

ART. 43 – IL DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI E TECNICO-LOGISTICI

Il Dipartimento si connota per lo svolgimento di funzioni a forte carattere gestionale, orientate:

- ad una logica di servizi interno nei confronti delle altre strutture aziendali e in particolare di quelle deputate all'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari;
- ad una visione aziendale delle problematiche, con una diretta funzione di supporto alle scelte della Direzione Aziendale;
- all'innovazione dei processi e dei servizi forniti con particolare riferimento alla gestione informatizzata di dati e procedure;
- ad una riqualificazione in senso gestionale di funzioni amministrative tradizionali, in un'ottica di governo di risorse che non di mera amministrazione delle stesse;
- allo sviluppo di nuove competenze e professionalità, in una prospettiva di miglioramento continuo e di responsabilità diffusa;
- alla semplificazione e al decentramento dei servizi, rafforzando al contempo il presidio centrale della funzione.

Il Dipartimento è strutturato nelle Aree Funzionali:

- **Area Rapporti Istituzionali Giuridici ed Economici** che governa, variamente strutturata, le funzioni afferenti alle direzioni amministrative ospedaliera e territoriale, agli affari generali e legali, alla contabilità ed al bilancio ed alla gestione del personale. L'Area è funzionalmente articolata in:
 - UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera
 - UOC Direzione Amministrativa Territoriale
 - UOC Affari Generali
 - UOC Contabilità e Bilancio
 - UOC Gestione del Personale (*afferisce funzionalmente all'Area Risorse Umane*)
- **Area Servizi Tecnici e Logistici** che governa, variamente strutturata, le funzioni collegate a Area Risorse Umane, afferenti all'acquisizione beni e servizi, alla logistica ed al patrimonio, al servizio tecnico, alle tecnologie informatiche ed all'ingegneria clinica. L'Area è funzionalmente articolata in:
 - UOC Acquisizione Beni e Servizi
 - UOC Logistica e Patrimonio

- UOC Servizio Tecnico
- UOSD Tecnologie Informatiche
- UOSD Ingegneria Clinica

ART. 44 – L'AREA RISORSE UMANE

L'Area Risorse Umane è un'area di coordinamento funzionale tra differenti strutture che condividono processi di gestione, valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali, articolata in:

- Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali
- UOC Formazione
- UOC Relazioni Sindacali e Valorizzazione Risorse Umane
- UOC Gestione del Personale

Titolo VII – Sistemi e strumenti per il governo e la gestione

ART. 45 – CRITERI GENERALI

L'Azienda si avvale di sistemi e strumenti per il governo strategico e per la gestione, coerentemente con la propria natura di azienda pubblica, nel rispetto dei principi di trasparenza e protezione dei dati personali, equità, orientamento alla qualità e responsabilità sul buon uso delle risorse, nel quadro di una complessiva azione nel contempo altresì tesa, in coerenza alle disposizioni di cui alla L. n. 190/2012, alla prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

Coerentemente con gli indirizzi descritti al Titolo IV, l'Azienda si dota di sistemi e strumenti finalizzati:

- alla formulazione delle strategie aziendali per il perseguimento della missione e delle finalità istituzionali, in una visione unitaria dell'azienda e del suo rapporto con il contesto di riferimento, attraverso il coinvolgimento attivo dei diversi portatori di interesse esterni e interni;
- alla definizione puntuale degli obiettivi, dei fabbisogni di risorse e degli indicatori di risultato, all'interno degli indirizzi e delle politiche aziendali, con il coinvolgimento attivo di tutte le strutture;
- al decentramento della gestione e alla responsabilizzazione diffusa, valorizzando in primo luogo la funzione manageriale delle posizioni dirigenziali e di coordinamento, utilizzando le leve della delega e della valutazione, favorendo lo sviluppo di capacità di *problem solving* a livello operativo, perfezionando i processi di monitoraggio e controllo dei risultati;
- alla forte integrazione verticale e orizzontale, attraverso sistemi informativi e di comunicazione interna di supporto alle decisioni e all'efficacia dei processi aziendali.

ART. 46 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

La Direzione Aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione, sulla base degli indirizzi della Conferenza Sanitaria locale e nel rispetto degli indirizzi regionali, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e sociosanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda.

Il processo di pianificazione strategica è attuato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale e in stretta connessione con gli altri strumenti di pianificazione locale.

Lo strumento specifico della pianificazione aziendale è il Piano Strategico Aziendale (PSA), che definisce gli indirizzi, gli obiettivi e le azioni di medio periodo; esso ricomprende ed integra i piani e i programmi regionali, i piani delle attività territoriali, i programmi e i progetti a valenza interaziendale e interistituzionale.

La definizione del Piano Strategico tiene conto

- delle politiche macro sanitarie nazionali e regionali, degli indirizzi generali provenienti dalla regione, e dalla comunità locale, dei bisogni specifici della popolazione, esplicitando così la propria funzione di "committenza";
- delle proposte tecnico-operative e delle potenzialità espresse dalle strutture aziendali e di quelle presenti all'interno della rete allargata di offerta, che identificano la funzione di produzione, nonché dei vincoli e delle capacità delle prospettive di valorizzazione e sviluppo delle risorse aziendali e del patrimonio tangibile intangibile dell'azienda;
- dei percorsi di risanamento e della sostenibilità degli investimenti e della gestione sul piano economico-finanziario.

ART. 47 – LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

Il processo di budget annuale rappresenta, per tutti i livelli di responsabilità coinvolti, il punto di riferimento per la definizione delle risorse necessarie a realizzare gli obiettivi e le azioni previste.

Gli strumenti specifici della programmazione annuale sono:

- **il bilancio di previsione**, mediante il quale l'Azienda definisce, nell'ambito degli indirizzi e dei vincoli definiti a livello regionale, il valore e i costi della produzione, articolati secondo il piano dei conti, e i budget economici da assegnare ai singoli centri aziendali ordinatori di spesa;
- **il budget operativo annuale**, elaborato da tutte le unità e le funzioni aziendali e negoziato con i livelli organizzativi superiori, che specifica e traduce operativamente gli obiettivi della programmazione aziendale, ne definisce le modalità di realizzazione e identifica specifiche proposte di miglioramento dei livelli di qualità e di efficienza della struttura.

Attraverso tali strumenti l'Azienda persegue la qualificazione dei processi di acquisizione di beni e servizi, l'equilibrio economico tra costi e ricavi, e concorre alla verifica di fattibilità e percorribilità delle azioni regionali finalizzate al risanamento economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

ART. 48 – SOLUZIONI ORGANIZZATIVE FLESSIBILI PER L'ATTUAZIONE DI PIANI, PROGRAMMI E PROGETTI

Al fine di assicurare flessibilità, integrazione ed efficacia dell'organizzazione, l'Azienda promuove specifiche soluzioni organizzative orientate all'avvio e alla realizzazione di specifici piani, programmi e progetti.

Tali soluzioni flessibili, sotto forma di "gruppi operativi interdisciplinari", "programmi", *task force*, "cantieri aziendali", sono finalizzate ad assicurare una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, con riferimento ad aree problematiche di particolare interesse che richiedono competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse, anche a livello interdipartimentale.

Con specifico riferimento all'integrazione dei percorsi assistenziali, il programma si configura come un articolazione organizzativa trasversale che crea sinergie e relazioni funzionali tra unità organizzative in ragione della tipologia di prestazione/servizio erogata con integrazione e condivisione operativa per l'ottimizzazione delle risorse. Il Direttore Generale potrà istituire specifici programmi su percorsi assistenziali o per particolari target di popolazione con prioritario riferimento allo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio.

Con specifico riferimento al Piano di Rientro di cui alla DGR n. 124 del 27.02.2007, l'azienda istituisce un organismo straordinario dedicato all'attuazione e al monitoraggio del Piano.

Le *task force* e i cantieri aziendali hanno carattere temporaneo; i Gruppi Operativi Interdisciplinari e i programmi, potranno assumere valenza temporanea o permanente in ragione delle finalità che ne hanno determinato la costituzione.

Attraverso il provvedimento di istituzione dello specifico programma, gruppo operativo interdisciplinare, cantiere, *task force*, è identificata la collocazione organizzativa dello stesso e la posizione organizzativa corrispondente nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti, in merito, dai Contratti Collettivi.

ART. 49 – IL DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI

Nel rispetto dell'art. 4 bis della L.R. 16/2001, introdotto dall'art. 9 della L.R. 27/2006, il Direttore Generale individua il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili dell'Azienda nella persona del Responsabile *pro-tempore* della UOC Contabilità e Bilancio.

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

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

Al dirigente preposto sono conferiti dal Direttore Generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei compiti attribuiti. La responsabilità del Direttore Generale - connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari - si estende anche al dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, in relazione ai compiti spettanti.

ART. 50 – IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

La legge non contiene una definizione di corruzione, che viene quindi data per presupposta, di talché la Circolare n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 25 gennaio 2013 invita a contestualizzarne il concetto quale comprensivo "delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati".

Diversamente, la legge dà invece una chiara definizione del principio generale di trasparenza, come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

L'Azienda, ai fini della definizione e della gestione del "Piano triennale per la prevenzione della corruzione" e del "Piano triennale per la trasparenza e l'integrità" in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, ne nomina i rispettivi Responsabili che, di norma, coincidono.

ART. 51 – IL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Azienda, alla stregua dell'art. 29 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e s.m.i. recante il cd. "Codice in materia di protezione dei dati personali, individua il "Responsabile del trattamento" dei dati personali nei Direttori/Responsabili *pro-tempore* di ciascuna Unità Operativa Complessa e Semplice, aggregata o non, nonché nei Direttori Amministrativo e Sanitario aziendali *pro-tempore* e nel Collegio Sindacale, relativamente al trattamento dei dati di rispettiva pertinenza, nel contempo assicurando un centro di referenza aziendale –ufficio privacy- a diretto supporto del "Titolare del trattamento" (l'Azienda stessa, in persona del Direttore Generale *pro-tempore*) nonché dei Responsabili e degli Incaricati al trattamento dei dati personali e, quindi, a supporto dell'Azienda nel suo complesso.

ART. 52 – IL SISTEMA DEI CONTROLLI E DI VALUTAZIONE

I controlli

In armonia con i principi e le disposizioni dettate dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. nonché della legge regionale del Lazio 16 marzo 2011, n. 1, il sistema di controllo interno è costituito:

- a) dalla valutazione e dal controllo strategico, concernente l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo strategico aziendale, in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti;
- b) dal controllo di gestione concernente l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione degli andamenti gestionali, il rapporto tra costi e ricavi;
- c) dal controllo di regolarità amministrativa e contabile concernente la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;

- d) dalla valutazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale

La progettazione d'insieme del controllo interno si conforma ai seguenti principi generali:

- a) l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo della direzione aziendale ed è svolta dall'Organismo indipendente di valutazione con il supporto della struttura tecnica permanente;
- b) il controllo di gestione è svolto da struttura afferente all'area di direzione aziendale;
- c) l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche le risultanze del controllo di gestione, ma è svolto da struttura diversa da quella cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- d) le funzioni di cui alle lettere a), b) e c) sono esercitate in modo integrato;
- e) le verifiche di regolarità amministrativa e contabile non sono svolte da strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti ed al controllo strategico; ad esse provvede il Collegio Sindacale.
Nel più ampio processo di regolarità amministrativo-contabile, l'Azienda nomina il *Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili* (cfr. art.46) nonché gli *Agenti Contabili*, per l'obbligo della resa del Conto Giudiziale alla Corte dei Conti, individuati nell'Economista (per la funzione di gestione della cassa economica), nel Funzionario Delegato (per la funzione di gestione di apertura di credito), nel Responsabile di Cassa CUP (per la funzione di gestione punti di riscossione) ed in ciascun medico esercente libera professione intramoenia "esterna" (per la funzione ALPI).

Ai sensi dell'art. 14, comma 1, della l.r. Lazio n. 1/2011, L'O.I.V. sostituisce il nucleo di valutazione ed il controllo strategico previsti dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

Ai sensi dell'art. 24, comma 6, ultimo periodo della legge 7 agosto 1990, n.241, non è ammesso l'accesso alle attività di valutazione e controllo strategico. E' fatto salvo il diritto di accesso dei dirigenti agli atti relativi alla propria valutazione.

La misurazione e valutazione della performance

L'Azienda considera il *sistema di misurazione e valutazione della performance* elemento integrante e centrale della gestione aziendale, nonché strumento indispensabile al perseguimento della sua missione di tutela della salute dei cittadini e dei suoi obblighi di garanzia dei livelli di assistenza e della qualità degli interventi sanitari e non sanitari.

A tal fine adotta con apposito provvedimento il "Sistema di misurazione e valutazione della performance" e sviluppa il ciclo della misurazione della performance volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti e alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il ciclo della performance si articola nelle seguenti fasi :

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

Oggetto di misurazione è la performance organizzativa/collettiva ed individuale.

Con la valutazione della performance organizzativa vengono misurati i risultati complessivi delle varie articolazioni organizzative senza quindi un diretto collegamento con la prestazione individuale del singolo dipendente; in particolare essa è orientata a rappresentare e misurare:

- l'attuazione delle politiche sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività e il loro impatto;
- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

- il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione della trasparenza.

Con la valutazione della performance individuale vengono misurati i risultati conseguiti da tutti i dirigenti secondo criteri e risultati attesi prestabiliti. Essa si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti; in particolare essa è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, lo scopo prioritario della misurazione e valutazione della performance individuale deve essere tesa a:

- a) supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- b) promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- c) evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- d) contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione monitora il funzionamento complessivo del sistema di valutazione aziendale e garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione e dell'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dalla normativa vigente, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità.

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, l'Azienda redige annualmente:

- a) un documento programmatico triennale, denominato *Piano della performance* coerente con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance
- b) un documento denominato *Relazione sulla performance* che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato.

L'Organismo Indipendente di Valutazione valida la Relazione sulla performance e ne assicurarne la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda.

ART. 53 – LA RENDICONTAZIONE SOCIALE

L'Azienda integra nel proprio sistema di pianificazione, programmazione e controllo, anche le logiche e gli strumenti propri della rendicontazione sociale, per rispondere alle esigenze conoscitive dei diversi interlocutori pubblici o privati (cittadini, imprese, associazioni, altre istituzioni) interessati a comprendere e a valutare l'operato dell'azienda. A tal fine l'Azienda adotta il bilancio sociale quale strumento con cui rendere conto alla comunità delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse in un dato periodo, anche attraverso i momenti istituzionali di informazione e partecipazione già formalmente previsti (Conferenza Sanitaria Locale, Conferenze dei Servizi, Consulta Sanitaria).

L'Azienda adotta il bilancio sociale con cadenza periodica, preferibilmente annuale, permettendo di confrontare ciclicamente gli obiettivi programmati con i risultati raggiunti favorendo la definizione di nuovi obiettivi e impegni dell'amministrazione. Per questo il bilancio sociale è integrato con il sistema di programmazione e controllo e con l'intero sistema informativo contabile dell'azienda.

Nel processo di rendicontazione sociale l'Azienda tiene conto delle Linee Guida per il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche elaborate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e di eventuali indirizzi specifici per il Sistema Sanitario definiti a livello nazionale e regionale.

ART. 54 – I PROCESSI DI ACQUISTO

Nelle procedure di acquisizione l'Azienda garantisce il rispetto del principio costituzionale dell'imparzialità della Pubblica Amministrazione, con particolare riferimento alla garanzia di parità di condizioni tra le imprese candidate alle forniture. Garantisce inoltre che i criteri di valutazione delle offerte siano essenziali, correlati all'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica d'imprenditorialità e innovazione tecnologica.

In conformità al principio giuridico di trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato, l'Azienda riconosce ai fornitori che vi abbiano interesse il diritto di accesso agli atti alle condizioni e secondo le modalità previste dalla normativa.

Con proprio regolamento l'azienda disciplina il sistema delle procedure di effettuazione delle spese per l'acquisizione in economia di beni e servizi, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 125 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163.

La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti e uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti.

L'Azienda applica in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi, la procedura negoziata che garantisce la concorrenzialità tra i potenziali fornitori, ai sensi del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE".

L'Azienda promuove inoltre forme di collaborazione con altre aziende sanitarie della Regione, in linea con quanto previsto dalla disciplina regionale in materia e con riferimento all'implementazione della Centrale Unica di Acquisto.

Si ritiene propedeutica ai processi di acquisto una loro corretta programmazione che derivi dalla ricognizione puntuale del fabbisogno e dall'aggiornamento periodico del fabbisogno in base alle previsioni di consumo basate sulle variazioni previste dell'attività o sull'innovazione tecnologica.

Una corretta stima del fabbisogno, la costruzione di capitolati caratterizzati dalla accurata descrizione dei prodotti e dei servizi, la definizione di criteri specifici e verificabili di selezione dei prodotti e dei servizi che si intendono acquistare e la definizione di criteri verificabili di valutazione delle forniture costituiscono un presupposto imprescindibile di trasparenza e rendicontabilità delle procedure di acquisto.

I processi di acquisto aziendale avvengono in stretto collegamento con la Centrale di Acquisto Regionale.

ART. 55 – IL RISK MANAGEMENT

L'Azienda riconosce tra i suoi obiettivi quello di sviluppare e promuovere la **cultura della sicurezza** attraverso un intervento sistemico sulla gestione del rischio nella pratica clinica, per ridurre l'incidenza di errori e contenerne gli effetti. Gli interventi prevedono l'integrazione di tre ambiti: qualità, come tensione continua verso i possibili miglioramenti del sistema, partendo dall'analisi delle criticità evidenziate; sicurezza per fornire servizi che conquistino la fiducia dei cittadini e che permettano agli operatori di lavorare con serenità; appropriatezza per garantire risposte efficaci ai bisogni di salute, sia in ambito sociale che sanitario, utilizzando bene le risorse e coinvolgendo i professionisti nell'uso etico delle stesse.

L'Azienda assicura il percorso già intrapreso a tutela degli utenti e degli operatori, consolidando il modello a rete presente, per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- applicazione delle azioni di prevenzione locali (*anticipare i rischi emersi nell'analisi degli eventi avversi*) e regionali (*controllare il rischio aggregato a partire dalla verifica complessiva delle criticità più frequenti e più rilevanti*);
- monitoraggio delle azioni e valutazione costante dei risultati raggiunti, in termini di costi umani (*riduzione della mortalità e della morbilità per eventi avversi*), economici (*costi diretti per prolungamento della degenza*).

o altre procedure diagnostiche terapeutiche, ed indiretti per spese legali e di risarcimento) e professionali (perdita di reputazione e di immagine del sistema).

- adozione annuale del PARM: Piano Annuale di Risk Management;
- attivazione di campagne per la sicurezza dei pazienti e buone pratiche;
- formazione e comunicazione al personale sanitario ed ai cittadini in materia di sicurezza e qualità delle cure;
- gestione del rischio assicurativo attraverso l'attività del comitato di valutazione dei sinistri.

L'articolazione organizzativa aziendale alla quale è affidata la gestione del rischio assume pertanto una specifica responsabilità nel:

- consolidare la funzione di governo clinico per le attività di ricerca e sviluppo, informazione e formazione e promozione della cultura della sicurezza;
- individuare priorità e strategie a livello aziendale per la gestione del rischio;
- favorire, mediante la promozione di iniziative di "reporting and learning", il superamento della colpevolizzazione dell'errore, anche attraverso l'adozione di un regolamento interno che tuteli i professionisti che segnalano gli eventi avversi;
- migliorare il collegamento tra gestione dei sinistri (valutazione e risarcimento) e gestione del rischio, anche attraverso la partecipazione al Comitato di Valutazione dei Rischi Regionale;
- sviluppare modalità e strumenti per l'interlocuzione tra pazienti e operatori nella gestione del rischio e degli eventi avversi o dei near miss;
- coinvolgere attivamente i rappresentanti delle associazioni dei cittadini e dei pazienti nelle attività di gestione del rischio;
- rendere omogenea l'attività dei medici legali, sia nelle attività di gestione del contenzioso, sia per finalità di prevenzione dei conflitti, nell'ambito della corretta compilazione della cartella clinica ed infermieristica, del consenso informato e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie;

L'implementazione della suddetta organizzazione sarà accompagnata da un percorso formativo orientato alla realizzazione di un percorso di cambiamento culturale in campo sanitario che consideri l'errore commesso quale strumento di miglioramento individuale e organizzativo.

ART. 56 – LA LIBERA PROFESSIONE

L'Azienda favorisce, programma e controlla, secondo la normativa vigente, l'esercizio della libera professione quale strumento di potenziamento della capacità di risposta alla domanda sanitaria nella misura in cui:

- consente una più adeguata utilizzazione delle strutture e delle attrezzature, ottimizzando l'incidenza dei costi di struttura;
- concorre alla personalizzazione delle cure costituendo attività aggiuntiva e non alternativa a quella istituzionale;
- costituisce, a partire dal pieno reintegro dei costi sostenuti, una potenziale fonte di autofinanziamento per l'Azienda.
- non entra in competizione, per tempi di accesso e qualità delle prestazioni fornite, con l'attività istituzionale

L'esercizio dell'attività libero-professionale, strettamente correlato alla struttura che ne consente l'operatività, costituisce:

- a) un riconoscimento economico della capacità di attrazione dei professionisti
- b) una maggiore articolazione dell'offerta aziendale
- c) un'opportunità per il paziente di scegliere un professionista di fiducia a parità di condizioni organizzative e di garanzie offerte dalla struttura.

Con specifico Regolamento, in conformità con la normativa vigente e le indicazioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro, in applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al D.P.C.M. 27 marzo 2000 e ispirandosi alle linee guida regionali, l'Azienda definisce le modalità organizzative per l'esercizio dell'attività libero professionale.

ART. 57 – IL SERVIZIO ISPETTIVO

Le funzioni del **Servizio Ispettivo** aziendale, istituito ai sensi dell'art. 1 comma 62 della legge n. 662/1996 per le verifiche sul personale dipendente finalizzate all'accertamento del rispetto delle disposizioni in materia di incompatibilità, sono oggi esercitate altresì in coerenza con le sopravvenute "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" di cui alla L. 6 novembre 2012, n. 190 e della successiva normativa d'attuazione in materia intervenuta. In tale rinnovato contesto funzionale, il Servizio Ispettivo aziendale opera, pertanto, anche quale struttura operativa di supporto al *Responsabile per la prevenzione della corruzione* nell'ambito delle funzioni di vigilanza sul rispetto delle disposizioni in materia di incompatibilità e di inconfiribilità a questi demandate ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39/2013.

TITOLO VIII – SVILUPPO CONTINUO DELLE PROFESSIONALITÀ

ART. 58 – IL PATRIMONIO PROFESSIONALE DELL'AZIENDA

Ogni operatore, all'interno dell'Azienda, svolge un **ruolo specifico**, implicitamente o esplicitamente definito, nei rapporti con altri operatori o soggetti interni e/o esterni all'Azienda stessa che si concretizza nel:

- assumere un comportamento coerente con la propria professionalità ed il ruolo assegnato nel rispetto delle direttive definite dal responsabile diretto;
- gestire processi, quale combinazione di attività e operazioni elementari, dei quali si assumono le responsabilità dei risultati specifici;
- svolgere compiti e funzioni relative alla gestione o alla partecipazione ad iniziative di carattere progettuale;
- sviluppare competenze e capacità professionali.

L'insieme delle competenze organizzative e professionali di tutto il personale dell'Azienda costituisce un patrimonio intangibile fondamentale per il perseguimento della missione e delle finalità istituzionali.

Per valutare, valorizzare e sviluppare il capitale immateriale e il patrimonio professionale, l'Azienda si dota di sistemi e strumenti di:

- valutazione
- attribuzione di incarichi e di responsabilità
- gestione per obiettivi
- formazione permanente
- sviluppo delle competenze professionali ed organizzative nel rispetto della normativa contrattuale e avvalendosi del contributo delle Organizzazioni Sindacali.

Nell'ambito della struttura organizzativa dell'Azienda, a ciascun dipendente è assegnato un ruolo preciso e una posizione individuale all'interno della struttura di assegnazione, secondo i criteri di conferimento e assegnazione degli incarichi previsti dallo specifico regolamento aziendale.

ART. 59 – IL SISTEMA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Il sistema di valutazione individuale degli operatori si inserisce a pieno titolo come parte del sistema di valutazione aziendale all'interno del quale è integrato

La valutazione individuale degli operatori si articola in una valutazione dei risultati ottenuti dai singoli professionisti, nei loro ambiti di competenza, per le responsabilità loro direttamente affidate e per il contributo assicurato alla performance delle articolazioni organizzative di afferenza, e in una componente valutativa di tipo professionale che

documenta l'autonomia, le competenze e le capacità personali evidenziate dai professionisti e la loro capacità di stabilire relazioni professionali con gli operatori con i quali collaborano.

Connessa e consequenziale alla valutazione dei risultati è il **sistema premiante** aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e dei criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e degli accordi aziendali.

La programmazione dei **piani di carriera** si pone come obiettivo la piena realizzazione delle Risorse Umane, al fine di sopperire ai fabbisogni futuri dell'Azienda e di assicurarle la disponibilità, al suo interno, di personale in grado di assumere le diverse responsabilità, inoltre, di assicurare ai dipendenti chiarezza ed equità delle opportunità e dei percorsi.

Il *Sistema di misurazione e valutazione della performance* è puntualmente declinato al precedente art. 49.

ART. 60 – LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E LA FORMAZIONE

L'Azienda promuove lo sviluppo di specifici strumenti quali

- la definizione dei ruoli individuali: per la dirigenza nell'ambito dell'attribuzione degli incarichi e, per il personale del comparto, in ruoli definiti per categorie omogenee di operatori;
- la definizione del piano individuale di sviluppo, che individua per ogni ruolo il tipo di competenze necessarie (curriculum formativo ed esperienza maturata sul campo) e, quindi, il percorso professionale che ciascun operatore deve compiere per poterle occupare partendo dalle competenze e capacità effettivamente maturate;
- *il lifelong learning*: l'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa. In tale ambito particolare rilevanza dovrà avere l'attività di audit, da gestire in modo sistematico, anche alla luce delle evidenze derivanti dal monitoraggio dei processi;
- il ciclo di miglioramento continuo: allo scopo di sviluppare le professionalità aziendali, è definito un sistema di indicatori rispetto ai quali abbinare standard utili per la valutazione sistematica dell'operato svolto e per favorirne il miglioramento continuo. Allo scopo di rendere gli standard compatibili alle caratteristiche specifiche dell'Azienda, gli stessi sono oggetto di definizione, nel rispetto dei principi della medicina basata sulle prove di efficacia, con il diretto coinvolgimento dei professionisti interessati;
- l'autovalutazione: il completamento del complessivo sistema di miglioramento delle professionalità deve basarsi sullo sviluppo di capacità di autovalutazione critica rispetto all'operato svolto dal singolo.

Nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità, l'Azienda si dota di uno specifico **Piano Formativo Aziendale**; esso è costituito:

- dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali e della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali e strategici;
- da iniziative promosse dall'Azienda sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi ulteriori;
- dall'offerta formativa dinamicamente costituita nel corso dell'anno, selezionata in coerenza con gli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali.

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

- il decentramento dell'ideazione e della proposizione delle attività formative;
- lo sviluppo di iniziative formative basate sull'autoapprendimento organizzativo;
- l'accreditamento in ECM delle ordinarie attività di reparto (riunioni e meeting di reparto, revisione della casistica, elaborazione e verifica di progetti, percorsi assistenziali, linee guida, piani assistenziali, etc.)

- il coordinamento con altre aziende per l'adozione di iniziative rivolte alle così dette "professionalità rare" scarsamente rappresentate nelle singole aziende;
- la diffusione tempestiva e capillare delle informazioni sulle iniziative formative in programma.

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

ART. 61 – LA TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

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

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

L'affidamento degli incarichi dirigenziali ha luogo dopo aver effettuato la graduazione delle strutture e delle funzioni dirigenziali, tenendo separate le due possibilità di "carriera" professionale e gestionale, fatti salvi i possibili passaggi fra di esse nel rispetto ed in applicazione della normativa vigente.

Gli **incarichi gestionali** si distinguono per il riferimento a strutture semplici e strutture complesse mentre quelli professionali si distinguono in professionali ad alta specializzazione, professionali e professionali di base.

Per incarichi di **direzione di struttura complessa**, in base all'art. 27, comma 1, lettera a) CCNL 2000, si intendono quelli relativi a strutture di livello aziendale ed a Unità Operative complesse sempre caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti, in via diretta, nei confronti del Direttore Generale, ovvero tramite i Direttori delle strutture di livello superiore.

Per incarichi di **direzione di struttura semplice** con autonomia organizzativa (art.27 comma 1 lettera b) CCNL 2000), si intendono le articolazioni interne alle strutture complesse o al dipartimento/distretto, e naturalmente dotate di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie (art.27 comma 3 CCNL 2000).

All'interno della fascia di responsabilità riferita alle strutture semplici vengono individuati due diversi gradi o livelli di complessità:

- **Unità Operative semplici dipartimentali(UOSD)/distrettuali** (art. 27 comma 7 CCNL 2000): U.O. Semplici dotate di responsabilità diretta di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie le cui attività sono direttamente riferibili al dipartimento o al distretto.
- **Unità Operative semplici interne ad Unità Operative complesse** (art. 27 comma 7 CCNL 2000): Articolazioni interne ad U.O. Complesse, a condizione che siano anch'esse dotate di autonomia di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

Gli incarichi dirigenziali di **natura professionale** sono articolati in:

- incarichi di progetto
- incarichi professionali

Gli incarichi professionali si distinguono in:

- professionali ad alta specializzazione;

- professionali;
- professionali di base.

L'Azienda disciplina con apposito **Regolamento** da sottoporre alla concertazione con le Organizzazioni Sindacali le modalità di affidamento, cambiamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi ai dirigenti.

ART. 62 – LA GRADUAZIONE, ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI

L'Azienda, con proprio **Regolamento** da sottoporre alla concertazione con le Organizzazioni Sindacali, esplicita i criteri per la graduazione e per la pesatura degli incarichi dirigenziali e non.

Per il conferimento e la revoca degli incarichi, l'Azienda tiene conto delle procedure previste dalla normativa vigente, delle disposizioni del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dei Contratti collettivi nazionali di lavoro.

L'Azienda, previo consultazione delle Organizzazioni Sindacali, con le quali vengano fissati i criteri, adotta uno specifico Regolamento che disciplina l'affidamento e la revoca degli incarichi.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi, l'Azienda valorizza quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico.

- *Incarichi ed assegnazione delle responsabilità*

L'Azienda adotta un sistema di affidamento degli incarichi ai dirigenti che prevede, preliminarmente, l'elaborazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire.

L'affidamento degli incarichi dirigenziali ha luogo dopo aver effettuato la graduazione delle strutture e delle funzioni dirigenziali, individuando le due possibilità di "carriera" professionale e gestionale, fatti salvi i possibili passaggi fra di esse nel rispetto e in applicazione della normativa vigente.

Gli incarichi *gestionali* si distinguono per il riferimento a **strutture semplici** e **strutture complesse**, mentre quelli *professionali* si distinguono in professionali ad alta specializzazione, professionali e professionali iniziali, incarichi riconducibili alla tipologia di cui agli artt. 27 comma 1 del CCNL 1998-2001 delle Aree Dirigenziali .

Per gli incarichi di struttura sono valutate, in particolare, le componenti che valorizzano la capacità gestionale in relazione alle specifiche caratteristiche e agli obiettivi che tramite l'incarico di intendono realizzare;

per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, sono valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica, in relazione agli obiettivi che tramite l'incarico si intendono realizzare.

Il rapporto di esclusività costituisce titolo preferenziale per il riconoscimento di incarichi di natura professionale.

- *Incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento per il personale di comparto*

La valorizzazione delle professionalità e le esigenze di flessibilità nella gestione delle risorse umane costituiscono il presupposto per il conferimento di incarichi di posizione organizzativa e incarichi di coordinamento.

In particolare, le posizioni organizzative rappresentano uno strumento volto a potenziare, nel sistema di classificazione del personale non dirigenziale, un modello organizzativo flessibile teso al recupero della meritocrazia ed orientato al decentramento delle attività ed al conseguimento dei risultati, in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda.

L'incarico è conferito per lo svolgimento di attività che richiedono lo svolgimento di funzioni di responsabilità caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale ed organizzativa, ovvero lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, ovvero di attività di staff e/o di progetto, che richiedono in ogni caso elevati livelli di autonomia ed esperienza

L'Azienda sulla base delle analisi delle proprie esigenze definisce preventivamente il numero e il peso di ciascuna posizione organizzativa con riferimento alla graduazione delle funzioni e delle competenze richieste

per lo svolgimento delle stesse, nonché alle responsabilità professionali assegnate attraverso l'applicazione di criteri di pesatura definiti nella regolamentazione aziendale

Il finanziamento delle posizioni organizzative si realizza attraverso apposito stanziamento da individuarsi congiuntamente con la RSU e le OO.SS di comparto in sede di contrattazione integrativa.

Per quanto attiene gli incarichi di coordinamento, la natura delle predette funzioni di coordinamento - si inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che ha come caratteristica principale e saliente quella di realizzare la concreta sinergia e integrazione dei vari interventi necessari al buon andamento delle attività dei servizi di assegnazione, in modo appropriato e funzionale per l'efficiente ed efficace andamento delle attività.

Il ruolo del coordinatore risulta quindi una necessità organizzativa dell'Azienda in quanto risponde sia alle esigenze di coordinamento delle risorse umane e materiali a livello di unità organizzative sia di indirizzo e di sviluppo professionale.

ART. 63 – DELEGHE, AVOCAZIONE, AUTOTUTELA E RECESSO

Alcuni degli incarichi dirigenziali, conferiti secondo le procedure di cui sopra, sono caratterizzati anche dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti di natura gestionale, di indirizzo e controllo, relativamente ai rispettivi ambiti di responsabilità. Ne conseguirà, altresì, l'attribuzione diretta a tali dirigenti della competenza all'adozione degli atti connessi alle specifiche funzioni.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti compiuti. La Direzione Aziendale si riserva comunque la possibilità di intervento diretto in caso di inerzia del delegato e di illegittimità o inopportunità dell'atto.

In caso di ritardo o di mancato esercizio delle funzioni attribuite al dirigente, il Direttore Generale, con atto motivato, potrà avocare a sé gli atti di competenza del medesimo. Il potere di autotutela, in caso di adozione di atti o di comportamenti difformi dagli obiettivi aziendali o in contrasto con la corretta ed economica gestione delle risorse, sarà di competenza del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario, nell'ambito dei rispettivi poteri di direzione. Per tutte le ipotesi di recesso per parte aziendale, si rinvia alle disposizioni normative ed alla disciplina collettiva vigente al momento del recesso stesso.

TITOLO IX – NORME FINALI E TRANSITORIE E RINVIO AD ATTI ED ALLEGATI

ART. 64 – NORME FINALI E TRANSITORIE

Il presente Atto Aziendale, fondato secondo i canoni di diritto privato, fornisce l'illustrazione dei principi ispiratori dell'azione dell'Azienda, delle garanzie che s'intendono assicurare all'utenza, nonché dei termini generali nei quali si sostanzia l'assetto organizzativo dell'Azienda.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'Azienda (es. affidamento incarichi), si dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'Atto Aziendale, citandone il punto e/o la pagina di pubblicazione sul B.U.R.L.

Ogni variazione alle declinazioni operative derivate dal presente Atto Aziendale (es. regolamenti attuativi) non ne richiede la modifica.

Ai sensi del punto 11 del DCA 6 agosto 2014 n. U00259, non potranno essere disposte modifiche dell' Atto Aziendale nello stesso anno della sua approvazione da parte della Regione né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente Atto Aziendale, sarà trasmesso alla Regione il "Piano Anticorruzione" aziendale adeguatamente rivisitato.

ART. 65 – ATTI ALLEGATI

In coerenza al punto 6.2 del DCA 259/2014, in documenti allegati al presente atto, e di questo parte integrante e sostanziale, si definiscono i seguenti aspetti di dettaglio:

1. l'elenco e l'articolazione delle strutture organizzative complesse e delle strutture organizzative semplici dipartimentali (allegato A)
2. l'organigramma aziendale (allegato B)
3. il funzionigramma delle macrostrutture aziendali (allegato C).

ART. 66 – RINVIO A REGOLAMENTI

Ai fini di una corretta e completa attuazione dell'Atto Aziendale, l'Azienda, ai sensi del punto 12 del DCA 259/2014, procederà, all'adozione di un **piano di attuazione** per:

- o l'approvazione/revisione dei regolamenti aziendali dei quali i seguenti, obbligatori, entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'Atto Aziendale:
 - Regolamento di Dipartimento
 - Regolamento di Distretto
 - Regolamento per il funzionamento del Collegio di Direzione
 - Regolamento per il funzionamento del Consiglio dei Sanitari
 - Regolamento per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali
 - Regolamento per l'affidamento e la revoca delle posizioni organizzative e di coordinamento
 - Regolamento per l'esecuzione di acquisti in economia
- o la graduazione delle funzioni dirigenziali
- o l'attribuzione degli incarichi dirigenziali
- o la costituzione dei Comitati di dipartimento
- o la nomina dei Direttori di Dipartimento
- o l'individuazione ed attribuzione delle posizioni organizzative e dei coordinamenti.