

DELIBERAZIONE N. 153 DEL 19/02/2019					
OGGETTO: Adozione Atto Aziendale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri.					
Esercizi/o . Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: . Servizio Risorse Economiche: Cinzia Bomboni	Il Direttore Generale Dott. Francesco Ripa di Meana Proposta n° DL-169-2019				
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO		PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO			
Positivo		Positivo			
Data 19/02/2019		Data 19/02/2019			
IL DIRETTORE SANITARIO Branka Vujovic		IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli			
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 19/02/2019 Positivo					
Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 19/02/2019 Positivo					
La presente deliberazione si compone di n° 4 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: - allegato atto aziendale pag.116					

Il Direttore Generale

- Visto il D.Lgvo n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii;
- Visto il D. Lgvo n. 288 del 16 ottobre 2003;
- Vista la Legge Regionale n. 2 del 23 gennaio 2006;
- Visti gli obiettivi di mandato conferiti dal Presidente della Regione Lazio;
- Visti gli artt. 5 c. 4 lett. C e art. 11, c. 2 e 3 della Legge Regionale 2/2006, i quali prevedono:
- che il Direttore Generale adotti l'Atto Aziendale e successivamente il Regolamento di organizzazione e funzionamento (ROF) degli Istituti;
 - che l'Atto Aziendale deve essere trasmesso alla Regione Lazio ai fini della relativa approvazione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in ordine agli Atti aziendali delle Aziende sanitarie;
- Visti il Decreto n. U00247/2014, il Decreto n. U00251/2014 e il Decreto n. U00259/2014 del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, i quali regolamentano il piano di rientro del disavanzo economico, le linee guida per la formulazione dei Piani Strategici aziendali e le linee guida per la formulazione degli Atti di Autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie nella Regione Lazio;
- Considerato che il DCA U00259/2014 individua come destinatari degli indirizzi di cui sopra anche gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico di diritto pubblico;
- Premesso che gli strumenti per l'attuazione degli Indirizzi e dei Programmi Operativi della Regione sono i Piani Strategici che devono definire gli obiettivi a breve e medio termine;
- che gli Atti Aziendali rappresentano gli assetti organizzativi dei quali le Aziende si dotano al fine di perseguire gli obiettivi delineati dai Piani Strategici;
- che negli indirizzi regionali l'Atto Aziendale costituisce lo strumento di autogoverno con il quale l'Azienda, nel rispetto delle normative vigenti, degli accordi di lavoro e della pianificazione regionale, definisce la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando i propri ambiti di autonomia organizzativa e gestionale, sia nelle sue linee strategiche, che su quelle operative;

- Verificato** che con deliberazione del Commissario Straordinario IFO n. 232 del 14 aprile 2015 è stato adottato il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO (IRCSS Regina Elena e IRCSS San Gallicano) nel quale sono indicate le U.O. soppresse (18);
- che nel DCA n. U00149/2015 erano state approvate 22 UUOOC, comprese quelle amministrative in comune con l'IRCCS "Lazzaro Spallanzani" che costituivano il Dipartimento Amministrativo Interaziendale;
- Considerato** che in data 12/12/2016 si è insediato l'attuale Direttore Generale degli IFO, sulla base del Decreto di nomina del Presidente della Regione Lazio T00248 del 23/11/2016, per una durata di anni 5 (cinque);
- che nel mese di gennaio 2018 sono stati avviati i lavori preparatori per la predisposizione del Piano Strategico 2018-2020;
- che in data 07/06/2018 con Delibera n. 410 è stato approvato il Piano Strategico degli IFO 2018-2020, sentiti il Collegio di Direzione in data 24/04/2018, le OOSS Dirigenza Medica, la Dirigenza STP e del Comparto in data 14/02/2018, il CIV in data 19/04/2018, acquisendo il parere favorevole degli organi citati, i cui verbali di approvazione sono agli atti degli Uffici competenti;
- che l'Atto Aziendale è stato presentato alle OOSS della Dirigenza Medica, Dirigenza STPA e Comparto in seduta plenaria in data 05/11/2018;
- Visto** che la bozza dell'Atto Aziendale è stata inviata in Regione in data 15/11/2018 con nota prot. n. 13385 e che la Regione Lazio, con nota prot. U0829857 del 27/12/2018 ha trasmesso le proprie osservazioni:
- Approvabilità del testo dell'Atto Aziendale,
 - Assenso sulle UOC presentate,
 - Richiesta di allegare all'Atto Aziendale l'elenco delle UOC, UOSD, UOS;
 - Richiesta di esperire, prima della delibera di adozione, delle azioni di informazione previste dalla DCA n.U00159/2014;
- Consultate** nuovamente le OOSS della Dirigenza medica, del Comparto e della Dirigenza STPA in data 13/02/2019, il cui verbale è agli atti;
- Acquisito** il parere favorevole del Collegio di Direzione in data 13/02/2019, che ha approvato il testo dell'Atto aziendale in allegato;
- Acquisito** il parere favorevole dal Comitato di Indirizzo e Verifica in data 14/02/2019, che ne ha approvato il testo ed ha sottolineato positivamente l'accoglimento delle proprie osservazioni in merito alla struttura organizzativa degli IFO (verbale agli atti);

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile al servizio pubblico, ai sensi della legge n. 20 del 14 gennaio 1994, art. 1;

che il presente provvedimento rispetta i criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge n. 241 del 7 agosto 1990, art. 1c. 1, modificata dalla legge n. 15 del 11 febbraio 2005;

Attestato che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dal Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Propone

per le motivazioni e le finalità esposte in narrativa che qui si intendono integralmente riportate:

- Di adottare l'Atto Aziendale degli IFO (IRCCS Regina Elena e IRCCS San Gallicano), il cui testo è allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- Di inserire, negli allegati dell'Atto Aziendale, l'elenco delle UOC, UOSD, UOS di cui gli IFO si dotano e i funzionigrammi delle unità organizzative del Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative;
- Di trasmettere la presente deliberazione ai fini della relativa approvazione alla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, area Risorse Umane
- Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute, Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità e Direzione Generale della vigilanza sugli Enti e della Sicurezza delle Cure.

Il Direttore Generale

Dott. Francesco Ripa di Meana

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

ATTO AZIENDALE

IFO

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

**(Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - IRE e
Istituto Dermatologico San Gallicano ISG)**

Sommario

Presentazione dell'Atto Aziendale	5
1 - ASPETTI GENERALI	7
Presentazione degli IFO	8
Art. 1 Denominazioni, Sede e Sito Internet	12
Art. 2 Loghi	13
Art. 3 Patrimonio e Mappe	14
Art. 4 Dotazione di posti letto	16
Art. 5 Articolazione interna	16
Art. 6 Mission e Vision	17
6.1 La “mission” specifica degli IFO	18
6.2 Direttrici di intervento per ricerca, brevetti e formazione dei due Istituti	19
6.3 La vision e i valori degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri	20
Art. 7 Finalità	23
Art. 8 Organizzazione e Attività	24
Art. 9 Governo Clinico	27
Art. 10 Relazioni Interaziendali	29
10.1 Le relazioni con le Università	29
2 - ORGANI ED ORGANISMI COLLEGIALI PER IL GOVERNO STRATEGICO	31
Art. 11 Organi	32
Art. 12 Direttore Generale	32
Art. 13 Consiglio di indirizzo e verifica	34
Art. 14 Collegio Sindacale	35
Art. 15 Direttori Scientifici	36
Art. 16 Collegio di Direzione	37
Art. 17 La Direzione Strategica	39
Art. 18 Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale	39
18.1 Funzioni del Direttore Sanitario	40
18.2 Funzioni del Direttore Amministrativo	40
Art. 19 Incompatibilità dei Direttori Generale, Scientifici, Amministrativo e Sanitario	41
Art. 20 Comitati Tecnico Scientifici	42
Art. 21 Comitato Etico	43
Art. 22 Organismo indipendente di valutazione della performance - OIV	44
Art. 23 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili	46

Art. 24 Altri Comitati e Commissioni Aziendali	47
Art. 25 Organizzazione dell'Ente	47
3 - L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	49
Art. 26 L'Organizzazione Aziendale	50
26.1 Gli Organi di governo	51
26.2 Le Direzioni Scientifiche.....	52
26.3 I Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca	53
26.4 Le funzioni di supporto alla produzione clinica e di ricerca	56
26.5 Il Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative.....	57
26.6 La Direzione di Presidio.....	58
26.7 La Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e Assistenziale e della Ricerca (DITRAR)	60
26.8 Le strutture e funzioni di Staff e Direzione Operativa	62
26.9 Le articolazioni dei Dipartimenti e degli Staff	63
Art. 27 - Le relazioni tra le strutture di supporto e la produzione clinica e di ricerca.....	65
27.1 Le Piattaforme	66
27.2 Le Operations	67
Art. 28 - I Modelli di funzionamento	68
4 - IL CAPITALE UMANO	70
Art. 29 Valorizzazione, formazione, tutela della salute e sicurezza del personale.....	71
Art. 30 La partecipazione nei confronti degli operatori.....	73
Art. 31 Il capitale umano: la dotazione attuale	73
Art. 32 Il Piano del Fabbisogno di personale (PTFP)	75
Art. 33 Ruolo della Dirigenza.....	76
Art 34 I Direttori di Dipartimento	76
Art. 35 I Direttori di Unità Operativa Complessa	77
Art. 36 I Responsabili di Unità Operativa Semplice.....	78
Art. 37 Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali	78
Art. 38 Gli incarichi di natura professionale.....	79
Art. 39 Incarichi di Funzione del Comparto	80
5 - SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO, BILANCIO ED ATTIVITA' ECONOMICO-FINANZIARIE ED AMMINISTRATIVE.....	81
Art. 40 Il sistema di misura e valutazione della performance	82
Art. 41 Sistema Informativo Sanitario	83
Art. 42 Bilancio economico di previsione /Bilancio d'esercizio	84
Art. 43 Performance organizzativa: Processo di Budgeting	84
Art. 44 Budget per l'attività di ricerca.....	86

Art. 45 Attività contrattuale in materia di fornitura di beni e servizi	86
Art. 46 Il Bilancio Sociale	87
6 - PARTECIPAZIONE	88
Art. 47 La partecipazione e la tutela dei diritti degli utenti	89
Art. 48 La partecipazione nei confronti delle istituzioni	91
Art. 49 La partecipazione nei confronti della società civile, associazioni e rappresentanza dei cittadini	92
Art. 50 La partecipazione nei confronti delle Organizzazioni sindacali	92
Art. 51 Relazioni sindacali	92
Art. 52 La prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione	93
Art. 53 Principio della trasparenza	94
Art. 54 Principio dell'accessibilità agli atti dell'Amministrazione	94
54.1 Adeguamento procedure IFO al GDPR n. 679/2016 ed al D.Lgs. 101/2018	95
7 - NORME TRANSITORIE E FINALI	96
Art. 55 Norme transitorie e finali	97
Allegato 1 – Elenco Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali, Unità Operative Semplici	99
Allegato 2 – Funzionigrammi del Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative	103

Presentazione dell'Atto Aziendale

Lo sviluppo strategico degli IFO (IRCCS Regina Elena e IRCCS San Gallicano) verso l'eccellenza ed un posizionamento distintivo a livello regionale, nazionale ed internazionale, ha già superato due passaggi chiave:

- **Predisposizione partecipata del Piano Strategico 2018-2020**, che ha permesso di chiarire *a)* l'Identità degli IFO, *b)* la volontà di posizionamento primario della Ricerca, in particolare nell'area delle scienze omiche applicate alla medicina personalizzata e di precisione; *c)* le caratteristiche del sistema prodotto-servizio, introducendo la necessità di una "messa a punto" della macchina organizzativa e delle condizioni di supporto ai processi produttivi.
- La combinazione di **azioni di miglioramento** nell'ambito della qualità, innovazione, accessibilità, affidabilità, continuità e appropriatezza nei processi di cura.

Nel Piano Strategico sono state evidenziate alcune azioni organizzative importanti:

- Sviluppo dell'area degli Staff di Direzione;
- Sviluppo dell'area della Direzione Operativa, con il potenziamento della capacità di gestione per processi e piattaforme produttive (piastre ambulatoriali, degenze per intensità di cure, servizi diagnostici, laboratorio, ecc.),
- Riorganizzazione delle attività chirurgiche (reingegnerizzazione sala operatoria, gestione farmacia di sala operatoria, valorizzazione robotica, sviluppo di percorsi) e riorganizzazione dei percorsi (*fast track*, pre e post ricovero, dimissioni e continuità delle cure), nonché l'implementazione a tutto tondo del dossier sanitario elettronico;
- Sviluppo dell'area di supporto e valorizzazione alla ricerca, dalla traslazonalità alla clinica e del rafforzamento di una struttura dedicata alle sperimentazioni cliniche di Fase 1.
- Riorganizzazione e miglioramento della qualità dei processi tecnico-amministrativi a supporto del management, della clinica e della ricerca.

L'attuazione del Piano Strategico ha, rapidamente, fatto emergere la necessità di un nuovo Atto Aziendale degli IFO, per allineare strategie e realtà organizzativa.

Le priorità sono quindi diventate:

(A) la *trasformazione dell'organizzazione*, per aumentare la specializzazione dell'assistenza, sostenere la ricerca clinica, connotare maggiormente i processi di cura e di supporto, sulla base della vocazione al trattamento delle patologie di 2° e 3° livello e creare le piattaforme. Sono quindi state definite le strutture organizzative di cui gli IFO possono dotarsi, sia UOC che UOSD e UOS (elenco presente nell'allegato 1 al presente Atto Aziendale). Sia le UOS che le UOSD sono state caratterizzate per patologia o per strategicità delle attività per il conseguimento degli obiettivi e la visibilità/attrattività aziendale.

Gli incarichi di Alta Specializzazione rappresentano, nei percorsi di valorizzazione delle competenze, la promozione del ruolo, della visibilità, della rilevanza aziendale dei professionisti con elevate capacità. Si intende valorizzare le eccellenze aziendali selezionate nel campo della clinica e della ricerca, per sostenere la crescita professionale dei professionisti interni, per stimolare l'orgoglio e l'appartenenza

aziendale, per rafforzare l'identità degli IFO e, contemporaneamente, rendere gli IRCCS Regina Elena e IRCCS San Gallicano più visibili e attrattivi verso i pazienti, verso l'industria e i benefattori.

Nella decisione di istituire nuove unità organizzative, sono state considerate sia la rilevanza, in ragione dei contenuti del Piano Strategico, sia la reale gestione di risorse umane o economiche, sia il consolidamento della qualità organizzativa degli IFO.

Il nuovo assetto strutturale è stato condiviso con il Collegio di Direzione e con i Comitati di Dipartimento, cogliendo i contributi dei professionisti.

Tra le trasformazioni organizzative sono state previste quattro *piattaforme operative* per facilitare i processi di riorganizzazione aziendale.

La prima, quella Chirurgica, è in fase finale di trasformazione per creare la possibilità di far coincidere i luoghi in cui si sviluppano i percorsi di cura, con gli ambiti clinici pertinenti per organo/apparato/specialità o per durata di degenza.

La piattaforma Medica, che coinvolge le Oncologie e l'Ematologia, sarà oggetto delle prossime progettazioni; ma la creazione di nuove UOSD e UOS, oltre alle UOC e alla UOSD esistenti, aumenta il potenziale di specializzazione clinica e di ricerca di questa area che può diventare un motore potente per l'attività clinico-scientifica degli IRCCS Regina Elena e San Gallicano.

La piattaforma Ambulatoriale, che aggregata al progetto sull'innovazione dell'Accesso, rappresenterà una delle azioni di facilitazione per i pazienti e le loro famiglie.

La piattaforma della Ricerca Traslazionale ha la finalità di trasferire i risultati della ricerca di base della rete genomica e di biologia molecolare nella cura e nell'assistenza alle persone e di osservarne gli esiti a lungo termine, oltre che per il trasferimento nella pratica di nuovi farmaci, dispositivi medici, nuovi approcci diagnostici e/o per la standardizzazione e utilizzo degli stessi.

(B) L'*umanizzazione delle cure* dall'accoglienza al follow-up, in particolare in ambito oncologico e dermatologico e venereologico rappresenta la presa in carico del paziente e della famiglia basata sulla relazione proattiva, sulla continuità dei percorsi di presa in carico, sull'engagement del paziente e dei caregiver per ottenere i migliori risultati possibili, sull'empowerment dei cittadini sul mantenimento dei livelli di salute attesi. In questo ambito, di particolare importanza sarà l'esperienza dei pazienti e delle loro associazioni, che, anche tramite la medicina narrativa, che opera come propulsore allo sviluppo dell'attenzione dei professionisti nella presa in carico, potranno partecipare alla stesura di percorsi di cura.

(C) La terza priorità è aumentare la *capacità di marketing* degli IFO, attraverso la revisione complessiva degli asset destinati alla libera professione, attraverso lo sviluppo del fundraising e la promozione del proprio potenziale didattico con una maggiore integrazione nelle attività formative delle Università italiane ed estere. La capacità di Marketing si potrà esprimere anche nell'essere un incubatore di innovazione e imprenditorialità, attraverso accordi con l'industria per la sperimentazione di farmaci, tecniche diagnostiche e/o dispositivi innovativi e proporsi come ente per la certificazione dei risultati.

1 - ASPETTI GENERALI

Presentazione degli IFO

Con deliberazione n. 410 del 07/06/2018 gli I.F.O. hanno approvato il Piano Strategico per gli anni 2018 – 2020, il quale pone in evidenza il loro ruolo strategico nell'ambito della rete sanitaria regionale, nazionale e internazionale, sia per gli aspetti assistenziali, che per quelli legati alla ricerca. Il predetto Piano strategico è stato redatto nel rispetto delle Linee guida regionali di cui al DCA U00251 del 30/07/2014, anche con riguardo alla valutazione dell'impatto economico degli interventi prospettati e che lo stesso è stato presentato al Collegio di Direzione ed inviato al Collegio Sindacale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Inoltre, lo stesso è stato presentato ed approvato dal Consiglio d'Indirizzo e Verifica (CIV) in data 19/04/2018 come previsto dall'art. 5 comma 4 lett. C) della Legge regionale n. 2/2006 e s.m.i.

Il Piano Strategico, che ha preceduto il presente Atto, ha individuato, osservando l'Atto di indirizzo regionale, gli obiettivi di breve e medio periodo degli Istituti. La Direzione intende conseguire tali obiettivi mediante gli specifici assetti organizzativi del presente Atto di autonomia aziendale che viene formalmente adottato e proposto alla Regione Lazio.

Il presente Atto, per gli aspetti generali, l'organizzazione e il funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in adempimento al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i., fa riferimento alla legge della Regione Lazio 23 gennaio 2006, n. 2 e s.m.i., nonché all'Atto di intesa della Conferenza Stato – Regioni del 1° luglio 2004, recante "Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni", ed è stato redatto tenendo in dovuta considerazione le *specificità degli IRCCS IRE e ISG*.

La proposta è finalizzata non solo ad una tenuta quali – quantitativa degli I.F.O., ma è anche volta allo sviluppo del ruolo che sono chiamati a svolgere per rispondere adeguatamente ai bisogni della comunità di riferimento. Nell'ambito di tale contesto gli I.F.O. intendono assumere un ruolo centrale, quale punto di riferimento oncologico e dermatologico in Italia e nel Lazio, sede degli investimenti pubblici più rilevanti in alta tecnologia, luogo di ricerca internazionale e attore chiave nel promuovere il coordinamento delle reti cliniche, l'innovazione e la diffusione del sapere scientifico a livello nazionale e regionale.

L'alta specializzazione dell'assistenza ed il livello di competenza acquisiti in quasi un secolo di storia, oltre che l'impegno sul terreno della ricerca traslazionale, permetteranno agli IFO di consolidare un ruolo da centro di riferimento nazionale. Inoltre, integrare ricerca, assistenza e didattica, rappresenta per IFO non solo un compito istituzionale, ma una priorità, un valore di riferimento per garantire innovazione e sviluppare sinergie per il miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali, anche in relazione all'appropriatezza degli stessi e alla relazione con i bisogni di salute.

Si può, quindi, affermare che gli IFO possono essere considerati a tutti gli effetti un patrimonio del Paese per le sue specificità, per ciò che rappresentano e, soprattutto, per il potenziale che possono ulteriormente sviluppare. Elemento, quest'ultimo, che ha caratterizzato tutta la storia degli Istituti, che hanno mantenuto costantemente lo sguardo orientato al futuro, forti della solidità della propria storia e delle proprie tradizioni.

In questa prospettiva gli IRCCS ISG e IRE devono e vogliono assumere un ruolo ancora più importante all'interno della ricerca nazionale e internazionale: gli IFO devono diventare il punto di riferimento in Italia e devono confrontarsi in misura crescente con gli istituti stranieri, soprattutto su tutti i temi connessi all'omica, alla precision medicine ed alle immunoterapie. Per ottenere ciò, occorre una riorganizzazione e sviluppo degli assets per la ricerca clinica e di infrastrutture a supporto. Il primo intervento attuato è stato il Clinical Trial Center, per coordinamento e il supporto delle sperimentazioni cliniche profit e *no profit*. Il Clinical Trial Center affianca gli sperimentatori clinici con lo scopo di garantire la progressione delle sperimentazioni secondo quanto stabilito dai protocolli, con particolare riferimento all'arruolamento dei pazienti, ai consensi informati, alla registrazione dei risultati, alla verifica dell'appropriatezza del setting e della congruità delle informazioni contenute nella documentazione sanitaria.

Un ulteriore intervento, a sostegno dell'attività scientifica, di ricerca e di offerta di nuove prospettive di cura ai pazienti dell'IFO e della Comunità Nazionale, è stato, nel 2018, l'attivazione del Centro Clinico per la ricerca di Fase 1, con una struttura e personale dedicati. Il Centro clinico di Fase 1 può diventare una piattaforma di sviluppo di linee di ricerca non profit per i ricercatori dei laboratori di ricerca preclinica degli IFO e per i clinici presenti nelle UUOO di cura.

Nei paragrafi successivi sono sinteticamente elencate alcune peculiarità degli IFO e, in particolare, dei due IRCCS che lo compongono, l'Istituto Regina Elena e l'Istituto San Gallicano.

L'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena:

a) a livello nazionale e internazionale

Ricerca

- Collaborazione con il Registro Tumori della Provincia di Latina e con l'Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM) per dati epidemiologici.
- Collaborazione con Rete Nazionale di Farmacovigilanza e Registri di Sorveglianza AIFA.
- Socio fondatore e componente del Direttivo della rete nazionale di Alleanza Contro il Cancro (ACC)
- Componente della rete nazionale per la ricerca traslazionale A-IATRIS

- Hub della rete nazionale Tumori Rari
- Sede di numerosi trial clinici sia sponsorizzati che indipendenti, molti dei quali (AIRC, etc.) multicentrici a livello internazionale e nazionale.
- Attrazione di significativi finanziamenti competitivi per la ricerca traslazionale e clinica
- Organizzazione di numerosi corsi di formazione, workshop e seminari su temi specifici di carattere oncologico

Assistenza

- elevata qualificazione con attrattività legata ai volumi ed alle professionalità chirurgiche presenti, con elevata mobilità attiva extraregionale.
- utilizzo di robotica e strumentazione diagnostica e terapeutica all'avanguardia per l'assistenza.

b)) a livello **regionale**

- Hub all'interno del network per patologie oncologiche e malattie rare (Poliposi familiare del colon, etc.).

c)) a livello **aziendale**

- Elevati volumi di attività per tutte le discipline oncologiche,
- Istituzione ed implementazione dei Disease Management Team (DMT) IFO nell'ambito dell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali di tipo orizzontale ed interdipartimentale per le patologie oncologiche.

L'Istituto San Gallicano:

A) a livello **nazionale ed internazionale**

Ricerca

- Trials sperimentali multicentrici con Aziende Farmaceutiche
- Sviluppo delle attività relative alla Dermatologia Internazionale mirate al miglioramento delle condizioni di salute in particolare quella dermatovenereologica delle popolazioni più fragili attraverso progetti di sviluppo in collaborazione con centri ospedalieri ed universitari dei Paesi Terzi;
- Convenzioni con Università e Centri di ricerca scientifica internazionali per la conduzione di progetti condivisi di ricerca su patologie dermatovenereologiche ed anche formazione come ad esempio con l'Istituto IARC di Lione per ricerche virologiche e biomolecolari in soggetti a rischio, il Memorial Sloan Cancer Center per le metodiche diagnostiche non invasive;

Assistenza

- Coordinamento della Rete Dermatologica degli IRCCS
- Centro sentinella MST in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito

del sistema nazionale di sorveglianza e controllo delle infezioni da HIV;

- Attività di sentinella e sorveglianza in ambito di dermatosi professionali, ambientali ed allergiche in collaborazione con l'INAIL;

B) a livello **regionale**

- Referente per le malattie rare individuate dal DCA n. U00063 del 26.02.2018 (in particolare per le Porfirie e Malattie metaboliche ereditarie).
- Hub all'interno del network per patologie dermatologiche in particolare nell'ambito della Melanoma Unit all'interno della Rete oncologica regionale.
- Centro di Riferimento Regionale per la Malattia di Hansen e le Patologie Dermatologiche Tropicali (Deliberazione Regione Lazio 387 del 28.03.2002)
- "Centro di riferimento e consulenza per la Regione e le Aziende sanitarie in merito ad iniziative di formazione degli operatori sui temi della Tutela della salute degli immigrati" (Deliberazione Regione Lazio n. 1358 del 15/04/1998).

C) a livello **aziendale**

- Elevati volumi di attività ed attrattività per le professionalità presenti.
- Istituzione ed implementazione dei Disease Management Team (DMT) IFO nell'ambito dell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali di tipo orizzontale ed interdipartimentale in ambito dermato-oncologico e dermatologico.
- Coordinamento Unit dermatologiche.

Parallelamente alle linee di ricerca, gli Istituti sviluppano i processi assistenziali organizzati secondo i principi dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei pazienti (PDTA). Al conseguimento di questo risultato concorrono Strutture Complesse e Semplici, con l'obiettivo della massima efficacia nel processo di cura.

A tal fine vengono sviluppati modelli organizzativi funzionali (UNIT), che costituiscono uno strumento operativo per realizzare aggregazioni professionali focalizzate sul trattamento di pazienti con quadri morbosì che coinvolgano singoli organi o apparati privilegiando i maggiori "big killers" oncologici che interessano la mammella, il polmone, la prostata, il colon-retto e il pancreas, e anche patologie dermato-venereologiche come la Psoriasi Unit, HPV Unit e Vitiligo Unit.

Art. 1 Denominazioni, Sede e Sito Internet

Ai fini del presente Regolamento i due IRCCS Regina Elena e San Gallicano, saranno di seguito denominati brevemente IFO o Istituti, fatte salve le specificazioni che si dovessero rendere necessarie.

Istituti Fisioterapici Ospitalieri – (IFO) di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con RD del 4/8/1932 n. 1296, comprendono gli **Istituti** di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS riconosciuti con DM 22/2/1939):

- **Regina Elena – IRE**, per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- **San Gallicano – ISG** per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmesse.

ha sede in Roma, Via Elio Chianesi n. 53, cap 00144, C.F. 02153140583 e Partita I.V.A. 01033011006.

Il sito ufficiale internet dell'Istituto è all'indirizzo web: <http://www.ifo.gov.it>

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata: aagg@cert.ifo.it

Gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, ai sensi della recente normativa, vengono assolti attraverso la pubblicazione sul sito.

Art. 2 Loghi

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri in data 29 settembre 2009 hanno depositato presso la camera di commercio di Roma la domanda per la registrazione del nuovo logo-marchio degli IFO; la domanda è stata accettata dalla Camera di Commercio con il numero identificativo RM2009C005439 (la registrazione ha durata di 10 anni dalla data di deposito della domanda). Al fine di tutelare la propria immagine è stato adottato un regolamento per l'utilizzo del logo e la concessione del patrocinio; un manuale d'utilizzo logo e le modalità di richiesta di utilizzo del marchio e/o patrocinio (Delibera 971 del 09 novembre 2009).

Il nuovo marchio sintetizza la mission dell'Ente e l'identità storica, attuale e futura; è costituito da un microscopio strumento per eccellenza della ricerca che caratterizza l'attività dei nostri due Istituti Scientifici; la persona posta al centro di ogni nostra attività di ricerca clinica e sperimentale; un terzo elemento frutto dell'unione dei primi due il cuore indica i valori della generosità e della solidarietà di cui tutto il personale si fa portavoce nei confronti delle persone che esprimono un bisogno (art.2 Corporate Identity del Regolamento per l'utilizzo e la concessione del patrocinio del logo degli IFO).

Ai loghi degli IFO registrati, si è poi aggiunto il logo del Sistema Sanitario Regionale.

1. I loghi che rappresentano gli Istituti sono i seguenti:

a) Logo Istituti Fisioterapici Ospitalieri



b) Il logo della Direzione Scientifica dell'Istituto Regina Elena

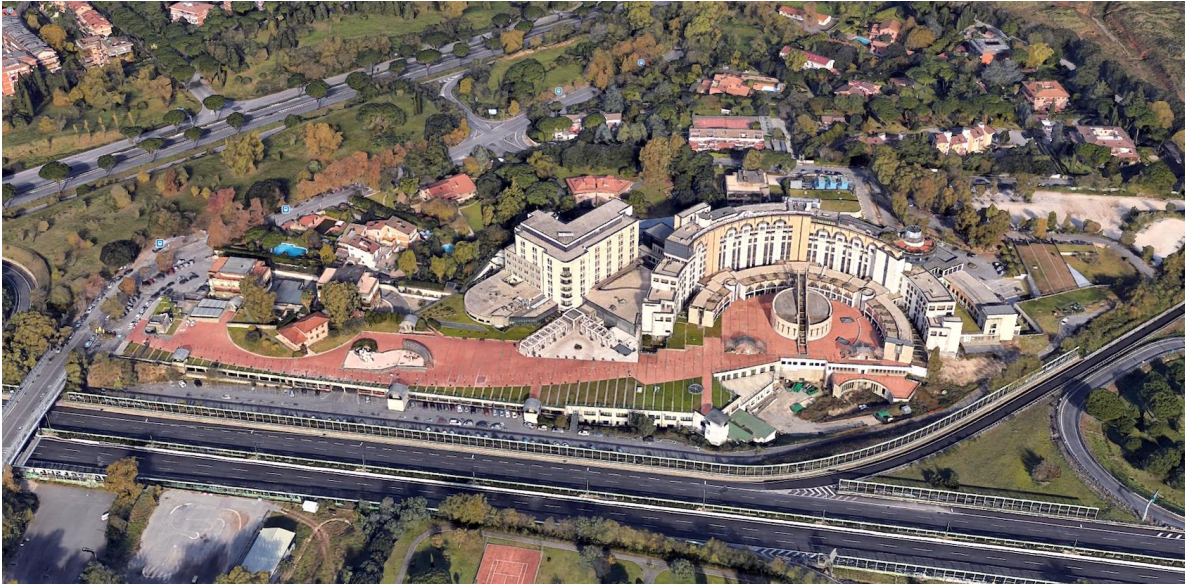


c) Il logo della Direzione Scientifica dell'Istituto San Gallicano

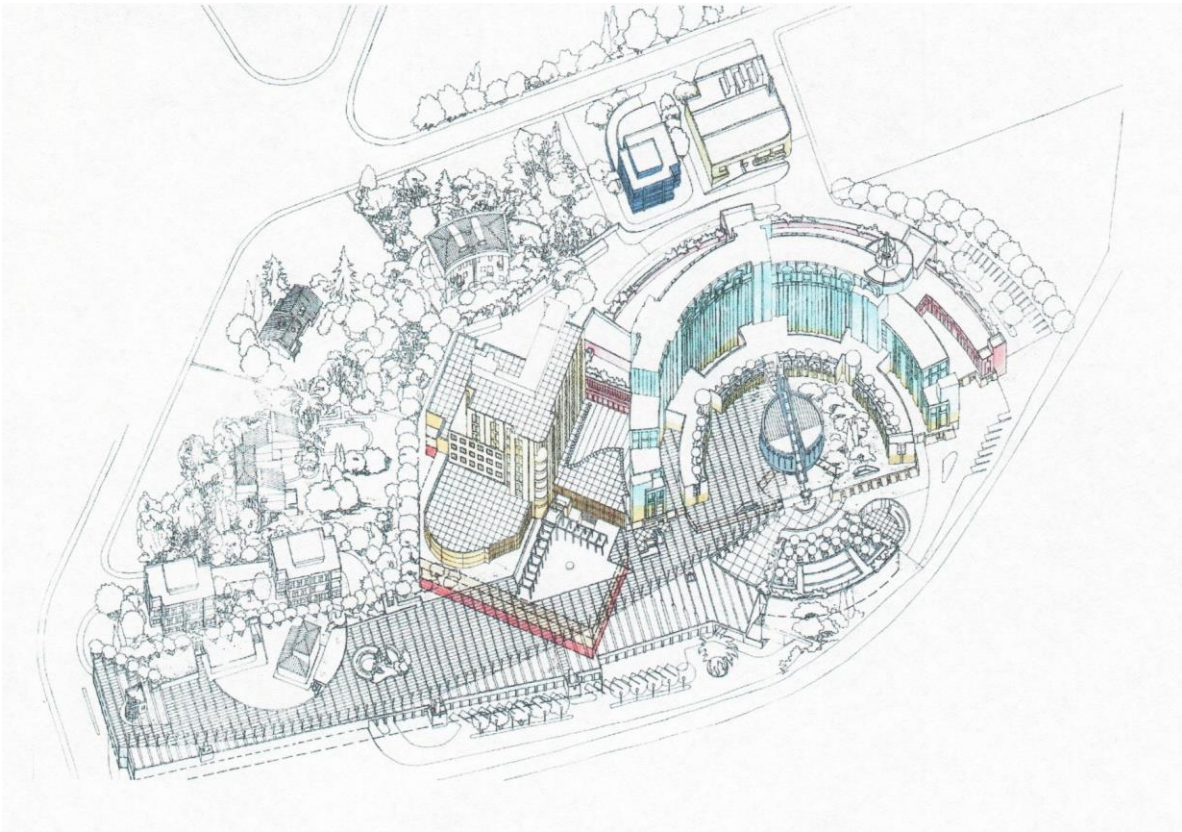


Art. 3 Patrimonio e Mappe

Immagine aerea degli IFO:



Rendering degli IFO



Il patrimonio degli Istituti, alla data di adozione del presente Regolamento, è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad esso appartenenti secondo le risultanze dello stato patrimoniale,

nonché da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività ovvero a seguito di atti di liberalità.

La proprietà immobiliare degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) è costituita da due complessi ospedalieri e da alcuni appartamenti, tutti situati nel territorio del comune di Roma. La sede legale degli IFO è ubicata presso il complesso ospedaliero sito in Via Elio Chianesi n.53: la struttura (individuata al N.C.E.U. al foglio 869, particella 645) si compone di un edificio principale e di alcuni edifici secondari.

Il fabbricato principale è formato da una piastra comune seminterrata su quattro livelli e da quattro edifici in elevazione di forma semicircolare (il più alto dei quali è di otto piani); nella piastra sono concentrati i servizi ambulatoriali, i blocchi operatori, la diagnostica, i servizi amministrativi per i pazienti ed i servizi generali mentre negli edifici in elevazione, sono ospitate le degenze e altri servizi ambulatoriali. Un quinto edificio, di sei piani fuori terra, connesso direttamente con il blocco operatorio, ospita le degenze chirurgiche.

Del medesimo complesso fanno parte gli edifici secondari sede dei servizi amministrativi e tecnici e nel seguito descritti:

- il cosiddetto "casale", sede della biblioteca multimediale (N.C.E.U. al foglio 869 particella 647);
- gli edifici n.2 e n.3, di quattro piani fuori terra più un interrato, destinati ad attività amministrative e sede della scuola infermieri (N.C.E.U. al foglio 869 particella 647);
- l'edificio n.4, di quattro piani fuori terra più un interrato, concesso in comodato d'uso alla Fondazione "Silvana Paolini" (N.C.E.U. al foglio 869 particella 648);
- l'edificio denominato "villa Monotti" sede del Servizio Tecnico e di altri servizi amministrativi, (N.C.E.U. al foglio 869 particella 154);
- l'edificio cosiddetto "villa Perino", che ospita i servizi tecnici di manutenzione (N.C.E.U. al foglio 869 particella 615);

Il secondo plesso ospedaliero di proprietà degli IFO è costituito dal complesso monumentale del "San Gallicano in Trastevere" localizzato in via di San Gallicano n.25 (N.C.E.U. foglio 497 particella 561). L'antico complesso ospedaliero è oggi sottoposto al Vincolo dei Beni Culturali in quanto edificio storico risalente al diciassettesimo secolo. L'intero complesso non è tuttavia più utilizzato come struttura ospedaliera in quanto oggetto di diverse Concessioni di utilizzo da parte di Enti terzi con attività non a carattere ospedaliero.

In ultimo, gli IFO sono possessori di due appartamenti (oggetto di lasciti da parte di privati cittadini) e precisamente:

- in Via Anton da Noli n.14 (zona Garbatella, N.C.E.U. Foglio 821 particella 168);
- in Via Federico Ozanam n.113 (zona Monteverde Nuovo, N.C.E.U. foglio 454 particella 134).

All'interno del patrimonio degli IFO, nella struttura ospedaliera, è presente anche il Centro Congressi Bastianelli che, attualmente, è la sede delle attività formative interne e non

costituisce, stricto sensu, un motore commerciale, ma può diventare un asset per lo sviluppo di attività formative e congressuali fruibile anche dall'esterno.

Il Centro congressi è dotato di 3 aule per complessivi 400 posti e l'ammodernamento in programma per il 2019, della sala regia, centro riprese video, centro slide, il collegamento via Skype con strutture esterne e il collegamento alle sale operatorie IFO sono tutti elementi che supporteranno il Centro Congressi per assumere una valenza economica per gli IFO.

Art. 4 Dotazione di posti letto

La Dotazione di posti letto per gli IFO nella DCA U00291 del 18 luglio 2017, prevede un totale di 284 posti di degenza ordinaria, di Day Hospital e di Day Surgery.

La distribuzione, tra area medica, area chirurgica e intensiva è presentata dalla tab. 1

Tab. 1 - Dotazione totale posti letto (P.L.) IFO (IRE e ISG) (Codice aziendale 908)

Area	Codice Disciplina	Descrizione	PPLL ORD	PPLL DH
M		Area Medica	77	
	02	DH Multispecialistico		37
C		Area Chirurgica	103	
	12	Ch. Plastica	14	
	13	Ch. Toracica	20	
	30	Neurochirurgia	8	
	98	DS Multispecialistico		15
AC	49	Terapia intensiva	10	
		Sperimentazioni cliniche: Fase 1 e Medicina di precisione (*)	2	5
Totale			234	57
			291	

(*) i posti letto non sono a carico economico del SSR.

Art. 5 Articolazione interna

L'articolazione interna è suddivisa in:

- tre Dipartimenti clinici e di ricerca,
- un Dipartimento delle le funzioni tecnico-amministrative;
- un'area di Staff e di Direzione Operativa,

che complessivamente sono composti da 28 UOC (di cui 2 di Ricerca), 36 UOSD (di cui 7 afferenti all'ambito della Ricerca) e 13 UOS.

Entro il 31/12/2019 si estinguerà la UOC Chirurgia Digestiva e sarà creata una nuova UOSD Neoplasie peritoneali.

L'organizzazione è descritta nel terzo capitolo e l'elenco delle UOC, UOSD e UOS è presente nell'allegato 1 al presente Atto e darà vita ad una specifica delibera di organizzazione.

Art. 6 Mission e Vision

Dotarsi di una *mission*, una *vision* ed un sistema di valori, dichiararli, comunicarli, è indispensabile per stabilire la propria funzione ed identità, individuare un percorso, indicare un orizzonte di impegno a tutto il personale e ai cittadini che accedono agli IFO.

Mission, *vision* e valori sono parte essenziale della strategia degli Istituti in quanto orientano la funzione di comunicazione della strategia, rafforzano l'identità dell'organizzazione e l'identificazione dei singoli membri, agevolano l'allineamento degli obiettivi individuali.

La mission primaria degli IFO è quella di contribuire al conseguimento degli obiettivi di promozione, di prevenzione, di mantenimento e di sviluppo dello stato di salute della popolazione assistita, secondo le previsioni del Piano Sanitario Nazionale, nel presupposto che garantire ad ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata al proprio bisogno di salute sia un compito fondamentale.

In quest'ottica la *mission* si caratterizza da un lato per l'attività di ricerca e dall'altro per la forte connotazione specialistica nel campo in cui gli Istituti operano, anche attraverso la diversificazione delle strutture per linee di patologia/trattamento. In particolare, l'integrazione organizzativa si realizzerà nella definizione di un modello di governance che, potenziando le sinergie, valorizzi nel contempo le peculiarità e specificità dei due IRCCS IRE e ISG.

La maggiore attrattività e sviluppo della ricerca e dell'innovazione degli IFO, risiede anche nel Clinical Trial Center condiviso tra IRCCS IRE e IRCCS ISG, con l'individuazione di iniziative comuni, mantenendo e rafforzando le singole progettualità di ricerca degli istituti, affidata ai due Direttori Scientifici. Questo significa definire con chiarezza i criteri e i livelli dei processi decisionali, identificando anche obiettivi strategici comuni e condivisi.

E' di fondamentale importanza che la realizzazione di questi obiettivi sostenga, in quanti partecipano alle attività istituzionali, una forte motivazione nel proprio quotidiano impegno di lavoro.

Pertanto, un carattere distintivo della Direzione Strategica è quello di avere come obiettivo una comunicazione efficace e la condivisione delle strategie da perseguire, con il personale degli Istituti.

In questa visione si intende investire non solo nella promozione delle professionalità, ma anche nello sviluppo della condivisione delle strategie e delle politiche aziendali.

6.1 La “mission” specifica degli IFO

In accordo con le finalità istituzionali degli IRCCS, gli Istituti Regina Elena e San Gallicano sono concretamente impegnati nella ricerca biomedica in campo rispettivamente oncologico e dermatologico.

La missione strategica dell’Ente è quindi quella di:

- a. perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico che in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- b. garantire prestazioni di eccellenza e;
- c. dare risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime in campo oncologico e dermatologico, non solo in termini di prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma anche in termini di ricerca e prevenzione;
- d. consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
- e. integrarsi armonicamente, in un legame strategico con Regione, Ministero della Salute, Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, Università, CNR, etc) e con altre strutture che operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale;
- f. sviluppare un know-how specialistico in ambito oncologico e dermatologico fortemente innovativo, ed aggiornarne ed affinarne costantemente i saperi e le pratiche professionali, facendone il tratto distintivo dell’Istituto;
- g. creare le condizioni per lo sviluppo armonico di nuove conoscenze e competenze tecnologiche per una reale osmosi nei confronti delle altre strutture e degli altri centri di riferimento nel settore delle patologie neoplastiche e dermatologiche a livello nazionale ed internazionale
- h. sviluppare la formazione di professionisti sanitari e non attraverso la partecipazione alla rete formativa universitaria locale, attraverso partnership internazionali che “scelgano” gli IFO come sede formativa teorico-pratica
- i. consolidare le relazioni con l’industria e con l’università, in quanto da sempre l’IFO è partner per la creazione ed affermazione delle innovazioni in ambito oncologico e dermatologico.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biochimici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli. Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale è inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati.

In questo settore, la presenza di biobanche in GLP permetterà una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce della patologia.

6.2 Diretrici di intervento per ricerca, brevetti e formazione dei due Istituti.

Tipologia della ricerca: l'attività di ricerca degli Istituti è distinta in ricerca "corrente", definita di concerto col Ministero della Salute, e in ricerca "finalizzata" rivolta, tramite specifici progetti, al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi proposti alle Agenzie che la finanziano. I protocolli di ricerca approvati, in accordo con quelli internazionali, devono possedere un razionale adeguato, obiettivi validi e rispondere a rigorosi criteri di fattibilità. La conoscenza generata sarà quindi indirizzata verso metodologie applicative nel settore sanitario, un ambito nel quale la presenza di entità private co-finanziatrici è considerata un imprescindibile supporto alle attività di ricerca traslazionale e clinica. Un'ottimizzata partnership consente da un lato ai ricercatori di lavorare in condizioni ottimali e dall'altro di collaborare con le entità private nella generazione di tecnologie all'avanguardia e di prodotti della ricerca altamente competitivi.

Brevetti: tra i compiti istituzionali degli IRCCS vi è quello di trasformare i risultati della ricerca in successi applicativi nel settore sanitario, un ambito nel quale l'interscambio con l'industria è essenziale. Sono quindi promosse ricerche biotecnologiche che generano un potenziale impatto industriale, indirizzando le risorse intellettuali verso la produzione di metodologie e/o strumentazioni sulle quali si possa affermare la proprietà intellettuale. La copertura mediante brevetto delle potenzialità applicative dei progressi scientifici e della conoscenza a essi connessa rappresenta un mezzo imprescindibile per il raggiungimento dello sviluppo e della commercializzazione delle idee innovative e per l'incremento delle possibilità di finanziamento.

Alta formazione: gli IRCCS sono sede di molteplici livelli dell'organizzazione formativa, ivi compresa la formazione continua degli operatori sanitari, successiva all'abilitazione professionale. Nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Medica Continua prevista dal

Ministero della Salute e della crescente disponibilità a collaborare con le Università nelle funzioni didattiche e formative, gli Istituti puntano a collocarsi come riferimento anche nel campo della formazione in oncologia, dermatologia ed infettivologia attraverso la istituzione della Scuola Aziendale di Alta Formazione.

6.3 La vision e i valori degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri

La *vision* degli IFO è contenuta in quattro elementi:

- creare una forte identità, come motore del posizionamento strategico in campo internazionale per la dermatologia e l'oncologia;
- essere un *player* di peso nell'area delle scienze omiche applicate alla medicina e della medicina di precisione;
- essere un pivot nel SSN e nel SSR nella ricerca scientifica e nella ricerca organizzativa o sui sistemi sanitari;
- valorizzare la *patient experience* come elemento fondamentale della relazione di cura e come driver per lo sviluppo organizzativo degli IFO.
- far emergere il sistema prodotto-servizio, per garantire la massima eccellenza nei contenuti professionali dei servizi erogati e nella vissuta dal fruitore degli stessi servizi;

I valori che maggiormente rappresentano gli IFO sono:

Affidabilità

Gli istituti, nell'insieme delle loro componenti, agiscono adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti ed il servizio prodotto alle necessità degli Assistiti, alle priorità ed agli obiettivi a tal fine fissati. Gli impegni vengono assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenze. Gli impegni presi sono rispettati da tutti gli Operatori, ognuno per gli aspetti di specifica competenza.

Centralità della Persona

Il sistema di offerta dei servizi concentra l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario, sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista, nonché dei vincoli esistenti. Gli Istituti rendono facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai cittadini per scegliere i servizi, orientarsi ed accedere alle prestazioni di cui hanno necessità; si impegna inoltre nel miglioramento continuo della qualità, nel valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e nel mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia.

Efficacia, Efficienza e Risultati

Devono essere perseguite:

- **l'efficacia attesa**, ovvero la capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti cui è rivolto;

- **l'efficacia pratica**, ovvero i risultati ottenuti dalla sua applicazione di routine;
- **l'efficienza**, ovvero la capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile.

Il processo decisionale, nella capacità di raggiungere gli obiettivi che si intendono perseguire, seleziona le azioni basandole su prove di evidenza; occorre adeguare continuamente tipo e modo di intervento in funzione dei risultati clinici con gli stessi raggiunti di volta in volta. Ogni attività innovativa per la quale non risulterà possibile disporre di confronti e di esperienze a livello nazionale, europeo o internazionale dovrà essere previamente vagliata ed approvata dal Comitato Etico.

Equità

Gli Istituti garantiscono, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dal Servizio Sanitario Regionale, assicurando agli Assistiti condizioni di equità, economicamente sostenibili.

Flessibilità

Gli Istituti, nell'insieme delle sue componenti, esprimono la volontà e la capacità di adeguare i comportamenti e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Ente; rendono sensibile e specifica l'azione e gli interventi organizzativi favorendo la traslationalità delle attività cliniche e di ricerca a cui gli stessi devono dare risposta.

Trasparenza e Integrità

La Direzione, ai sensi delle vigenti norme in materia di Prevenzione della corruzione (Legge 6 novembre 2012, n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* e s.m.i.) e della Trasparenza (Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* e s.m.i.), garantisce l'applicazione delle misure di contrasto alla corruzione, adotta gli strumenti di prevenzione del fenomeno corruttivo e realizza politiche per la pubblicità, la trasparenza e la diffusione delle informazioni.

E' garantita la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati; garantisce altresì la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, nel suo ambiente interno ed in quello esterno. E' attribuito un ruolo nella programmazione al metodo del confronto con le Organizzazioni Sindacali del Servizio Sanitario Nazionale, il Tribunale per i Diritti del Malato, le Associazioni di tutela dei Cittadini e degli Utenti, le Associazioni di Volontariato accreditate.

Cura dell'Organizzazione:

Gli Istituti accorpati orientano le proprie azioni attraverso:

- un'organizzazione che implementi la qualità della ricerca e delle cure attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti del Governo Clinico come l'applicazione della medicina basata sull'evidenza, delle linee guida, degli audit clinici e la gestione dei rischi, esprimendo un forte impegno per l'accreditamento istituzionale e professionale e per il mantenimento ed il miglioramento delle caratteristiche proprie degli IRCCS.
- un'organizzazione che curi il proprio "capitale professionale" ed intellettuale e che si impegni a fornire opportunità di crescita professionale e di carriera alle competenze residenti in possesso dei requisiti che sappiano distinguersi per competenza, autorevolezza ed impegno clinico-scientifico, nel rispetto assoluto della dignità della persona. Gli Istituti hanno bisogno di poter contare su persone preparate, che diano pratica attuazione ai valori fondanti ed ai principi organizzativi rappresentati nel presente Atto.
- un'organizzazione secondo il sistema delle reti, differenziata ed integrata internamente e con l'ambiente esterno. Per perseguire questa strategia, l'azione degli Istituti è volta alla ricerca di sinergie a livello nazionale ed internazionale con altri Enti di Ricerca, con le Università, con gli IRCCS, con il Territorio ed i Medici di Medicina Generale.

E' garantita la trasparenza nelle decisioni e l'ampia partecipazione dei professionisti sia attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro che permetta a tutti, a prescindere dal ruolo, di sentirsi protagonisti delle trasformazioni operative ed organizzative, sia tramite la promozione dello sviluppo continuo delle conoscenze e competenze, il coinvolgimento dei propri Operatori e dei Dirigenti nelle scelte professionali ed organizzative, avvalendosi di un forte sistema di relazioni sindacali orientato all'affermazione ed al rispetto dei valori degli Istituti.

In definitiva si vuole creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori, l'utilizzo dei risultati della ricerca ai fini di migliorare l'intero processo diagnostico-terapeutico-assistenziale e riabilitativo, nel primario interesse della tutela della salute dei cittadini, sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Umanizzazione:

Oggi buona parte degli Ospedali corre il rischio di concentrarsi troppo sulla cura della malattia e pensare di meno all'integralità della persona. Questo può accadere in misura direttamente proporzionale alla sofisticatezza delle tecnologie e delle strategie di cura e di ricerca di cui dispongono le strutture sanitarie: più elevato è il livello di eccellenza e di professionalità specialistica e più si corre il rischio di trascurare la componente di disagio che prova la persona, disagio che può influenzare negativamente anche l'esito delle cure. La malattia oncologica, le patologie infettive provocano sicuramente uno sconvolgimento nella vita dei pazienti e spesso ne compromette il benessere psicologico; per tale ragione, è necessario prendersi cura di queste persone in modo globale.

Proprio per questo l'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali, risulta oggi come non mai di grande attualità ed è uno degli obiettivi più importanti da realizzare.

Gli Istituti, inoltre, intendono promuovere sperimentazioni anche relativamente alla reingegnerizzazione delle procedure amministrative e la messa a punto di modalità gestionali in grado di coniugare all'eccellenza delle prestazioni l'utilizzo etico delle risorse disponibili, anche esterne agli Istituti. In tal senso rafforzerà i rapporti con il Territorio ed i Medici di Medicina Generale attraverso la realizzazione di accordi intesi a garantire un forte ruolo di collegamento tra questi ultimi e l'area ospedaliera, con specifico riferimento alla prevenzione ed alla diagnosi precoce delle malattie oncologiche, consentendo l'uso appropriato delle rispettive risorse.

Art. 7 Finalità

Per l'assolvimento della missione e la realizzazione di quanto previsto nei precedenti articoli, gli Istituti si attengono al rispetto delle vigenti disposizioni di legge e degli indirizzi impartiti dalle competenti autorità, negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale.

La finalità è di rafforzare il proprio ruolo di centro di riferimento nazionale e regionale, in ambito oncologico, dermatologico e venereologico, che svolga prioritariamente attività di:

- prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Gli Istituti IFO perseguono inoltre le seguenti finalità:

- a) elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- b) fornire, mediante rapporti convenzionali o con altre opportune modalità, il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione professionale, nonché pre e postlaurea;
- c) sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario della ricerca biomedica, nonché dell'attività amministrativa;
- d) assumere ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale ed applicata ed a tutelare la proprietà dei suoi risultati nonché la valorizzazione economica degli stessi;

- e) costituire e/o partecipare ad appositi organismi Enti e società, aperti alla partecipazione dei ricercatori e di altri soggetti pubblici o privati;
- f) uniformare la propria attività ai criteri della massima qualità raggiungibile, sulla base delle conoscenze e della tecnologia disponibili e con mezzi utili ad ottimizzare il rapporto fra bisogni degli utenti e risorse umane, economiche e tecnologiche, mantenendo costante la ricerca del miglioramento continuo della qualità del “servizio sanitario pubblico”;
- g) agire quale polo di promozione, formazione e divulgazione di conoscenze teoriche e pratiche nei confronti di tutti gli attori del SSN, a partire dalla ampia e diffusa valorizzazione delle risorse interne;
- h) contribuire alla crescita dell’informazione e della partecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute ed a quella dei servizi sanitari e sociali;
- i) rimodulare le strategie e i modelli di erogazione delle prestazioni sanitarie, alla luce degli attuali risultati di rilevanza ed evidenza scientifica;
- j) sviluppare un modello di cura basato sul primato della persona e sulla continuità assistenziale in un razionale profilo di cura pre e post ospedaliero. La particolare attenzione rivolta al processo di umanizzazione degli Istituti, si esprime attraverso un modello organizzativo altamente innovativo, capace di mettere al centro il paziente in quanto persona umana.

Art. 8 Organizzazione e Attività

Gli Istituti per il raggiungimento dei loro scopi possono:

- a) amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui sono proprietari, comodatari o comunque di cui hanno il possesso e la legittima detenzione;
- b) acquisire da parte di soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività istituzionali;
- c) svolgere ogni altra attività idonea e di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali, in particolare quelle previste dagli articoli 8 e 9 del D.Lgs n. 288 del 16 ottobre 2003.

Le attività che caratterizzano gli IFO sono descritte nei successivi punti.

1. Gli Istituti svolgono la propria attività sulla base di programmi annuali e/o pluriennali. Essi uniformano l’attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l’equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie per specifiche attività istituzionali. Organizzano la propria struttura mediante centri di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali.

2. Le Direzioni Scientifiche programmano l'attività di ricerca secondo le indicazioni del Ministero della Salute e coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del D.Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete, quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.
3. Gli Istituti possono promuovere ed attuare misure idonee di collegamento e sinergia con le altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, in primis con altri IRCCS, con Università, C.N.R e con Istituti di Riabilitazione e con analoghe strutture a decrescente attività di cura, avvalendosi in particolare, delle Reti di cui all'art. 43 della L n. 3, del 16 gennaio 2003, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare appositi protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e terapie più avanzate.
4. Gli Istituti hanno facoltà di promuovere, esercitare o partecipare ad attività diverse da quelle istituzionali, purché con queste non in contrasto, mediante la stipula di accordi e convenzioni, la costituzione e partecipazione a consorzi, fondazioni, società di capitali, ad altri soggetti pubblici e privati, di cui siano accertate la capacità economica e finanziaria, nel rispetto dei seguenti principi:
 - compatibilità con le risorse finanziarie disponibili;
 - tutela della proprietà dei risultati scientifici;
 - obbligo di destinazione di eventuali utili al perseguimento degli scopi istituzionali, con particolare riguardo all'attività di ricerca.

In particolare, osservando i medesimi principi, si può anche:

- svolgere attività di sostegno e di sviluppo all'assistenza, alla ricerca, anche applicata, e formazione, anche di alta specialità;
 - realizzare e gestire strutture, infrastrutture e servizi per la ricerca;
 - attuare iniziative per la diffusione e il trasferimento dei risultati della ricerca e per la loro valorizzazione economica;
 - svolgere attività di servizio alle attività assistenziali, formative e gestionali, l'organizzazione di convegni, conferenze, seminari, corsi, ivi compresa la formazione a distanza;
 - amministrare e valorizzare il patrimonio immobiliare disponibile.
5. Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale e salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca, gli Istituti possono stipulare, ai sensi e con le modalità dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo 288/2003, accordi e convenzioni, costituire

e/o partecipare a consorzi, società di persone o di capitali, con soggetti pubblici e privati di cui sia accertata la qualificazione e l'idoneità.

Nell'ambito dei progetti di ricerca di cui all'art. 8 del D.Lvo 288/2003 e senza oneri aggiuntivi, tenuto conto prioritariamente della compatibilità con i compiti istituzionali, gli Istituti possono sperimentare nuove modalità di collaborazione con ricercatori medici e non medici, anche attraverso la contitolarità di quote o azioni negli enti e società precedentemente citati. In nessun caso eventuali perdite dei consorzi e delle società partecipate possono essere poste a carico della gestione degli Istituti.

6. Gli IFO informano la propria attività ai principi di cui all'art. 42, primo comma, lettera d), e), h), della L n. 3 del 16 gennaio 2003, e agli articoli 1 e da 6 a 11 del D.Lgs. n.288 del 16 ottobre 2003, nonché a quanto previsto dalla LR n. 2 del 23 gennaio 2006, alle norme ed alle disposizioni regionali in materia di assistenza sanitaria. Indirizzano e programmano le rispettive attività di ricerca verso obiettivi utili alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie nelle diverse specializzazioni disciplinari di riferimento. A tal fine, si dotano di strumenti e conoscenze necessarie per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca e riconosce l'importanza della certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.
7. La Direzione riconosce l'importanza della comunicazione quale indispensabile strumento per sviluppare le relazioni con i cittadini, gli organi di informazione e le istituzioni, potenziare e armonizzare i flussi di informazioni all'interno e all'esterno, influire sulla positiva visibilità delle attività e sull'immagine aziendale anche riconoscendo le competenze specifiche e complementari delle attività di comunicazione ed informazione.

A tal fine la UOSD Comunicazione, Stampa e Relazioni Esterne, in diretta collaborazione con il Direttore Generale, i rapporti ufficiali con enti istituzionali italiani ed esteri, con i mezzi di informazione, con le associazioni professionali e del mondo della società civile, con le aziende, per migliorare in modo continuo il posizionamento e la tutela del nome e dell'immagine degli Istituti, nella percezione del pubblico di riferimento, coerentemente con gli obiettivi strategici e con le più aggiornate strategie sul fronte della comunicazione pubblica e istituzionale e delle relazioni istituzionali. Fanno parte delle attività istituzionali della UOSD Comunicazione, Stampa e Relazioni Esterne la gestione di crisi sul fronte della comunicazione, la cura del cerimoniale, l'ideazione, progettazione ed organizzazione di eventi, la produzione di prodotti editoriali e multimediali e l'organizzazione e la conduzione di incontri formativi interni ed esterni finalizzati allo sviluppo della cultura della comunicazione.

Art. 9 Governo Clinico

Gli IFO, nell'ambito della normativa vigente, programmano la propria attività sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, in armonia con le specifiche disposizioni, adotta i principi e gli strumenti del Governo Clinico come elementi strategici del proprio modello organizzativo per perseguire (1) il miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza, supportando l'integrazione della visione della componente clinico-assistenziale con quella organizzativo-gestionale e (2) il potenziamento dell'integrazione, la ricerca e pratica clinica. In questo modo la Direzione Strategica degli IFO intende assicurare il raggiungimento di specifici standard di eccellenza, sia in termini di risultati raggiunti che di adozione di interventi di documentata efficacia.

La strategia che gli IFO intendono perseguire, basandosi sul sistema di Governo Clinico, si sviluppa nelle seguenti azioni:

- orientare e promuovere l'attività degli operatori sanitari verso obiettivi di efficacia ed appropriatezza mediante interventi sanitari basati sulle migliori prove di efficacia disponibili a livello nazionale e internazionale;
- utilizzare la formazione permanente quale leva per la crescita professionale e personale dei professionisti;
- sostenere il ricorso all'utilizzo dell'*audit clinico* come strumento di miglioramento continuo della qualità delle cure, favorendo un confronto tra professionisti secondo la logica del *peer-to-peer learning*;
- seguire i criteri della trasparenza e della verificabilità dei risultati per il contenimento dell'incertezza tecnica e delle variabilità in medicina e nell'assistenza, con la finalità di orientare i comportamenti professionali verso una realizzazione responsabilizzata al corretto utilizzo delle risorse secondo i principi di appropriatezza ed economicità;
- porre in essere modelli innovativi di analisi dei processi clinico-organizzativi per introdurre i cambiamenti utili a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, con il coinvolgimento di tutti gli attori degli IFO come parte del cambiamento stesso;
- garantire la sicurezza del paziente attraverso l'introduzione di un Sistema di Gestione del Rischio Clinico (SGRC) per il monitoraggio, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi.

Gli ambiti principali in cui tali azioni sono svolte sono la qualità, la certificazione e accreditamento, la gestione del rischio clinico e i percorsi di cura.

a) *Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico*

Il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni rese costituisce uno dei valori di riferimento che si intendono assumere come base delle proprie azioni di governo e di gestione.

Gli IFO basano l'approccio alla cura, all'assistenza e alla ricerca in campo clinico sulla cultura della "Qualità" e della "Sicurezza delle cure" considerati elementi fondamentali del buon "Governo Clinico", adottando il metodo della verifica e della revisione della qualità delle prestazioni erogate attraverso (1) il monitoraggio dei processi e degli esiti delle attività mediante un sistema di indicatori "ad hoc", (2) lo sviluppo, messa in atto e monitoraggio di procedure organizzative e (3) la realizzazione di azioni finalizzate ai controlli di qualità. Le UUOO che costituiscono gli IFO danno concretezza all'azione di miglioramento continuo anche attraverso percorsi di certificazione e di accreditamento.

Gli IFO, per la sicurezza delle cure, ricorrono alla "gestione del rischio clinico (GRC)", inteso come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, rivestendo un ruolo decisivo e di particolare significato, sia per la sicurezza dei cittadini, sia per la corretta erogazione di servizi sanitari di qualità. Tale processo viene svolto coinvolgendo e responsabilizzando tutti gli operatori (sanitari e amministrativi) e favorendo una migliore comunicazione e relazione tra il personale e tra il personale e i cittadini.

La Direzione adotta, in tal senso, azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza alla vigente normativa che diventa prassi ordinaria della gestione aziendale.

E' previsto il ruolo di "risk manager", al fine di garantire la sicurezza della pratica clinico assistenziale, dando piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 e s.m.i. nonché alla Legge n.24/2017 sulla responsabilità professionale, in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Il "risk manager" risponde del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella - SIMES) ed elabora e contribuisce a realizzare il Piano Annuale di Risk Management (PARM).

Opera per conto della Direzione Strategica e supporta le Direzioni dei Dipartimenti e delle UUOO per lo sviluppo delle iniziative aziendali sull'argomento;

Pari importanza gli IFO la dedicano alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) che mediante il relativo Comitato adotta con protocolli aziendali le misure riconosciute efficaci. Gli IFO, per rafforzare le azioni messe in atto per garantire un'assistenza e cura di "qualità" e "sicura", hanno attivato il "Comitato di Valutazione Sinistri" prevedendo tra i suoi componenti il "Risk Manager" utile alla messa in atto di iniziative di tipo "reattivo" con le strutture coinvolte nella gestione dell'evento.

Gli IFO rafforzano la funzione di gestione del rischio con la rete di "Facilitatori" locali, formati all'utilizzo di strumenti propri del sistema qualità e del rischio clinico (es. M&M, Audit clinico-organizzativi, ecc), che rappresentano un supporto operativo alle Direzioni dei Dipartimenti clinici e di ricerca e alle UU.OO.

I processi sopra descritti, si realizzano attraverso l'integrazione professionale nelle UU.OO. di Cura e attraverso l'integrazione con la componente tecnico-amministrativa per le attività di supporto.

b) I percorsi di cura

La Direzione Strategica ha individuato linee di sviluppo dei processi di accoglienza e umanizzazione delle cure, per promuovere e costruire percorsi di presa in carico del paziente oncologico e dermatologico in un “percorso” completo, anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato, utilizzando come leve l'introduzione o revisione di modelli organizzativi che facilitino l'approccio al “percorso di cura” (es. intensità di cure, piattaforme ambulatoriali e di servizi) e di strumenti quali i Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA).

I vantaggi si misurano in termini di:

- migliore accessibilità ai servizi con percorsi unificati nei quali l'utenza è orientata e guidata verso soluzioni più adatte ai problemi evidenziati (punti di accoglienza, day service, assistenza specialistica ambulatoriale, percorsi integrati di accesso all'ospedale e di dimissione protetta);
- benefici significativi determinati da una migliore integrazione delle competenze multidisciplinari nei diversi profili professionali con una ottimizzazione delle risorse strumentali ed economiche disponibili.

Art. 10 Relazioni Interaziendali

La natura di IRCCS, caratterizza le strutture sanitarie che riconoscono come obiettivo prioritario quello della ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale sia nel campo biomedico che in quello organizzativo-gestionale secondo standard di eccellenza che consentano di:

- costituire effettivo riferimento per la ricerca nei settori di rispettivo riconoscimento quali IRCCS;
- partecipare alla rete italiana dei centri di eccellenza, nonché a network associativi a livello nazionale e internazionale;
- organizzare, su delega Regionale, Reti Oncologiche e Dermatologiche incluse quelle delle Malattie Rare e dei Tumori Rari.

Gli Istituti recepiscono le indicazioni regionali per la costituzione di dipartimenti interaziendali finalizzati alla razionalizzazione e contenimento dei costi delle attività.

10.1 Le relazioni con le Università

Gli IFO, in quanto Istituti di ricerca di base e traslazionale, si relazionano con le Università nazionali ed estere, differenziando gli ambiti di collaborazione: medico specialistico, farmaceutico, delle professioni sanitarie non mediche, delle scienze umanistiche.

Particolare attenzione merita l'accordo che gli IFO hanno stipulato con l'Università di Roma "Sapienza", che comprende collaborazioni:

- nella ricerca,
- nell'insegnamento ai medici in formazione specialistica,
- nella didattica, in particolare come sede del Corso di Laurea in Infermieristica;
- nel trasferimento di tecnologie,
- nell'uso comune di laboratori di ricerca su particolari progetti condivisi.

L'accordo prevede la possibilità di istituire Dottorati di ricerca, Assegni di ricerca e Professori Straordinari con clinicizzazione temporanea di reparti ospedalieri.

Ai sensi del Decreto Interministeriale n. 402/2017 gli IFO, quindi, sono pienamente inseriti nella rete formativa della Università "Sapienza".

2 - ORGANI ED ORGANISMI COLLEGIALI PER IL GOVERNO STRATEGICO

Art. 11 Organi

Sono organi dell'Ente, ai sensi della normativa vigente nazionale e regionale del Lazio:

- il Direttore Generale;
- il Consiglio di indirizzo e verifica (CIV);
- il Collegio Sindacale;
- i Direttori Scientifici degli IRCCS IRE e ISG;
- il Collegio di Direzione

Gli organismi consultivi degli Istituti, ai sensi della normativa vigente nazionale e regionale sono:

- I Comitati Tecnico Scientifici;
- Il Comitato Etico;

In staff alla Direzione Strategica opera l'Organismo indipendente di valutazione della performance, previsto dall'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009.

Art. 12 Direttore Generale

La responsabilità della gestione complessiva dell'Ente è affidata al Direttore Generale, nominato dal Presidente della Regione in base alla vigente normativa in materia.

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

Il Direttore Generale assicura la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e con i programmi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, nonché con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria, è coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Il Direttore Generale svolge le funzioni previste dalla vigente normativa nazionale e regionale. Al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, anche ai sensi dell'art. 8, comma 1, della Legge Regionale n. 6/2002, così come modificato dalla Legge Regionale n. 4/2006, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in:

- funzioni al medesimo esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili in tutto o in parte ai Direttori Sanitario ed Amministrativo ed agli

altri dirigenti degli Istituti.

Il Direttore Generale, attraverso il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, disciplina l'attribuzione, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario nonché al Direttore di Presidio, ai Direttori di Dipartimento ed ai Dirigenti Responsabili di struttura complessa, dei compiti loro spettanti.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti degli Istituti ai diversi livelli possono essere:

- a) funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dell'istituto della delega;
- b) funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative degli Istituti tra cui:

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

Il Direttore Generale, in particolare, provvede:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale ed alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di direzione;
- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del D.Lgs. n. 150/2009;
- alla nomina 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;
- alla stipula del contratto dei Direttori Scientifici;
- alla presa d'atto della nomina del Consiglio di Indirizzo e Verifica e provvedimenti conseguenti;
- alla presa d'atto della nomina dei Comitati Tecnico Scientifici;
- all'adozione dell'Atto Aziendale e delle modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione dei Regolamenti interni aziendali;

- alla nomina ed alla revoca dei responsabili delle strutture operative degli Istituti, nonché dei responsabili dei Dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici e il conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
- all'adozione degli atti e dei provvedimenti concernenti l'alienazione del patrimonio e la costituzione o la partecipazione a società, consorzi, associazioni o altri enti;
- all'adozione dei Regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente Atto;
- all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio.
- alla declinazione e/o determinazione degli obiettivi e delle priorità per la gestione dell'Ente, all'assegnazione delle relative risorse umane, finanziarie e strumentali;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa e della qualità dei servizi.

Al Direttore Generale degli Istituti si applicano le disposizioni in materia di ineleggibilità, di incompatibilità e di decadenza vigenti per i Direttori generali delle aziende sanitarie.

Art. 13 Consiglio di indirizzo e verifica

Le funzioni d'indirizzo e controllo sono svolte dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV), composto da cinque membri, scelti tra soggetti di comprovata competenza, di cui:

- uno con funzione di presidente nominato dal Presidente della Regione, ai sensi dell'articolo 55, comma 3, primo periodo dello Statuto regionale, sentito il Ministro della salute;
- uno nominato dal Ministro della salute;
- tre nominati dal Presidente della Regione, ai sensi dell'articolo 55, comma 3, primo periodo dello Statuto regionale.

Il Consiglio dura in carica per un periodo massimo di cinque anni, fatto salvo quanto disposto dall'art. 55, comma 4, dello Statuto Regionale, e svolge i compiti previsti dalla vigente normativa.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica svolge le funzioni previste dall'art. 4 della LR n. 2/2006 e s.m.i.

Il Consiglio stabilisce, nella sua prima riunione, le modalità del proprio funzionamento interno, si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei componenti e delibera

a maggioranza dei presenti. In caso di parità, prevale il voto del Presidente.

In caso di assenza o di impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito da un componente da lui espressamente delegato o, in assenza di delega, da quello più anziano di età.

Alle riunioni del Consiglio possono partecipare, senza diritto di voto, il Direttore generale, i Direttori Scientifici e i componenti del Collegio Sindacale.

Di ogni riunione del Consiglio è redatto apposito verbale, a cura di un funzionario dell'Ente a ciò preposto in qualità di Segretario. I verbali, sottoscritti dal Presidente e dal Segretario, sono posti in approvazione nella seduta immediatamente successiva.

Al Presidente e agli altri componenti del Consiglio spettano i compensi stabiliti dalla Regione Lazio (L.R. 23/1/2006, n. 2 e s.m.i.).

Art. 14 Collegio Sindacale

Il Collegio sindacale è nominato dal Direttore Generale e composto, ai sensi dell'art. 6 della L. R. n.2 del 23/1/2006 e s.m.i., da tre componenti effettivi.

Detto organo:

- verifica l'amministrazione degli Istituti sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti;
- 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;
- fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione degli Istituti e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'Atto Aziendale;

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni, può essere rinnovato, ed elegge il Presidente nel corso della prima seduta.

Ai componenti del Collegio Sindacale spetta un'indennità annua lorda nella misura prevista dalle vigenti disposizioni di legge.

Art. 15 Direttori Scientifici

I Direttori Scientifici IRE ed ISG sono nominati, ai sensi dell'art. 1, comma 1 del D.P.R. n. 42/2007 e s.m.i., dal Ministro della Salute sentito il Presidente della Regione. Il relativo incarico, di durata quinquennale, è disciplinato da un contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale, ha natura esclusiva ed è incompatibile con l'incarico di direzione di struttura all'interno dell'Istituto e con qualsiasi altro incarico di direzione. Il trattamento economico dei Direttori Scientifici è commisurato, come limite massimo, a quello del Direttore Generale dell'Istituto.

I Direttori Scientifici IRE ed ISG, ciascuno per il proprio Istituto, promuovono e coordinano l'attività di ricerca scientifica dell'Ente in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca con il programma di ricerca della Regione e con le strategie di ricerca di ciascun Istituto di riferimento. Essi gestiscono le piattaforme di ricerca traslazionale e sono responsabili del *budget della ricerca*, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e la cui misura, in ogni caso, non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Ente per l'attività di ricerca.

I Direttori Scientifici, la cui attività è di natura esclusiva, presiedono i Comitati Tecnico Scientifici (CTS) ed esprimono pareri obbligatori al Direttore Generale sulle delibere inerenti le attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico dei rispettivi Istituti di appartenenza. Essi svolgono gli altri compiti previsti dalla vigente normativa.

I Direttori Scientifici propongono al Consiglio di Indirizzo e Verifica i nominativi dei rispettivi componenti dei Comitati Tecnico Scientifici e si rapportano con il Direttore Generale ai fini dell'integrazione dell'attività scientifica con l'attività assistenziale e di formazione.

I Direttori Scientifici possono designare tra i Direttori di Struttura Complessa o comunque tra i ricercatori dei rispettivi Istituti l'esercente le funzioni vicarie, per gli aspetti gestionali, in caso di sua assenza o impedimento temporaneo; delle designazioni è data comunicazione al Direttore Generale. Ciascun Direttore Scientifico può altresì individuare, di volta in volta, fra i ricercatori dei rispettivi Istituti di appartenenza il dirigente incaricato di rappresentarlo o sostituirlo nelle sedi opportune per l'espletamento di attività ordinaria correlata con la ricerca e/o la partecipazione a reti collaborative o a organismi scientifici.

Ciascun Direttore Scientifico provvede, nell'ambito delle competenze attribuitegli in rapporto all'Istituto a cui afferisce a:

1. promuovere e coordinare i piani della ricerca clinica e sperimentale e verificarne il monitoraggio e la rendicontazione;

2. valutare in via preventiva e autorizzare le richieste di finanziamento per la realizzazione di progetti di ricerca scientifica da parte dei ricercatori e delle strutture dell'Istituto;
3. individuare i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca, assegnare il relativo budget e verificarne l'impiego, in stretta coordinazione con le strutture afferenti alla Direzione Amministrativa;
4. promuovere e valutare la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dall'Istituto;
5. promuovere e coordinare le attività di trasferimento di conoscenze attraverso le pubblicazioni scientifiche, la partecipazione a convegni, congressi e gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione e attività di aggiornamento, in coerenza con progetti e programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato dall'Istituto, nonché assicurare la miglior integrazione tra attività clinico-assistenziale e attività scientifica;
6. promuovere e coordinare le attività di trasferimento tecnologico e di innovazione nella pratica clinica;
7. provvedere agli adempimenti previsti dal Ministero della Salute in riferimento all'attività Scientifica;
8. promuovere rapporti di collaborazione, funzionali allo svolgimento della missione scientifica dell'Istituto, con Ministeri, Regione e enti e istituzioni scientifiche pubbliche e private, agenzie internazionali, autorità sanitarie e nazionali e internazionali, associazioni e fondazioni;
9. partecipare alla definizione e qualificazione degli obiettivi (aziendali, di dipartimenti e di strutture);
10. concorrere alla definizione della organizzazione strutturale e funzionale dell'Istituto avendo cura di assicurare la miglior integrazione tra attività clinico-assistenziale ed attività scientifica;
11. proporre criteri e indicatori per la valutazione dei dirigenti per la parte riguardante la produttività scientifica;
12. partecipare alla negoziazione del budget per le diverse strutture, dipartimentali e non, nell'ottica di integrare al massimo grado le funzioni clinico-assistenziali e di ricerca scientifica;
13. promuovere e concorrere alla definizione del Piano di Formazione, in particolare per quanto riguarda eventi di formazione avanzata, meeting e workshop scientifici a carattere nazionale ed internazionale;
14. sviluppare e valorizzare, anche con il Direttore Generale, iniziative per l'acquisizione di risorse pubbliche e private da destinarsi allo sviluppo della attività scientifica;
15. sottoporre al Consiglio di Indirizzo e Verifica studi, analisi, ricerche, cooperazioni e progettualità di interesse per lo sviluppo della ricerca scientifica.

Art. 16 Collegio di Direzione

Il Collegio di direzione coadiuva la Direzione generale nelle funzioni di governo dell'Istituto

mediante pareri e proposte in ordine ai programmi di attività nonché nella definizione delle iniziative per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, per il corretto utilizzo e la gestione delle risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie ed umane, allo scopo di ottimizzare il perseguimento degli obiettivi, in una logica di sostenibilità economico-finanziaria.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di direzione quale organo dell'Istituto che concorre al governo delle attività cliniche, consultato obbligatoriamente per le questioni a questo attinenti. Il Collegio concorre, inoltre, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Concorre, altresì, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Ente, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

Il Collegio di direzione partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

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

Il Collegio di direzione è costituito dal Direttore generale, con proprio provvedimento, prevedendo uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto di quanto disposto nel DCA della Regione Lazio n.259/2014 e della normativa vigente.

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

- i Direttori Scientifici IRE ed ISG;
- il Direttore Sanitario;
- il Direttore Amministrativo;
- i Direttori di Dipartimento;
- il Direttore di Presidio;
- il Direttore del DITRAR (Direzione Infermieristica, Tecnico Sanitaria Riabilitativa Aziendale e di Ricerca)
- il Responsabile Sviluppo Organizzativo e Capitale Umano.

In rapporto ai singoli argomenti trattati potrà essere prevista la partecipazione alle riunioni del Collegio di Direzione di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o di incarichi di particolare rilevanza strategica.

Al Collegio di Direzione competono specifiche attribuzioni in ordine al governo delle attività cliniche e di ricerca ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici e di ricerca degli Istituti, con particolare riguardo all'appropriatezza, all'efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni, anche attraverso processi di valutazione comparativa, alla introduzione di nuove tecnologie, all'innovazione scientifica.

Art. 17 La Direzione Strategica

Il Direttore Generale, i Direttori Scientifici IRE ed ISG, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore della UOC D.I.T.R.A.R. costituiscono la **Direzione Strategica** che si riunisce periodicamente nell'Ufficio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale.

Art. 18 Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla Direzione Strategica degli Istituti, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrendo al governo degli Istituti ed al processo di pianificazione e controllo strategico degli stessi, coadiuvando il Direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Sono nominati dal Direttore Generale tra soggetti in possesso dei requisiti indicati dalla vigente normativa in materia. L'incarico ha natura esclusiva e una durata non inferiore ai tre anni e non superiore a cinque. L'incarico può essere rinnovato.

Oltre alla formulazione di proposte e di pareri utili alla formazione delle decisioni del Direttore Generale, per quanto di propria competenza, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario:

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

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

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, e in via temporanea, da un Dirigente dell'area sanitaria

e da un Dirigente dell'area amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.

18.1 Funzioni del Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario presiede i servizi sanitari degli Istituti ai fini organizzativi ed igienico-sanitari ed è responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi degli Istituti IRE ed ISG, intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il Direttore Sanitario, come componente della Direzione Strategica è parte attiva nei processi decisionali di Governance dell'Azienda, quali la formulazione delle strategie, di programmi aziendali di sviluppo e di innovazione, di formulazione delle priorità, di allocazione delle risorse tra le diverse funzioni aziendali.

Come Direttore del Governo clinico, esprime parere obbligatorio sugli atti proposti alla firma del Direttore Generale, ferma restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.

Come Direttore dei Servizi clinico-assistenziali dell'Azienda, indirizza e coordina le articolazioni aziendali, attese le autonomie funzionali di Dipartimenti, Macro-aree, UOC e UOSD.

Il Direttore Sanitario, al fine di promuovere l'integrazione tra assistenza, innovazione e ricerca, si avvale di comitati, commissioni, gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito degli Istituti, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico. Presiede e/o coordina gli stessi e/o vi partecipa secondo quanto previsto dalle normative vigenti e dagli atti regolamentari aziendali.

18.2 Funzioni del Direttore Amministrativo

Il Direttore amministrativo presiede i servizi tecnico-amministrativi degli Istituti in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale; supervisiona sulla correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei

documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, nonché sulla legittimità degli atti assicurata dal Direttore del Dipartimento delle funzioni tecnico-amministrative e sul corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico.

Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Come componente della Direzione Strategica è parte attiva nei processi decisionali di Governance dell'Azienda, quali la formulazione delle strategie, di programmi aziendali di sviluppo e di innovazione, di formulazione delle priorità, di allocazione delle risorse tra le diverse funzioni aziendali.

Esprime parere sugli atti proposti alla firma del Direttore Generale, ferma restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.

Indirizza e coordina le articolazioni aziendali, attese le autonomie funzionali delle UU.OO. afferenti al Dipartimento delle funzioni tecnico-amministrative; promuove l'innovazione nei processi amministrativi, anche nell'ambito della ricerca, al fine di aumentare l'attrattività degli IFO da parte di finanziatori privati.

Al fine del buon andamento delle attività tecniche, amministrative e di supporto alle attività sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica, il Direttore Amministrativo assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative finalizzate a realizzare l'integrazione tra attività di supporto ed attività sanitarie.

Art. 19 Incompatibilità dei Direttori Generale, Scientifici, Amministrativo e Sanitario

Ai Direttori Generale, Scientifici, Amministrativo e Sanitario dell'Ente si applicano le disposizioni in materia di inconferebilità, di ineleggibilità, di incompatibilità e di decadenza vigenti per i Direttori delle Aziende Sanitarie, nonché in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 8, 9, 11 e 12 del D.Lgs n.502/1992 e successive modifiche e integrazioni. La natura esclusiva dell'incarico di Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale, comporta l'incompatibilità con

qualsiasi altro lavoro pubblico e privato e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale prevista dalla legge.

Art. 20 Comitati Tecnico Scientifici

I Comitati Tecnico Scientifici (CTS) IRE ed ISG (LR n. 2/2006, art. 9) sono organismi con funzioni consultive e di supporto all'attività clinica e di ricerca di ciascun IRCCS.

Ciascun Comitato è presieduto dal Direttore Scientifico, vi partecipa di diritto il Direttore Sanitario Aziendale (o suo delegato) ed è composto da altri dieci membri nominati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, di cui due esperti esterni e gli altri così individuati:

- a. quattro tra i responsabili di Dipartimento o i dirigenti di unità operativa complessa, di cui due eletti;
- b. due tra il personale medico dirigente, di cui uno eletto;
- c. uno eletto tra il personale sanitario dirigente;
- d. uno eletto tra il personale delle professioni sanitarie con incarico dirigenziale.

I criteri e le modalità per l'elezione dei componenti, sono stabiliti con deliberazione del Direttore Generale, sentite le organizzazioni sindacali interessate. La nomina dei componenti non elettivi è effettuata su proposta del Direttore Scientifico.

Ciascun Comitato Tecnico Scientifico, stabilisce, nella sua prima riunione, le modalità del proprio funzionamento interno, si riunisce solitamente con la presenza della maggioranza dei propri componenti e delibera a maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto del Presidente.

Ciascun Comitato Tecnico Scientifico è informato dal rispettivo Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto di riferimento e formula pareri e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca dello stesso nonché, in via preventiva, sulle singole iniziative di carattere scientifico. Il Comitato è tenuto a redigere un verbale dopo ogni riunione. Il Comitato provvede altresì a dotarsi di apposito regolamento di funzionamento che deve essere approvato dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Il CTS, quale organismo di consulenza tecnica degli IFO, è tenuto ad esprimere parere su ogni questione gli venga sottoposta dal Consiglio di Indirizzo e Verifica o dal Direttore Generale.

I componenti di ciascun Comitato Tecnico Scientifico cessano dalla carica allo scadere del mandato del Direttore Scientifico in carica al momento del suo insediamento.

Qualora nel corso del mandato un componente del CTS venga a cessare dall'incarico per qualsiasi motivo, sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo del mandato dei componenti in carica. La nomina avviene a cura del Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Per tutti gli argomenti e le questioni di comune interesse i Comitati Tecnico Scientifici possono riunirsi in seduta comune.

I componenti che non partecipano al CTS per tre volte consecutive, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica su proposta del Presidente del CTS stesso.

Art. 21 Comitato Etico

Il Comitato Etico (CE) IFO con sede presso gli IFO svolge le sue funzioni relativamente all'attività di ricerca condotta presso IRE-ISG e funzioni di coordinamento e indirizzo dei Comitati operanti presso gli IRCCS del Lazio.

Il Comitato Etico è un organismo indipendente costituito ai sensi del decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013, della LR n. 2/2006 e della Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio del 12 giugno 2013, n. 146.

Il Comitato Etico, quale organismo aziendale, ha il compito di verificare che vengano salvaguardati la sicurezza, l'integrità e i diritti dei soggetti che partecipano alle sperimentazioni cliniche ed ad altre ricerche biomediche nell'ambito dell'attività di ricerca degli IRCCS, o che sono sottoposti ad altri atti medici, fornendo in questo modo una pubblica garanzia di tutela esprimendo il proprio parere sui protocolli di sperimentazione, sull'idoneità degli sperimentatori, sull'adeguatezza delle strutture e sui metodi e documenti che verranno utilizzati per informare i soggetti e per ottenere il consenso informato. Le fonti di riferimento del CE sono il codice di Norimberga, la revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki, le direttive e le raccomandazioni specifiche degli Organismi Nazionali ed Internazionali, il Codice di deontologia medica nonché le raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica ed i provvedimenti della Autorità garante per la protezione dei dati personali.

Per quanto concerne in particolare la formulazione di pareri relativi alle sperimentazioni di medicinali o di dispositivi medici, il CE fa riferimento anche alle "Linee guida dell'Unione europea di Buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali" e alle norme tecniche relative alle indagini cliniche dei dispositivi medici per soggetti umani, nelle loro versioni più recenti.

Ai sensi dei citati D.M. 8 febbraio 2013 e D.R.G. 146/2013, la percentuale dei componenti esterni (non dipendenti), non può essere inferiore ad un terzo di tutti i componenti. Il Comitato Etico IFO ha un Presidente. Il Presidente è, di norma, esterno agli Istituti e viene nominato secondo le procedure e con le modalità previste dal Regolamento interno che disciplina l'attività del Comitato.

I componenti del Comitato Etico devono essere in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza, almeno biennale, nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali, dei dispositivi

medici e delle altre materie di competenza del comitato. Nel Comitato Etico sono presenti tutte le professionalità previste dal D.M. 8 febbraio 2013.

Il Comitato Etico Centrale IRCCS Lazio, sezione IFO, in base alla Deliberazione IFO n. 808 del 12/11/2014, è composto da:

- a) quattro clinici di cui due a chiamata;
- b) un medico di medicina generale territoriale;
- c) un pediatra;
- d) un biostatistico;
- e) un farmacologo
- f) due farmacisti
- g) un farmacista esperto in dispositivi medici
- h) un genetista
- i) un esperto in materie giuridiche;
- j) due esperti di bioetica;
- k) un rappresentante del Volontariato;
- l) Rappresentante delle Aree Sanitarie;
- m) Direttore Scientifico IRE
- n) Direttore Scientifico ISG
- o) Direttore Sanitario Aziendale IFO
- p) Direttore Scientifico Fondazione Bietti
- q) Direttore Sanitario Fondazione Bietti
- r) Ingegnere Clinico (a chiamata)
- s) Esperto in nutrizione (a chiamata)
- t) Esperto clinico di nuove procedure tecnico diagnostiche invasive e seminvasive (a chiamata)
- u) Consulente veterinario (a chiamata)

Saranno automaticamente recepite le eventuali disposizioni regionali che dovessero intervenire in materia di Comitati Etici.

Art. 22 Organismo indipendente di valutazione della performance - OIV

Ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 e 14 bis del D.L.vo n. 150/2009 nonché dall'art. 14 della Legge Regionale n. 1/2011 e s.m.i., con deliberazione del Direttore Generale, è istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance secondo le modalità definite dal Dipartimento della funzione pubblica.

Il Dipartimento della funzione pubblica tiene e aggiorna l'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione ai sensi del DPR n. 105 del 09/05/2016. La

nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione è effettuata tra gli iscritti a tale Elenco, previa procedura selettiva pubblica ai sensi dell'art. 14 bis del D.L.vo 150/2009 e s.m.i..

L'Organismo Indipendente di Valutazione è costituito da 3 componenti di cui uno con funzioni di Presidente, dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della pianificazione e controllo di gestione, della misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati.

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 14 e 14 bis del D.L.vo 150/2009 e s.m.i, nonché alla Legge Regionale n. 1/2011.

In particolare:

- a. monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- b. comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- c. valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d. vigila sulla correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nonché 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;
- e. propone, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance, alla Direzione Generale, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice;
- f. e' responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014;
- g. promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- h. verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

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

- a. Il Direttore Generale, Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo in carica in un'Azienda o Ente del SSN, nonché i Direttori di Dipartimento di ciascun Ente o Azienda del SSR;
- b. coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno degli Istituti;
- c. coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
- d. coloro che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;
- e. coloro che hanno legami di parentela o affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative dell'Istituto.

Presso l'Organismo Indipendente di Valutazione è costituita, senza nuovi o maggiori oneri, una Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance, dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni.

L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne degli Istituti che forniscono i necessari strumenti di analisi e *reporting*. Le modalità di funzionamento dell'Organismo sono stabilite con apposita regolamentazione ed i compensi per i componenti, sono disciplinati in base alla vigente normativa.

Art. 23 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili

L'Istituto provvede all'attivazione della figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, in conformità a quanto previsto dall'articolo 4-bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16, recante "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria", introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27.

Tale figura viene individuata nel Direttore della struttura UOC Risorse Economiche.

Gli atti e le comunicazioni contabili, nell'osservanza dei predetti indirizzi, sono accompagnati da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, 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 alla redazione dei documenti contabili

sono conferiti dal Direttore generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei propri compiti. Il Direttore Generale e il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio e, ove previsto, al bilancio consolidato, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

Art. 24 Altri Comitati e Commissioni Aziendali

All'interno degli Istituti è prevista la costituzione dei seguenti organismi collegiali, disciplinati dalla normativa vigente:

- a) il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;
- b) la Commissione per il buon uso del farmaco;
- c) il Comitato per il buon uso del sangue;
- d) il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA)
- e) il Comitato per l'Ospedale senza dolore;
- f) il Comitato di Medicina di Genere;
- g) il Molecular Tumor Board;
- h) il Comitato Valutazione Sinistri;
- i) il Comitato di Budget;
- j) la Commissione Interna Sperimentazioni Cliniche (CISC);
- k) il Comitato Scientifico della Formazione aziendale.

La composizione, le funzioni e la durata dei predetti organismi sono definiti con atto del Direttore Generale, da adottarsi entro sei mesi dall'approvazione del presente Atto di autonomia aziendale.

Gli Istituti potranno costituire ulteriori Comitati o Commissioni, come ad esempio gruppi di ricerca traslazionale, anche se non disciplinati dalla normativa vigente, affinché le problematiche di rilevanza aziendale siano affrontate in maniera coordinata e sinergica, purché ciò non comporti oneri aggiuntivi a carico del bilancio degli Istituti Stessi.

Art. 25 Organizzazione dell'Ente

L'organigramma dell'Ente è redatto in base a quanto disposto nel Decreto del Commissario ad Acta del 6 agosto 2014, n. U00259 "*Approvazione dell'atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di Autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*" che individua come destinatari degli indirizzi approvati con la deliberazione stessa direttamente o per analogia e

compatibilmente con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento anche gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Regione Lazio.

Dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale saranno predisposti i Regolamenti Attuativi.

3 - L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Art. 26 L'Organizzazione Aziendale

L'organizzazione degli IFO rispecchia, nel disegno e nelle modalità operative, i principi e i valori espressi in questo Atto, valorizzando le competenze clinico-assistenziali e tecnico-diagnostiche, organizzative, gestionali – nei Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca; manageriali, organizzative, di leadership e di servizio – nelle aree di supporto alla produzione.

Nel corso degli anni, gli IRCCS Regina Elena e San Gallicano, che rappresentano uno di più importanti *asset* della ricerca per la Regione Lazio, essendo di totale proprietà regionale, hanno ridotto le risorse umane e le strutture che li costituivano, in linea con il Piano di Rientro Regionale.

L'evoluzione delle terapie e dell'epidemiologia, in campo oncologico e nuove applicazioni della Dermatologia, anticipate nel presente Atto Aziendale, richiedono una rivalutazione dell'organizzazione che, nel rispetto dei vincoli di bilancio, preveda un progressivo investimento di risorse in innovazione. In particolare ciò potrà realizzarsi in campo oncologico, dermatologico e venereologico, con lo sviluppo delle terapie oncogenetiche e della medicina di precisione. L'attività clinica, così supportata dalle attività di ricerca traslazionale e di ricerca primaria, proporrà innovazioni nelle diagnosi e nei trattamenti alle persone che sceglieranno gli IFO e ai cittadini che potranno beneficiarne indirettamente.

In questa ottica, la decisione di istituire nuove unità organizzative, ha considerato sia la rilevanza interna che esterna, in ragione dei contenuti del Piano Strategico, sia la reale gestione di risorse umane o economiche, sia il consolidamento della qualità organizzativa degli IFO. Questo passaggio dall'organizzazione allo sviluppo valorizza modalità organizzative innovative, che si alimentino anche della *patient experience* e che prefigurino spazi evolutivi per sottoinsiemi di servizi, che rendano alcuni percorsi organizzati in modo integrato per l'accesso ai pazienti, come ad esempio la "Breast Unit", la "Unit Ca-prostata", la "Melanoma Unit " o la "Unit Trattamento dell'Epilessia".

La Direzione Strategica riconosce, come funzioni direzionali:

a) la Funzione di Governo, che rappresenta l'insieme delle attività finalizzate alla pianificazione, alla programmazione ed all'assunzione delle decisioni del top management. Gli Organi di governo dell'azienda sono rappresentati alla fig. 1.

b) la Funzione di Committenza, rivolta ai produttori interni (Dipartimenti clinici) sulla tipologia quali-quantitativa della produzione, e alle Direzioni Scientifiche, per il supporto allo sviluppo dell'innovazione terapeutica;

e come funzioni operative:

- c) la *Funzione di Produzione*, esercitata dalle strutture di assistenza, che rappresenta l'insieme di attività finalizzate alla produzione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (svolte nei diversi regimi consentiti, ivi incluse attività svolte in regime libero professionale intramuraria).
- d) le *Funzioni Strumentali e di Supporto*, esercitate dalle strutture amministrative, tecniche, di direzione operativa e di staff, che coadiuvano la Direzione e supportano le strutture interne di produzione nell'espletare le loro attività, per il perseguimento degli obiettivi assegnati. Esse devono essere sinergiche con i servizi di produzione, con ciò garantendo l'efficienza, assicurando la qualità, efficienza e fruibilità delle attività di pertinenza.

I principi che guidano l'organizzazione degli IFO sono:

- la centralità del paziente, espressa nei percorsi di cura e nelle piattaforme produttive;
- la specializzazione delle linee di attività clinica;
- l'integrazione multiprofessionale;
- la differenziazione tra strutture di supporto alla produzione clinica e di ricerca (Staff e Dipartimento Tecnico-Amministrativo) e le strutture di supporto al governo aziendale e all'innovazione (Direzione Operativa);
- la valorizzazione delle leadership professionali e non solo delle competenze organizzativo-gestionali;
- l'apprendimento costante per lo sviluppo;
- l'attuazione della Medicina di Precisione, attraverso l'adozione della 4PMedicine. Agli IFO la cura è Predittiva, Partecipata, Personalizzata, Preventiva.

L'organizzazione degli IFO può essere differenziata in quattro ambiti principali: gli Organi di Governo, le Direzioni Scientifiche, i Dipartimenti clinici e di ricerca, le strutture di supporto al governo aziendale e alla produzione clinica e di ricerca.

26.1 Gli Organi di governo

Sono organi dell'Ente, ai sensi della normativa vigente nazionale e regionale del Lazio:

- il Direttore Generale;
- il Consiglio di indirizzo e verifica (CIV);
- il Collegio Sindacale;
- i Direttori Scientifici degli IRCCS IRE e ISG;
- il Collegio di Direzione.

In staff alla Direzione Strategica opera l'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), previsto dall'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009 e s.m.i.

Maggiori specificazioni sono contenute nella parte seconda dell'Atto Aziendale.

Fig.1 – Gli Organi di governo degli IFO



26.2 Le Direzioni Scientifiche

Oltre a quanto già indicato all'art 15 del presente Atto, le Direzioni Scientifiche si avvalgono, per le loro attività, di una Segreteria e di uno Staff per il supporto amministrativo, organizzativo, di sviluppo della ricerca. Ogni Direzione Scientifica organizza e sviluppa, per supportare l'apprendimento scientifico, per diffondere le esperienze scientifiche e di ricerca, per favorire il trasferimento di competenze, una o più biblioteche accessibili in varie forme, sia a professionisti interni che esterni che a pazienti e Associazioni di pazienti. I costi delle Biblioteche sono sostenuti prevalentemente dai fondi per la ricerca. Per le funzioni di ricerca e di relazione con il Comitato Etico, le Direzioni Scientifiche si avvalgono del Clinical Trial Center, le cui funzioni sono specificate in apposito atto. E' altresì di supporto all'integrazione tra ricerca e pratica clinica il Molecular Tumor Board.

I Direttori Scientifici coordinano i Grant Office (GO) ed il Technology Transfer Office (TTO). Obiettivi dei GO sono:

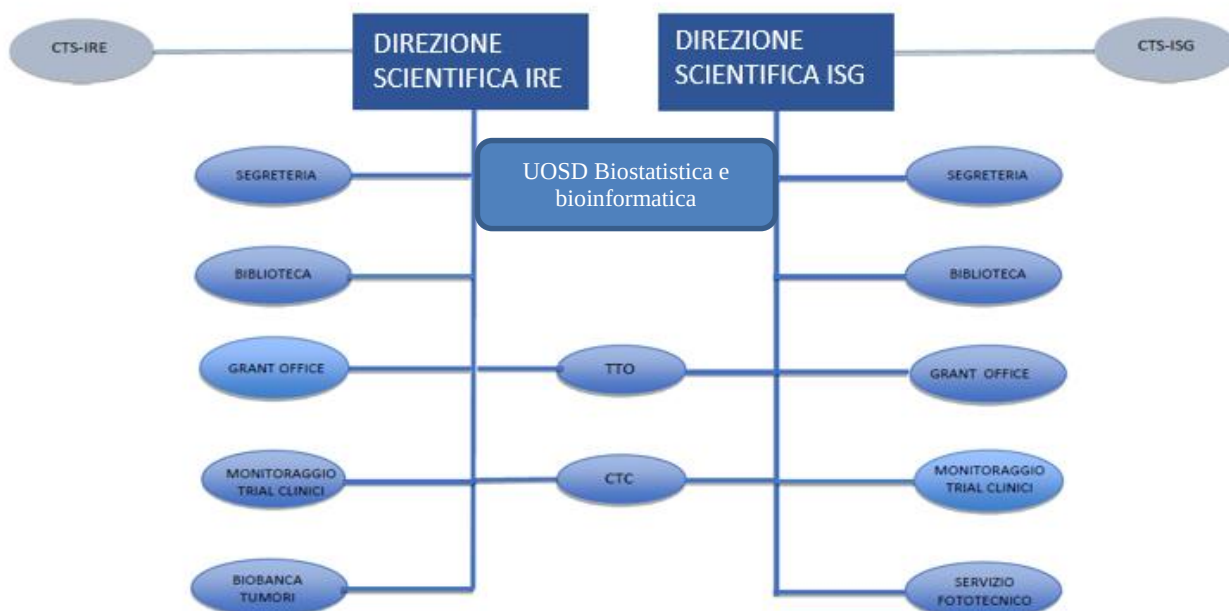
- Aumentare la quota di finanziamenti per la ricerca sia quella della Ricerca Corrente del Ministero della Salute che quella proveniente da grant competitivi (complessivamente chiamati Ricerca Finalizzata);
- Incrementare collaborazioni e accordi a livello regionale, nazionale e internazionale;
- Documentare le attività e produrre statistiche a supporto delle decisioni strategiche della ricerca.

Il TTO raccoglie le proposte inventive dei ricercatori, ne promuove la tutela e il trasferimento tecnologico alle imprese. A tal fine assiste e supporta i ricercatori nella gestione della proprietà intellettuale, dall'avvio del processo di brevettazione fino alla commercializzazione del brevetto.

La Biobanca oncologica a scopo di ricerca, la cui istituzione ed organizzazione è stata formalizzata con le delibere n.180 del 14/03/2014 e n. 431 del 13/06/2017, rappresenta un *asset* strategico dell'Istituto ed ha lo scopo di raccogliere, conservare e distribuire materiale biologico umano, tessuti e liquidi biologici, e i dati ad esso associato al fine di implementare la ricerca oncologica di base, clinica e traslazionale.

In staff alle due Direzioni Scientifiche è prevista una UOSD di Biostatistica e Bioinformatica per il supporto alle attività di *data managing* ed elaborazioni/verifiche biostatistiche degli studi clinici e delle attività di ricerca di base, clinica e traslazionale, sia profit che no profit.

Fig. 2 – Le Direzioni Scientifiche



Per le UUOO afferenti all’ambito della ricerca, gli obiettivi annuali sono definiti dalle rispettive Direzioni Scientifiche.

26.3 I Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca

Il Dipartimento costituisce un’articolazione organizzativa di gestione di processi, professionisti e risorse, e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. I Dipartimenti sono costituiti da Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali, Semplici, e comprendono, in tutto o in parte, le piattaforme organizzative. I processi e le Piattaforme rappresentano i luoghi della maggiore integrazione multiprofessionale. Ogni struttura, pur avendo ambiti di responsabilità e autonomia definiti, concorre ai risultati del Dipartimento e i rispettivi Responsabili/Direttori ne rispondono congiuntamente.

I Dipartimenti rispondono a quattro “bisogni di razionalità”:

- a) **razionalità assistenziale**, connessa al fatto che l’aggregazione di unità operative può risolvere meglio il problema dell’interdipendenza dei processi produttivi. Questo è

evidente per quelle Unità Operative complementari che gestiscono fasi diverse di uno stesso percorso diagnostico-terapeutico;

- b) **razionalità scientifica**, nel senso che il Dipartimento rende possibile il confronto tra professionisti, l'ampliamento complessivo della casistica, la possibilità di mettere in comune risorse per svolgere attività di ricerca, sperimentazione, aggiornamento e formazione altrimenti difficilmente gestibili all'interno di una singola Unità Operativa;
- c) **razionalità organizzativo-operativa**, che attiene ai vantaggi derivanti da una più precisa attribuzione di responsabilità e a una maggiore integrazione nella soluzione di problemi comuni a più Unità Operative.
- d) **razionalità economica**, perché è consolidato nella prassi che, a parità di risorse, l'aumento dei volumi di produzione riduce il costo medio delle risorse utilizzate (attrezzature, posti letto, materiali di consumo, personale) permettendo a Unità Operative che svolgono la stessa attività; di mettere in comune tutte o parte di tali risorse;

I dipartimenti di produzione clinica e di ricerca, negli IFO, sono denominati:

- Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica (CRO);
- Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica (CRD);
- Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate (RTA).

Al Dipartimento competono le funzioni di governo organizzativo e di *governo clinico*, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione, finalizzati all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria e, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

1. coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
2. gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per:
 - a. perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
 - b. tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
 - c. garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di visto clinico che gestionale;
3. negoziare gli obiettivi di budget con la Direzione Strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del Dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione con tutti i dirigenti e con il personale assegnato;
4. ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
5. definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
6. elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;

7. promuovere il miglioramento continuo della qualità;
8. assicurare l'appropriatezza dei ricoveri in ogni setting, utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day-surgery;
9. promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
10. elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

I Dipartimenti, inoltre, devono definire annualmente il fabbisogno formativo e le priorità ad esso connesso.

I Dipartimenti clinici e di ricerca hanno una struttura direzionale costituita dal Direttore di Dipartimento e dal Responsabile Dipartimentale delle Professioni Sanitarie, titolare della Specifica UOS (Fig. 4). La Direzione del Dipartimento è supportata da un medico della Direzione di Presidio, dalle strutture del Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative, dagli Staff e da altri professionisti presenti nelle UU.OO. del Dipartimento.

Tra questi, alcuni componenti con particolari attitudini, disponibilità o competenze, rappresentano un supporto attivo alla Direzione del Dipartimento. A scopo esemplificativo, se ne elencano alcuni:

- i referenti della Qualità, Accreditamento e Rischio clinico,
- gli esperti di formazione,
- gli esperti per la ricerca,
- i referenti per la documentazione sanitaria,
- i referenti per i controlli igienici (es. sanificazione ambientale, lavanolo...),
- i referenti per il controllo e prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza,
- altro personale professionale esperto nelle discipline di appartenenza.

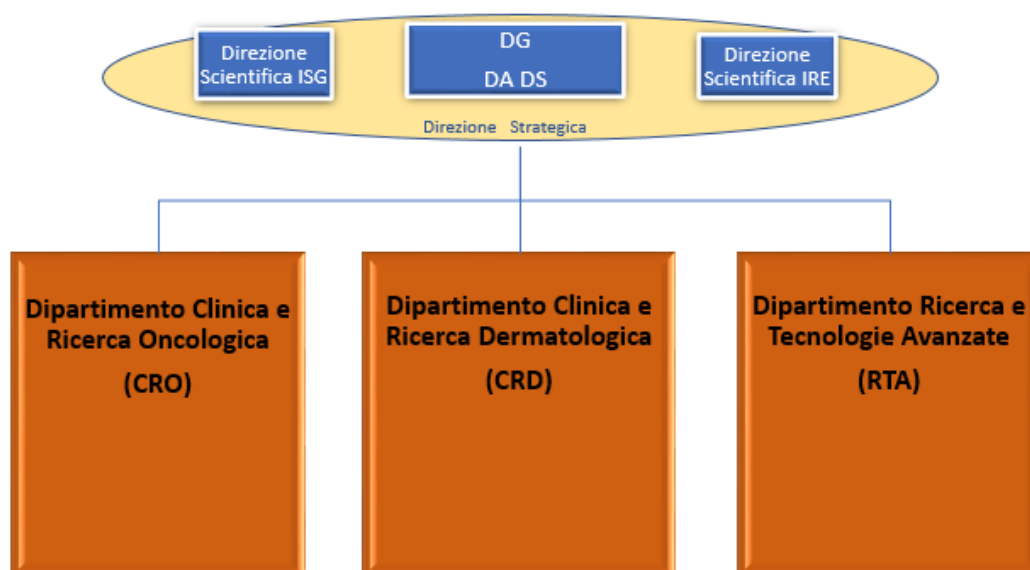
Il Direttore di Dipartimento governa in modo partecipativo attraverso il Comitato di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento è un organismo collegiale costituito da:

- a) il Direttore del Dipartimento, che lo presiede;
- b) i Direttori delle unità operative complesse aggregate nel Dipartimento;
- c) i Responsabili delle unità operative semplici dipartimentali;
- d) il Responsabile dell'area infermieristica, tecnico sanitaria e della riabilitazione del Dipartimento;
- e) due rappresentanti eletti dai dirigenti medici e sanitari, in servizio presso il Dipartimento, i quali durano in carica tre anni;
- f) due rappresentanti eletti dagli operatori del Comparto in servizio presso il

Dipartimento, i quali durano in carica tre anni.

Fig. 3 – I Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca



Il Comitato di Dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare gli interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e materiali delle singole strutture e dei rispettivi budget, per verificare la corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati, esprimere valutazioni in merito alle modalità organizzative del Dipartimento.

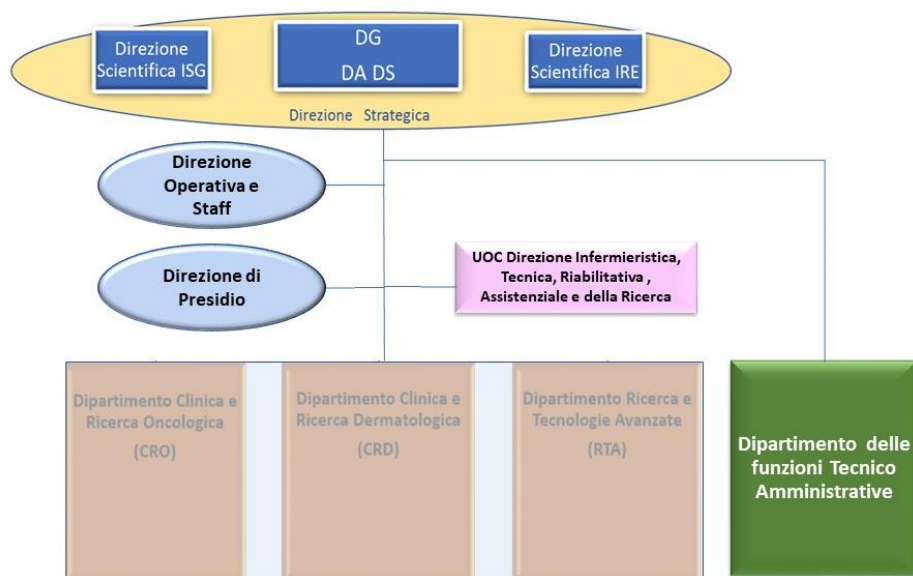
Di ogni seduta del Comitato di Dipartimento è redatto apposito verbale. Con periodicità annuale è presentata al Direttore Generale una relazione sull'attività svolta dal Dipartimento.

26.4 Le funzioni di supporto alla produzione clinica e di ricerca

Le macrofunzioni di supporto alla produzione sono sostanzialmente cinque (Fig. 4):

- il Dipartimento Tecnico Amministrativo
- lo Staff
- la Direzione Operativa
- la Direzione di Presidio
- la Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenziale e della Ricerca (DITRAR), o Direzione delle Professioni Sanitarie.

Fig. 4 – Le strutture di supporto alla produzione clinica e di ricerca



26.5 Il Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative

Il Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative (DiTA) è una struttura le cui principali linee di attività sono:

- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione, gestione e distribuzione di beni di consumo;
- acquisizione e gestione di servizi;
- gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- gestione e sviluppo dell'ICT;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli AA.GG., delle consulenze legali e dei rapporti con il pubblico;
- gestione delle convenzioni, contratti, protocolli d'intesa, ecc.;
- supporto amministrativo alle attività di ricerca;
- supporto amministrativo alle attività di libera professione intramoenia.

Svolge funzioni di supporto alla Direzione Strategica nelle attività di programmazione dei fabbisogni del personale, degli acquisti e degli investimenti e di efficientamento dell'Azienda in termini di ottimizzazione dei processi, di utilizzo delle risorse, di contenimento dei costi.

Ricerca le modalità per soddisfare il fabbisogno di integrazione organizzativa e coordinamento gestionale nello svolgimento delle funzioni e dei processi di competenza per i quali è necessaria una forte interazione tra le diverse strutture componenti.

In particolare, il Direttore del Dipartimento ha la responsabilità di garantire, secondo un principio di unitarietà, il coordinamento delle strutture afferenti ed il monitoraggio delle attività svolte.

È di supporto ai Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca in una logica *client oriented* attraverso l'approvvigionamento, nelle forme di legge, di risorse umane, strumentali e tecnologiche. Fornisce consulenze ai singoli dipendenti in materia di rapporto di lavoro.

E' strutturato in cinque unità operative complesse, una unità operativa semplice dipartimentale e due unità operative semplici.

26.6 La Direzione di Presidio

La Direzione di Presidio opera in modo integrato con le altre Direzioni Aziendali, con approccio multiprofessionale e sovrintende in modo continuo tutte le attività ed i processi che si svolgono nelle strutture dell'Ospedale, avvalendosi dei Medici di Direzione Medica, della Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e Assistenziale e delle Strutture di Staff o direzione Operativa di volta in volta coinvolte nei processi.

La sua funzione essenziale è quella a garanzia delle condizioni igienico-sanitarie e di sicurezza degli ambienti e delle attrezzature, il coordinamento e monitoraggio delle attività e delle funzioni trasversali di supporto in collaborazione con i servizi aziendali, la promozione ed il mantenimento dei requisiti di autorizzazione al funzionamento.

La Direzione di Presidio è costituita dall'integrazione tra la UOC Direzione Medica e dalla UOS Comfort e Percorsi Interni, quest'ultima gerarchicamente afferente alla UOC DITRAR (Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenziale e della Ricerca) e funzionalmente afferente al Direttore della UOC Direzione Medica.

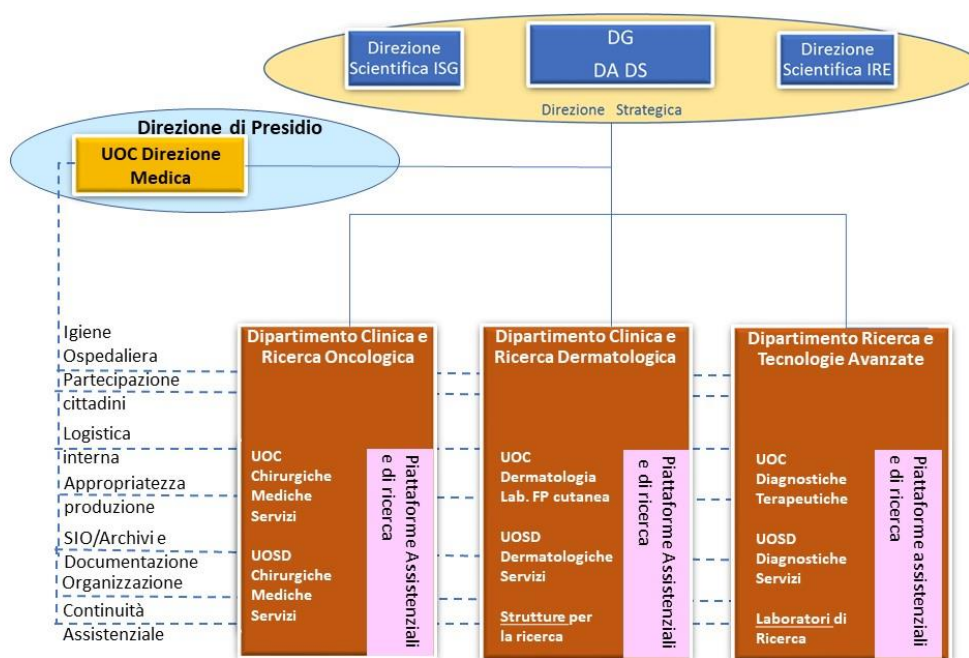
La UOC Direzione Medica, al suo interno, opera attraverso funzioni professionali che si integrano per realizzare gli obiettivi assegnati e supportare i Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca. A questo scopo, ad ogni Dipartimento di produzione clinica e della ricerca, è assegnato un medico della Direzione Medica come riferimento privilegiato per la risoluzione dei problemi e per il supporto nelle attività igienico-sanitarie dipartimentali. Tale medico partecipa anche alle riunioni del Comitato di Dipartimento.

Le aree di responsabilità della Direzione di Presidio sono:

- assicura la direzione unitaria dell'Ospedale con uniformità di applicazione delle linee direttive aziendali nei Dipartimenti e ne realizza l'integrazione organizzativa;

- partecipa alla definizione delle linee strategiche e degli obiettivi aziendali, delle politiche di sviluppo e dei programmi da realizzare;
- cura l'accesso ai servizi ospedalieri e la continuità dell'assistenza in un'ottica di integrazione ospedale-territorio e di gestione per processi, nei percorsi con le ASL di riferimento per territorio o affluenza di pazienti;
- assicura il coordinamento dell'igiene e sicurezza degli ospedali, della funzionalità interna e sicurezza del sistema di produzione (risorse strutturali, impiantistiche, tecnologiche, ecc.) in stretta integrazione con le funzioni trasversali di supporto tecnico, sanitario, logistico e amministrativo, e assicura i requisiti generali ai Dipartimenti;
- presidia il funzionamento interno (percorsi orizzontali e verticali, flussi dei pazienti, logistica) e dei sistemi di produzione;
- presidia la gestione della libera professione intramurale in regime di ricovero ed ambulatoriale, in collaborazione con le funzioni aziendali dedicate;
- supporta i Dipartimenti ospedalieri nella organizzazione, nella programmazione e nella valutazione dell'appropriatezza delle attività e dell'efficacia dei risultati, secondo gli standard qualitativi e temporali previsti, e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse assegnate e nell'attuazione del programma di gestione del rischio.

Fig. 5 – La Direzione di Presidio e la UOC Direzione Medica



26.7 La Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e Assistenziale e della Ricerca (DITRAR)

Il DITRAR è una struttura organizzativa che ha la responsabilità, in Azienda, di organizzare il personale sanitario e tecnico non medico operante nelle UUOO di produzione clinica e di ricerca, di norma indicato come “comparto sanitario”.

Esercita le proprie funzioni nella programmazione del fabbisogno di personale e nella definizione dello skill mix necessario alle strutture o piattaforme o moduli assistenziali. In particolare si occupa di realizzare, condividendo con il Direttore Sanitario gli indirizzi, le attività connesse a:

- Accoglienza di pazienti e visitatori/caregiver;
- Assistenza infermieristica, tecnica, riabilitativa e ostetrica a persona di ogni età, sesso, provenienza e censo;
- Valutazione e monitoraggio di condizioni considerate critiche o rischiose per pazienti e caregiver in relazione ai processi di assistenza;
- Valutazione, progettazione ed erogazione di interventi di educazione alla salute ed educazione terapeutica;
- Programmazione, organizzazione, orientamento e valutazione delle risorse umane affidate o afferenti;
- Gestione diretta di fattori produttivi di supporto alle attività assistenziali (dispositivi anti caduta, presidi di tutela dell'integrità cutanea...);
- Progettazione di modelli organizzativi o di *care delivery*, loro attuazione e valutazione, congiuntamente alle altre Direzioni coinvolte o preposte;
- Definizione di standard assistenziali per le varie aree professionali;
- Definizione dei Livelli Accettabili di Garanzia ai pazienti, connessi alla qualità degli esiti delle cure;
- Accoglienza di studenti, tirocinanti e loro tutorato;
- Accoglienza, allocazione, inserimento, valutazione di personale in ingresso nella struttura aziendale.

Il DITRAR si articola in quattro Unità Operative Semplici (UOS), in Funzioni di Coordinamento Gestionale (FCG), in Funzioni Professionali Specialistiche o Esperte (FPS o FPE) e in attività di produzione diretta (es. ambulatori infermieristici).

I Responsabili Dipartimentali delle Professioni Sanitarie (3, ognuna individuata come UOS) rappresentano la congiunzione tra area della produzione nei dipartimenti e la Direzione della UOC. Per attività connesse ai processi di produzione rispondono dei risultati in solido con il Direttore del Dipartimento.

Nel Dipartimento coordinano:

- le strutture assistenziali intese come sezioni di ricovero o prestazioni ambulatoriali, o “Moduli Assistenziali” o “Piattaforme”;

- la linea assistenziale, costituita dagli operatori che operano direttamente con pazienti e familiari/visitatori delle Linee di Attività Assistenziale (aggregazione di team di personale che riferiscono ad un solo coordinatore). Le LdA possono corrispondere alle UOC Cliniche o essere Moduli/Piattaforme basati prevalentemente sulla disposizione logistica o sulla base delle funzionalità organizzativo-gestionali del personale assistenziale o tecnico-sanitario (es. sale operatorie) assegnato;
- gli ambulatori di produzione assistenziale rivolti a pazienti interni o esterni.

Il Direttore DITRAR si avvale, per le funzioni professionali, di personale “esperto” al fine di garantire ai pazienti, ai cittadini e alla Direzione Strategica:

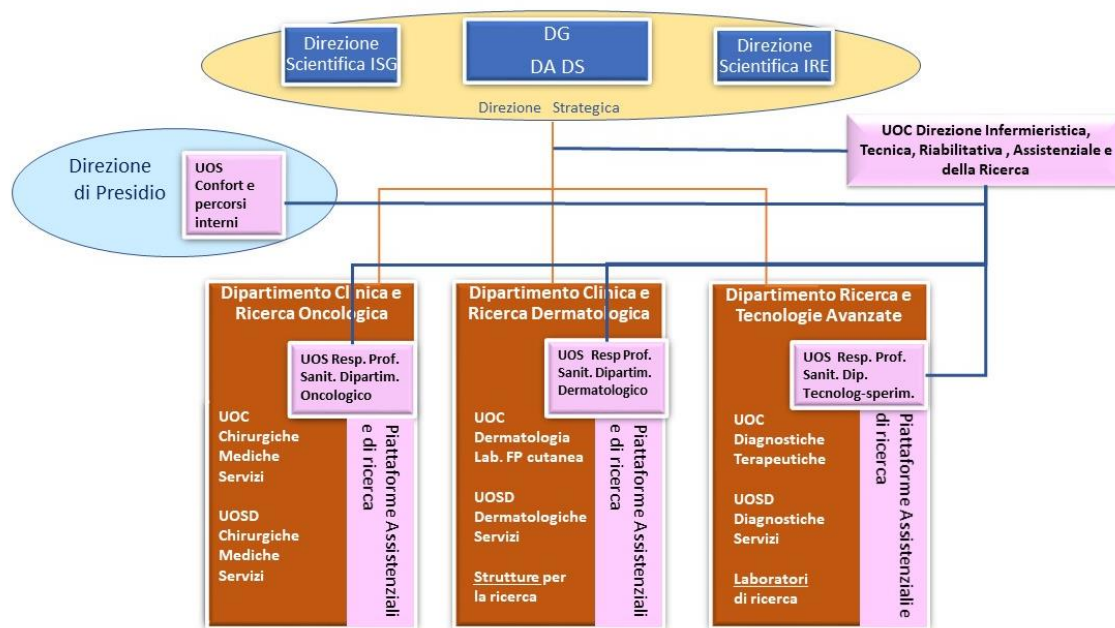
a) nell'area infermieristico-assistenziale:

1. coordinamento del mantenimento dell'integrità cutanea IRE/ISG;
2. prevenzione delle mucositi ed educazione del paziente con cure a lungo termine IRE/ISG;
3. sicurezza delle procedure assistenziali (cadute, cura delle stomie, uso device, nutrizione/malnutrizione dei pazienti);
4. facilitazione del fast-track chirurgico e ambulatoriale (a supporto delle piastre ambulatoriali, della programmazione del Blocco Operatori, Day Service);
5. sviluppo dell'integrazione multi professionale e innovazione per i PDTA/DMT;
6. sviluppo della Ricerca Infermieristica.

b) Nelle altre aree professionali:

1. Funzioni intradipartimentali della Riabilitazione:
 - a. Supporto ed educazione alle autonomie (ADL), alla mobilità assistita (Fisioter.) e alla comunicazione aumentativa adattativa – Logopediste (ORTOP., NCH);
 - b. Supporto alle funzioni respiratorie (CH Toracica, ORL).
2. Funzioni intradipartimentali dei Tecnici di Laboratorio Biomedico:
 - a. Patologist Assistant (tecnico per le analisi istologiche estemporanee in C.O.);
 - b. Tecnico esperto di biobanche.
3. Funzioni intradipartimentali dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica:
 - a. Amministratore di sistema RIS/PACS;
 - b. Tecnico Specialista Protonterapia.

Fig. 6 La struttura del DITRAR



26.8 Le strutture e funzioni di Staff e Direzione Operativa

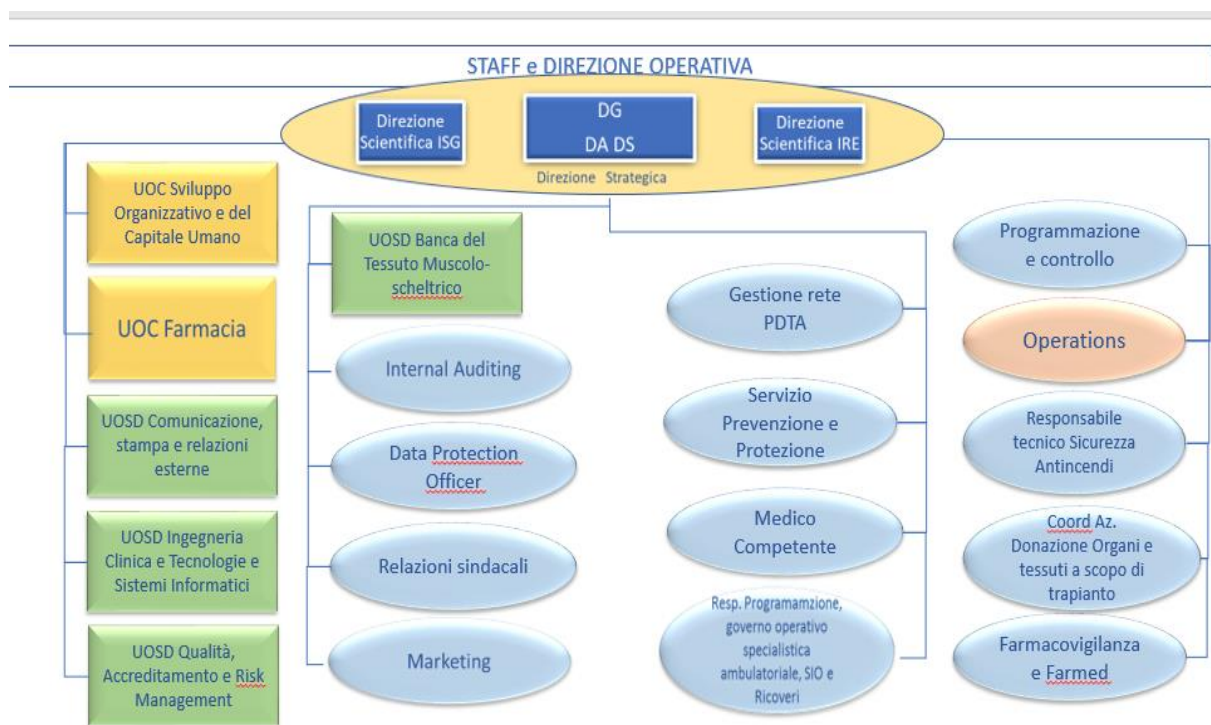
Lo Staff fornisce competenze avanzate di supporto al buon governo del Dipartimento e, attraverso una rete di Referenti/Esperti presenti nelle UO, mette a disposizione del Direttore del Dipartimento e del Responsabile Dipartimentale delle Professioni Sanitarie le competenze professionali di “sistema” o “trasversali” che possono supportare il governo organizzativo, clinico e professionale.

La Direzione Operativa è quell’insieme di funzioni aziendali orientate alla progettazione, programmazione, gestione e controllo di tutti i processi produttivi che trasformano input/fattori di produzione in output (un bene o un servizio). L’obiettivo della Direzione Operativa è quello di progettare e organizzare le attività in modo tale che la produzione dell’output finale risulti efficiente (senza sprechi di risorse) ed efficace (capace di rispondere ai bisogni/attese dei clienti), appropriata e innovativa.

Nel caso delle aziende sanitarie comprende la programmazione, gestione e controllo delle aree produttive (ad esempio posti letto o sale operatorie) dove si realizzano i percorsi di diagnosi, cura ed assistenza con l’obiettivo di assicurare un flusso di fattori produttivi (cose e persone) sicuro, appropriato, tempestivo ed efficiente; la promozione e lo sviluppo di nuovi modelli di organizzazione delle cure (ad esempio ospedale per intensità delle cure), il governo delle piattaforme logistico produttive, la gestione del lay-out ospedaliero e l’organizzazione degli spazi; la valutazione del dimensionamento e della programmazione della capacità produttiva, il benchmarking interno ed esterno. Nello Staff e Direzione Operativa, è inserita anche la Banca

del Tessuto Muscolo Scheletrico, che ha una funzione anche extraziendale. La Banca del tessuto Ovarico, diretta dal Direttore della UOC Ginecologia Oncologica e Biobanca, rimane una funzione della UOC medesima.

Fig. 7 – Lo Staff e la Direzione Operativa



26.9 Le articolazioni dei Dipartimenti e degli Staff

Le Unità Operative Complesse (UOC)

Si caratterizzano, in quanto sistema organizzativo complesso, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo. In seguito alle norme di riordino della rete ospedaliera non è stato possibile, anche in base agli indicatori di volumi ed esiti, espandere la numerosità delle UOC; è stato invece possibile caratterizzarle o riorganizzarle, differenziando le strutture medesime. In questo atto aziendale è presente un iniziale adeguamento, concentrato, al momento, sullo sviluppo organizzativo e sulla ricerca.

Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza nell'ambito disciplinare;

- b) assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- c) autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- d) livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- e) assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- f) afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale.

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD)

Le unità operative semplici dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale e sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali.

In presenza dei vincoli del M.M. 70/2015, le UOSD rappresentano, insieme alle trasversalità e alle piattaforme, lo sviluppo strutturale degli IFO per aumentare la visibilità e la comprensione, da parte dell'utenza e dei promotori di ricerca, delle linee di specializzazione della cura e dell'assistenza fruibili nell'Azienda. La coincidenza tra ambiti clinici e ambiti di sviluppo di progetti di ricerca, in particolare quella traslazionale, permetterà di connotare maggiormente i processi di cura e di supporto e la vocazione al trattamento delle patologie di 2° e 3° livello, senza trascurare, comunque, le fasi diagnostiche iniziali. Per questo motivo sia le UOS che alcune nuove UOSD cliniche sono state caratterizzate per patologia/organo (es. la UOSD Neoplasie polmonari), o per lo sviluppo di sperimentazioni innovative (es. la UOSD Sperimentazioni cliniche: Fase 1 e Medicina di precisione) o per strategicità delle attività per il conseguimento degli obiettivi e la visibilità/attrattività aziendale (es. la UOSD Diagnostica non invasiva - ISG) o di governo trasversale di alcuni processi strategici (es. la UOSD Biostatistica e Bioinformatica, la UOSD Banca del tessuto muscolo-scheletrico) o di qualità delle cure e della relazione con l'utente (es. la UOSD Psicologia, la UOSD Comunicazione, la UOSD Qualità, accreditamento e rischio clinico). Tutto questo, ovviamente, senza dimenticare la necessità di *transfer learning* e coordinamento tra ambiti di cura che oggi, e in futuro in misura maggiore, avranno in comune linee terapeutiche.

Per quanto sopra esposto, le UOSD sono finalizzate a sviluppare e rendere visibili le peculiari competenze dei professionisti ivi assegnati, le attività cliniche, assistenziali e tecniche eccellenti, la qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, l'utilizzo, in via prioritaria, di metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre Unità Operative del Dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo in piattaforme operative.

I criteri, per l'individuazione o la conferma delle UOSD, sono quindi stati:

- volumi di attività
- specificità di attività
- forte integrazione con le attività chirurgiche degli IFO
- visibilità esterna delle attività interne offerte ai pazienti, della ricerca e dei percorsi clinico-assistenziali presenti
- potenzialità di recupero di processi clinici in riduzione
- potenziale attrattività per il recupero di mobilità passiva in ambito onco-dermatologico
- possibilità di costituire una équipe specifica composta da un Responsabile e almeno due dirigenti.

Le Unità Operative Semplici (UOS)

Le UOS sono articolazioni di una UOC e sono definite sia in base alle caratteristiche delle attività svolte, che delle prestazioni erogate e sono caratterizzate dalla assegnazione di risorse umane, tecniche o tecnologiche. Partecipano agli obiettivi complessivi della UOC di appartenenza e sono affidate ad un dirigente con specifiche capacità.

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

Le Aree funzionali

Potranno essere istituite, con successivi atti amministrativi, delle Aree funzionali inter o intra dipartimentali con l'obiettivo di realizzare convergenze di competenze, di esperienze tecnico-scientifiche ed assistenziali.

Art. 27 - Le relazioni tra le strutture di supporto e la produzione clinica e di ricerca

Le relazioni tra le strutture di supporto alla produzione e i Dipartimenti Sanitari sono di quattro tipi:

- di supporto tecnico
- di orientamento
- di facilitazione metodologica ed operativa
- di indirizzo e monitoraggio.

Le relazioni di supporto tecnico sono quelle che intercorrono tra il Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative e i Dipartimenti clinici e di ricerca: offrono supporto tecnico (specifico per ogni U.O.) alle attività sanitarie.

Le relazioni di impostazione/orientamento sono quelle che intercorrono, ad esempio, tra la UOC Farmacia o l'UOSD QuARC e le UU.OO. dei Dipartimenti in relazione alle specifiche attività legate al buon uso/ gestione del farmaco e Qualità, Accreditamento, Rischio Clinico che i professionisti svolgono per le finalità del Dipartimento. Le attività e i risultati prodotti sono funzione del Dipartimento e i referenti interni rappresentano la risorsa di competenze esperte a disposizione del Direttore del Dipartimento.

Le relazioni di facilitazione metodologica ed operativa sono quelle che coinvolgono, ad esempio, la UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano, che rappresenta la struttura che "entra" nelle U.O. e nei Dipartimenti per sviluppare le competenze metodologiche di progettazione e gestione della formazione, che rimane una leva dei gestori, riducendo al minimo le attività amministrative a carico delle UU.OO.

Le relazioni di indirizzo e monitoraggio coinvolgono le UO/Funzioni di programmazione, controllo, standardizzazione, la Direzione di Presidio e la UOC DITRAR.

Tutte le strutture e funzioni di supporto alla produzione si interfacciano con le Direzioni dei Dipartimenti, delle UU.OO. e con i Responsabili delle Piattaforme e/o delle Operation.

27.1 Le Piattaforme

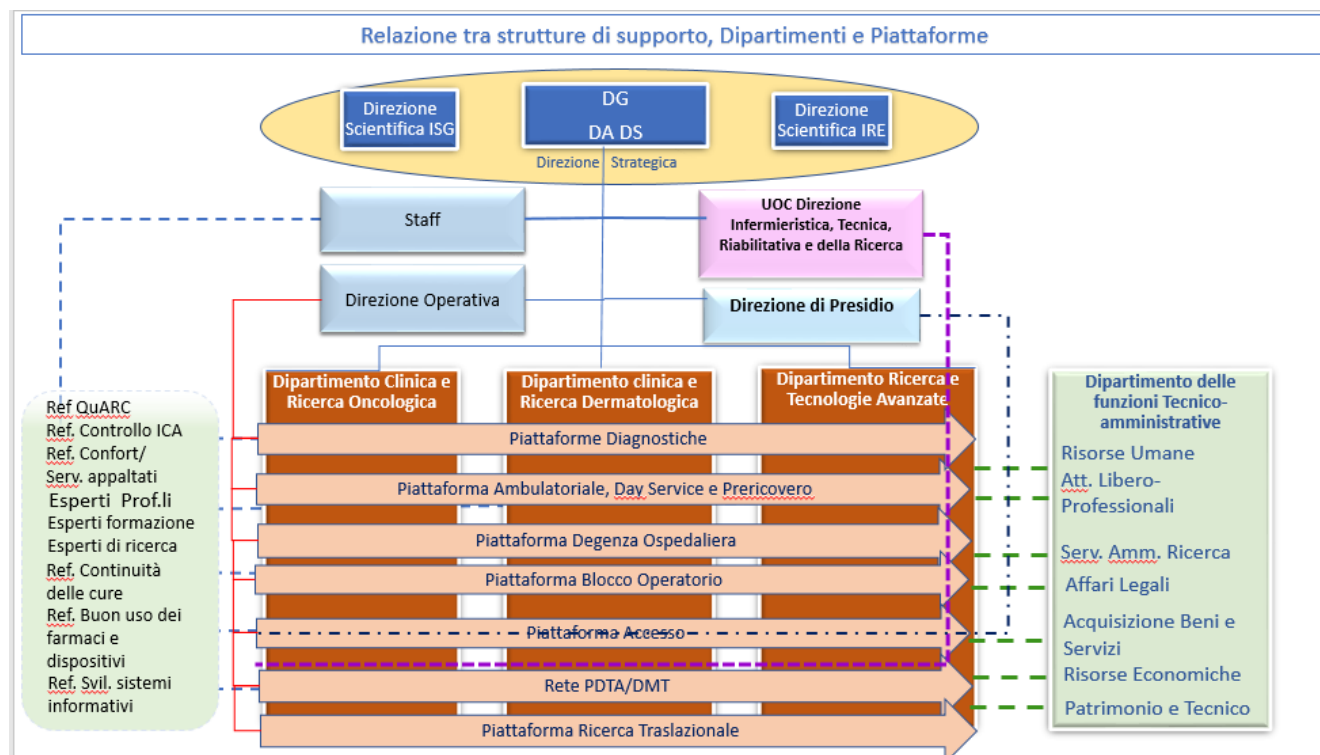
Le piattaforme sono una risorsa fungibile dell'Azienda in ambiti di governo trasversale omogeneo. Sono per loro natura multiprofessionali, multidisciplinari e prevedono un coordinamento o governo contendibile. Le piattaforme individuate, al momento, sono:

- Piattaforme diagnostiche (per immagini e di laboratorio)
- Piattaforma Ambulatoriale, di Day Service e Prericovero
- Piattaforme Degenza Ospedaliera (chirurgica e medico-oncologica)
- Piattaforma Blocchi Operatori
- Piattaforma Accesso
- Rete aziendale PDTA/DMT
- Piattaforma Ricerca Traslazionale.

Le piattaforme hanno anche la funzione di condividere processi, spazi, tecnologie come fattori produttivi comuni e di rendere, per quanto possibile, i luoghi di cura e i percorsi clinico-assistenziali modelli organizzativi integrati.

Le piattaforme già realizzate sono quella dei blocchi Operatori e quella della degenza Chirurgica, che prevede l'utilizzo congiunto dei setting di breve durata (day surgery e week surgery) con un efficientamento dell'uso dei posti letto e l'associazione di attività cliniche affini o complementari (chirurgia del distretto testa-collo, chirurgia del tratto gastro-enterico).

Fig. 8– Relazioni tra strutture di supporto, Dipartimenti e Piattaforme.



27.2 Le Operations

Le *Operations* richiamano l'idea più avanzata di organizzazione, rappresentano le funzioni innovative e non sono definitive, seguono l'evoluzione e la maturità organizzativa aziendale. Sono, in concreto, tutte quelle funzioni coinvolte, in senso lato, nella "messa a disposizione" di un determinato prodotto o servizio. Le *Operation* rappresentano **l'insieme dei processi** che, in un'ottica di "produzione integrata", contribuiscono a **realizzare e consegnare il valore al paziente**, tramite un mix di prodotti e servizi, come descritto nel Piano Strategico.

I responsabili delle *Operation* utilizzano metodologie, strumenti e approcci per l'analisi ed il miglioramento dei processi, passando da una logica funzionale dell'organizzazione ad una logica per processi. Negli IFO le *Operation* potranno essere individuate, in tre ambiti:

- Processi primari clinico assistenziali: insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute e hanno come output finale atteso la risoluzione del problema di cura per cui il paziente è entrato.
- Processi sanitari di supporto: attività di carattere clinico (es. gestione/logistica del farmaco, programmazione e verifica delle attività ambulatoriali) che non producono un

risultato finale in salute, ma sono strettamente funzionali e interconnesse al processo primario clinico assistenziale.

- c) Processi tecnico-amministrativi o di supporto: attività amministrative o di supporto essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono il coinvolgimento diretto del paziente.

Art. 28 - I Modelli di funzionamento

Al di là dei Dipartimenti, il modello ordinario di funzionamento degli IFO è rappresentato dagli stessi principi che ne hanno guidato il disegno organizzativo:

- La centralità del paziente, espressa nei percorsi di cura e nelle piattaforme produttive;
- La specializzazione delle linee di attività clinica;
- L'integrazione multiprofessionale;
- La valorizzazione delle leadership professionali e non solo delle competenze organizzativo-gestionali;
- L'attuazione della Medicina di Precisione attraverso l'adozione della 4PMedicine;
- L'integrazione tra area della clinica e area della ricerca.

La presa in carico congiunta nell'equipe multiprofessionale è la base del funzionamento e del presidio della continuità assistenziale negli IFO. A tal proposito sono previste specifiche funzioni di care/case management, condivise tra medici e altri professionisti, sperimentazioni di continuità assistenziale come già presente la continuità terapeutica in alcuni percorsi (es. infermiere di riferimento del paziente con patologie rare o con prognosi particolarmente infausta). Questo modello pivotale è particolarmente indicato in alcuni ambiti che trattano tumori cerebrali, polmonari, melanomi, le malattie rare o particolarmente complesse (es. porfirie).

L'adozione di tali strumenti rappresenterà un passaggio fondamentale del processo di integrazione, realizzando connessioni e modelli di collaborazione professionale e gestionale che sia ponte tra le differenti discipline (oncologia e dermatologia) che rappresentano il "core business" del nuovo soggetto istituzionale.

Nello specifico, gli strumenti e le metodologie che verranno adottate a tal fine sono:

- a) **PDTA.** I Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA o Clinical Pathways) sono atti a implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, coordinando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione della dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza), semplificando e migliorando la raccolta dati e quindi la loro successiva elaborazione, e delineando il fabbisogno di assistenza previsto e i risultati da raggiungere nell'arco di tempo prestabilito. In tal senso, rappresentano

uno strumento utile anche nel corretto equilibrio tra risorse e qualità del prodotto assistenziale;

- b) **Disease Management Team - DMT.** I Gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia consentono un approccio integrato alle diverse patologie di competenza, avendo come obiettivo il superamento della frammentazione dei processi di cura e la ricerca dell'appropriatezza delle cure stesse, sulla base dei principi dell'Evidence Based Medicine e della Precision Medicine. Questo prevedendo l'intervento e la cooperazione dei diversi attori del processo assistenziale che, riuniti in un team multidisciplinare, ridefiniscono l'iter diagnostico-terapeutico, coordinando e integrando i diversi interventi e le risorse disponibili, anche nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse;
- c) **Translational Research Interest Groups - TRIG.** I Gruppi di Ricerca Traslazionale, sono coordinati dai Direttori Scientifici e sono costituiti da clinici, epidemiologi, biostatistici e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari (oncologia, malattie infettive, dermatologia, venereologia), al fine sia di elaborare modalità efficienti di trasferimento di risultati della ricerca bio-medica nella pratica clinica (bio-marcatori diagnostici e terapeutici, modelli innovativi di terapia), sia di promuovere strumenti di osservazione clinica nello sviluppo di studi di strategia pre-clinica e sui modelli di malattia, e implementare nuovi target terapeutici nello sviluppo di trial clinici.
- d) **Pathology Unit.** Le "Unit" rappresentano l'evoluzione strutturale dei DMT/PDTA e, in genere, sono progettate in team e multiprofessionali per la valutazione rapida del paziente, l'inserimento del paziente nel percorso, l'attivazione delle risorse necessarie per il trattamento e intervengono in caso di complicanze, al fine di evitare ricoveri non necessari o in setting/ambiti non congrui e si attivano per evitare l'insorgenza di urgenze evitabili.

Per la concreta attuazione dei modelli descritti e per la piena valorizzazione del personale sanitario e per assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, saranno individuate attività per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di studio e di ricerca, ai sensi dei vigenti CC.NN.LL. e del Contratto Integrativo Aziendale.

4 - IL CAPITALE UMANO

Art. 29 Valorizzazione, formazione, tutela della salute e sicurezza del personale

L'organizzazione di un IRCCS, per sua natura, necessita di integrare i processi di cura con la ricerca clinica e la didattica e investire particolarmente nei giovani, nei futuri ricercatori, nei futuri professionisti sanitari. Un IRCCS, quindi, deve comporre armoniosamente l'organizzazione dei processi (staff, capacità, risorse, strutture), il contesto sociale interno (cultura organizzativa, professionale, di network, capacità di reciprocità, leadership), l'innovazione (vantaggi competitivi e sviluppo), il contesto economico e politico (gli aspetti economico-finanziari, i regolamenti, le politiche sanitarie), il capitale umano e intellettuale correlati al valore dei professionisti. La composizione di queste "anime" richiede che ogni operatore comprenda a pieno il proprio contributo al raggiungimento della meta finale comune e che le direzioni presenti in azienda si "prendano cura" dei collaboratori, apprendendo le lezioni della buona pratica organizzativa. Gli IFO, quindi, intendono, nei prossimi anni:

- creare una tensione creativa tra la situazione attuale e quella descritta nel Piano Strategico;
- incoraggiare l'espressione della visione personale, per creare una visione condivisa;
- sostenere il processo di appropriazione della visione unitaria da parte degli operatori;
- bilanciare i processi, il tempo, le attività e gli obiettivi;
- supportare le relazioni circolari e le sinergie;
- distinguere i dettagli della complessità dalla dinamica della complessità;
- cercare soluzioni ai problemi e distinguere le soluzioni sintomatiche da quelle radicali o causali, che producono risultati persistenti nel tempo;
- rivedere i processi e le piattaforme operative di accesso, gestione e dimissione, in modo da fornire servizi di eccellenza ai pazienti.

In questo quadro le risorse umane rappresentano il più importante capitale ed il mezzo principale per il pieno perseguimento degli obiettivi strategici. In tale ottica gli IFO hanno sviluppato e svilupperanno il piano di acquisizione, reclutamento e assunzione del personale e politiche di sviluppo del capitale umano ed intellettuale, articolato in senso generale e per profili professionali, in grado di garantire la coerenza tra le attività da svolgere e i servizi da erogare e le caratteristiche quali - quantitative delle risorse umane. In relazione agli aspetti quantitativi, la dotazione di professionisti degli IFO è determinata in relazione alla sua strutturazione, alla sua missione ed al ruolo nell'ambito del SSR del Lazio, al fine di pervenire ad una sempre maggiore appropriatezza delle prestazioni, mantenendo l'equilibrio tra valore della produzione e costi anche della ricerca, nell'ambito di ciascun budget dipartimentale e del complessivo budget aziendale.

Nell'ambito delle azioni concrete si prevede di potenziare i ruoli dei professionisti all'interno dell'Istituto:

- rafforzare il ruolo dei coordinatori clinici dei *Disease Management Team*, come esperti della gestione di particolari tipi di pazienti al servizio della rete oncologica e dermatologica regionale e nazionale;
- differenziare i ruoli professionali nell'ambito delle piattaforme e della gestione dei processi attraverso l'identificazione di competenze specifiche e posizioni diversamente graduate sulla base della responsabilità richiesta e agita;
- creare condizioni per la valorizzazione di tutte le professioni nell'ambito dei ruoli contendibili al fine di offrire opportunità professionali a un ampio spettro di collaboratori;
- investire sullo sviluppo di interfacce di collegamento e di facilitazione verso i pazienti/cittadini;
- armonizzare l'identità individuale e degli IFO per dare attuazione ai potenziali professionali presenti negli Istituti;
- perfezionare, sviluppare e attivare la figura del *case manager* e dell'infermiere di continuità assistenziale, che un paziente può contattare facilmente dopo le dimissioni;
- sviluppare il ruolo di farmacista di sala operatoria;
- potenziare le competenze specialistiche nel "transfer learning", al fine di sviluppare la capacità di diffondere le proprie competenze, rendere riconoscibili all'esterno e formare nuovi professionisti sempre al passo con le evoluzioni scientifiche e tecnologiche;
- dare un impulso innovativo alle attività formative al fine di perseguire la costruzione di competenze strategiche per lo sviluppo, per il consolidamento di buoni risultati, per il perseguimento dell'eccellenza, dello *skill mix* ottimale per i propri processi operativi;
- valorizzare, anche attraverso il sistema di valutazione individuale, le competenze migliori, le capacità tecnico-professionali, gestionali, didattiche e di ricerca, che costituiscono il core competence delle risorse professionali.

Infatti, la Direzione strategica degli IFO pone la massima attenzione alla valorizzazione, alla motivazione ed alla promozione della professionalità dei propri dipendenti nella consapevolezza che personale preparato ed aggiornato è garanzia di buona qualità delle cure ed efficace strumento per la promozione dell'autostima, nonché di armonico ed efficace sviluppo della ricerca. Riconosce, altresì come fondamentale, un rapporto interno tra ruoli e livelli organizzativi che premi la professionalità e il merito creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori. Ciò è possibile anche perché la Direzione Strategica riconosce piena e pari dignità tra tutto il personale, medico, sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo ed assicura la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono, quindi, elementi strategici, per evitare che le capacità professionali possano diventare obsolete rispetto ai

processi accelerati di evoluzione tecnologica. In tal senso, l'elaborazione del piano formativo aziendale annuale (PFA) assume il ruolo della "piattaforma" logistica sulla quale far convergere esigenze attuali, prospettive di sviluppo, accompagnamento alla riorganizzazione e al potenziamento tecnologico, supporto alla ricerca.

L'attenzione alla salute dei propri professionisti ha fatto mettere al centro dell'azione di programmazione, anche gli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, con la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi. Obiettivo strategico dei prossimi due anni sarà la promozione di tutte quelle azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento della consapevolezza dei livelli raggiunti in tale ambito e il consolidamento della cultura della sicurezza e della partecipazione alla sicurezza.

Art. 30 La partecipazione nei confronti degli operatori

Gli Istituti, riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, promuovono e tutelano le forme di valorizzazione del proprio personale favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale nel quadro dei meccanismi operativi e delle strategie incentivanti e con il supporto della formazione e dell'aggiornamento finalizzato.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali degli Istituti; si sviluppa nel rispetto della normativa nazionale e regionale, dei contratti collettivi di lavoro nazionali ed integrativi; riguarda tutte le componenti professionali operanti negli Istituti; coinvolge le organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori, è coadiuvato dalle iniziative del Collegio di Direzione; si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dagli Istituti e realizzati prioritariamente all'interno degli stessi.

Art. 31 Il capitale umano: la dotazione attuale

I dati relativi al personale in servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, determinato e con contratto di lavoro coordinato e continuativo dedicato alla ricerca e all'assistenza aggiornati al 31.12.2017 distinto per ruoli di appartenenza viene evidenziato nel sottostante prospetto:

IFO PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2017

RUOLI	PERSONALE				
	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	CO.CO.CO. Assistenza	CO.COC.CO RICERCA	TOTALE
SANITARIO					
Dirigenti Medici	225	7	20		252
Dirigenti sanitari	45		21		66
comparto sanitario	401	1	5	(*) 123	530
TOTALE SANITARIO	671	8	46	123	848

PROFESSIONALE					
Dirigenti	4				4
Assistente religioso	2				2
TOTALE PROFESSIONALE	6				6

TECNICO					
Dirigenti	3				3
Comparto	74		2	24	100
TOTALE TECNICO	77		2	24	103

AMMINISTRATIVO					
Dirigenti	5				5
Comparto	139	1		43	143
TOTALE AMMINISTRATIVO	144	1		43	188

TOTALE GENERALE	898	9	48	190	1145
------------------------	-----	---	----	-----	------

(*) di questi, 36 sono dedicati prevalentemente all'assistenza.

Con atti successivi la Direzione Strategica provvede, con le modalità previste dalla vigente normativa, a rideterminare il fabbisogno di personale, tenuto conto dell'assetto organizzativo previsto dal presente Regolamento, nonché della specificità degli Istituti.

Art. 32 Il Piano del Fabbisogno di personale (PTFP)

Gli artt. 6 e 6 ter del Decreto Legislativo 165/2001, come novellati dall'art. 4 del Decreto Legislativo 75 del 2017 hanno determinato il definitivo superamento del criterio statico della pianta organica per lasciare il posto ai nuovi e più flessibili strumenti dei piani triennali dei fabbisogni di personale (PTFP) per l'individuazione delle professionalità da acquisire.

Il PTFP implica un'analisi quantitativa e qualitativa delle necessità dell'Azienda, puntando sulle professionalità emergenti e più innovative, in ragione dell'evoluzione tecnologica e organizzativa dell'Ente.

La dotazione organica si risolverà d'ora in poi in un valore finanziario di spesa potenziale massima sostenibile che non potrà essere valicata dal Piano Triennale del Fabbisogno di personale.

Il PTFP, che dovrà indicare le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, intende quindi coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche con gli obiettivi di performance in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi per i cittadini.

Nel PTFP che ha, come detto, un orizzonte temporale triennale, verranno quantificate le risorse necessarie per l'assunzione delle nuove figure professionali in esso declinate, suddivise per ruoli, qualifiche, categorie, secondo i criteri di cui alle linee di indirizzo emanate dal Ministero della semplificazione e della Pubblica Amministrazione.

Nel rispetto dei suddetti indicatori di spesa potenziale massima, l'Azienda, nell'ambito del PTFP, potrà quindi procedere annualmente alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati.

Con apposito Regolamento sono disciplinate le procedure comparative adottate per il conferimento di incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, a cui non sia possibile far fronte con personale in servizio, in attuazione di quanto disposto dalla vigente normativa.

Con il medesimo Regolamento sono altresì disciplinate le modalità per il conferimento degli incarichi afferenti i progetti di ricerca sulla base di specifici requisiti di natura professionale.

L'Amministrazione può bandire concorsi per l'attribuzione di borse di studio e di ricerca per giovani diplomati, laureati e specializzati, onde consentire loro un periodo di formazione integrata nel campo oncologico, dermatologico e infettivologico dell'organizzazione sanitaria, della ricerca di base, traslazionale, finalizzata, istituzionale e sperimentazioni gestionali.

Art. 33 Ruolo della Dirigenza

I dirigenti dell'Istituto concorrono al conseguimento, nell'unità operativa di appartenenza, degli obiettivi di efficacia ed efficienza, garantendo la buona qualità della ricerca e delle prestazioni rese all'utenza.

I dirigenti, per il conseguimento degli obiettivi di economicità, efficienza ed efficacia, sono tenuti a coinvolgere attivamente il personale dell'Istituto in una logica di partecipazione, di riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni, di promozione dei fattori di motivazione individuale.

La dirigenza deve garantire, nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, il rispetto dei principi di legalità e di trasparenza.

Per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali la dirigenza garantisce, nei confronti della Direzione Generale, un flusso di comunicazioni costante basato sulla trasparenza ed efficacia dei processi decisionali, nonché sull'efficienza operativa.

Art 34 I Direttori di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento svolge funzioni di direzione e coordinamento, con particolare riguardo agli aspetti tecnico-gestionali, nel rispetto delle linee programmatiche e degli indirizzi fissati dalla Direzione Generale.

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i Direttori di Struttura complessa nel rispetto della vigente normativa. Durante il periodo di incarico il Direttore di Dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

Il Direttore di Dipartimento, sulla base di quanto previsto in materia dal C.C.N.L., stipula con il Direttore Generale un'integrazione del contratto individuale di lavoro. Egli può essere sollevato in qualunque momento dal proprio incarico dal Direttore generale, prima della scadenza del mandato, per gravi e motivate inadempienze inerenti la sua funzione che facciano venir meno il rapporto fiduciario.

Il Direttore di Dipartimento svolge le seguenti funzioni:

- assicura il funzionamento organizzativo-gestionale del Dipartimento nell'ambito del sistema di pianificazione e controllo strategico dell'Istituto;
- propone al Direttore Generale gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché le strutture afferenti al Dipartimento assolvano

in modo pieno i propri compiti e operino attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;

- negozia e concorda con i responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali le attività di produzione, gli obiettivi e le risorse necessarie al fine della successiva negoziazione con la Direzione Generale;
- definisce con i responsabili di struttura le attività di produzione e gli altri obiettivi da raggiungere e assegna, nell'ambito del budget concordato con la Direzione Generale, le necessarie risorse umane, tecniche, strumentali ed economiche;
- partecipa alla contrattazione con la Direzione Generale per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget, sentito il Comitato di Dipartimento;
- gestisce il budget del Dipartimento;
- individua gli strumenti specifici interni al Dipartimento, funzionali alle attività di controllo di gestione e alla verifica della qualità delle prestazioni e dell'attività, in coerenza con quelli generali definiti dalla Direzione generale;
- controlla l'aderenza dei comportamenti agli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento, nell'ambito della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- rappresenta il Dipartimento in ogni sede;
- convoca e presiede il Comitato di Dipartimento al quale illustra le linee programmatiche e gli indicatori di risultato, individuati in accordo con la Direzione generale, per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Art. 35 I Direttori di Unità Operativa Complessa

I Direttori di UOC Sanitarie hanno piena autonomia clinico-scientifica e tecnica dell'UO di specifica competenza.

I Direttori di Unità Operativa Complessa tecnico-amministrativa, nell'esercizio delle funzioni proprie e di quelle delegate dal Direttore Generale, hanno piena autonomia tecnico-professionale nell'area di specifica competenza.

Per lo svolgimento dei propri compiti e per il raggiungimento degli obiettivi loro assegnati, ai Direttori di Unità Operativa Complessa sono attribuite in sede di negoziazione di budget annuale, specifiche risorse umane e strumentali.

I Direttori di Unità Operativa complessa:

- a) formulano proposte ed esprimono pareri alle strutture sovraordinate
- b) curano l'attuazione dei piani e dei programmi a loro affidati;
- c) coordinano e controllano l'attività dei Dirigenti loro afferenti;

- d) provvedono all'organizzazione e alla gestione delle risorse umane e strumentali a loro assegnate.

I Direttori di Unità Operativa Complessa sono responsabili della qualità delle prestazioni erogate avendo diretta e personale responsabilità delle scelte operate, delle procedure e dei processi alla base delle prestazioni prodotte; sono inoltre responsabili della corretta, efficace ed efficiente gestione delle risorse affidate loro, umane, strumentali ed economiche.

I Direttori di UOC sono sottoposti a verifica per la valutazione della rispondenza dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi assegnati.

I Direttori di UOC individuano e concertano gli obiettivi con il Direttore del Dipartimento in fase di negoziazione annuale del budget. In tale sede si provvede ad individuare anche gli indicatori necessari a verificarne il raggiungimento ed a concordare le risorse necessarie per conseguirli.

Art. 36 I Responsabili di Unità Operativa Semplice

Gli incarichi di direzione di Unità Operativa Semplice, anche a valenza dipartimentale, possono essere attribuiti ai dirigenti sanitari (medici e non medici), amministrativi, tecnici e professionali

Ferma restando l'autonomia clinico-professionale e di ricerca scientifica o tecnico-amministrativa, il Responsabile di struttura semplice svolge la propria attività secondo gli indirizzi forniti dal Direttore della struttura di afferenza, utilizzando le risorse umane e strumentali assegnate in coerenza con i piani di attività del Dipartimento e della struttura complessa di appartenenza.

L'attività del Responsabile della Unità Operativa Semplice è sottoposta a verifica per la valutazione della rispondenza dei risultati ottenuti con gli obiettivi fissati.

Art. 37 Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali

Ai dirigenti sono conferibili incarichi di direzione di unità operativa complessa, di unità operativa semplice, di unità operativa semplice a valenza dipartimentale, di natura professionale che si articolano in incarichi di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché incarichi di natura professionale di base.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo e nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei CC.NN.LL.

L'Azienda, a seguito dell'approvazione dei Regolamenti di conferimento e graduazione degli incarichi per la dirigenza medica e SPTA, si è dotata di un sistema di governo delle risorse umane che favorisce la valorizzazione delle singole professionalità prevedendo anche percorsi di sviluppo per le nuove risorse e per i professionisti, nel rispetto delle risorse disponibili nei fondi contrattuali costituiti e gestiti e nel rispetto delle norme e dei CC.NN.LL.

Nel conferire detti incarichi dirigenziali opportunamente graduati, saranno valutate in particolare le attitudini personali e le capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale.

Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico e gli obiettivi da conseguire.

Art. 38 Gli incarichi di natura professionale

Il conferimento degli incarichi di natura professionale ai dirigenti è finalizzato a far fronte alle esigenze di buon funzionamento delle strutture e, secondo le previsioni dei CCNL, si riferisce:

- a) per gli "incarichi professionali di alta specializzazione" ad articolazioni funzionali connesse alla presenza di elevate competenze tecnico - professionali che producono prestazioni quali - quantitative di riferimento nella disciplina ed organizzazione interna della struttura stessa;
- b) per gli "incarichi professionali" ad attività che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico - funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Gli incarichi di Alta Specializzazione rappresentano, nei percorsi di valorizzazione delle competenze, la promozione del ruolo, della visibilità, della rilevanza aziendale dei professionisti con elevate capacità. Nel dare attuazione a questo Atto Aziendale si intende valorizzare le eccellenze aziendali selezionate nel campo della clinica e della ricerca, per sostenere la crescita professionale dei professionisti interni, per stimolare l'orgoglio e l'appartenenza aziendale, per rafforzare l'identità degli IFO e, contemporaneamente, rendere

gli IRCCS Regina Elena e IRCCS San Gallicano più visibili e attrattivi verso i pazienti, verso l'industria e i benefattori.

Art. 39 Incarichi di Funzione del Comparto

Nei limiti e con le modalità previste dal *CCNL* del comparto sanità e nel rispetto dei criteri fissati dalla Regione, la Direzione istituisce gli Incarichi di Funzione del Comparto con responsabilità affidata a personale non dirigente del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo.

Gli incarichi, che possono essere di organizzazione, di tipo specialistico professionale o di gestione, richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza.

**5 - SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO,
BILANCIO ED ATTIVITA' ECONOMICO-FINANZIARIE ED AMMINISTRATIVE**

Art. 40 Il sistema di misura e valutazione della performance

Il Sistema di misura e valutazione delle performance introdotto dal D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii. costituisce l'insieme, coerente ed esaustivo, delle metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione dei risultati dell'organizzazione, posti in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nei processi produttivi aziendali.

L'attuazione di tale Sistema, consente di pervenire alla misura di parametri quantitativi e semi quantitativi (numerabili), attraverso cui può procedere alla valutazione convenzionale dei risultati ottenuti dalle singole strutture (performance organizzativa) ed alla logicamente correlata valorizzazione delle performance individuali.

La performance rappresenta, il contributo che ciascuna equipe organizzata o singolo individuo dell'Azienda apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi programmati, quindi alla soddisfazione dei fabbisogni per i quali l'organizzazione stessa è costituita.

In considerazione sia dell'ampiezza che della profondità del concetto di "performance", l'Azienda programma, monitora, misura, valuta e porta a conoscenza i propri risultati in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo (risultati e modalità di raggiungimento degli stessi) ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (azienda, macrostrutture/aree, unità operative, gruppi/linee di attività, singoli individui).

Con l'attuazione di tale logica, si intende misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (accountability), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti.

Il Sistema costituisce la capacità dell'organizzazione di programmarsi ed orientarsi nel percorso di conseguimento della propria mission ed è organizzato ed attuato in modo da perseguire il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e la crescita delle professionalità.

A tal fine, il Sistema stesso prevede:

- l'attuazione del ciclo di gestione delle performance, per orientare le risorse disponibili al conseguimento degli obiettivi;
- l'individuazione di un sistema di obiettivi ed indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati conseguiti;
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei suddetti risultati organizzativi;
- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità presenti in Azienda.

In considerazione delle suddette finalità, oltre a quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, l'IRCCS prevede un sistema integrato, che si articola di fatto in

sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, questi ultimi definiti e valutati secondo opportuni e trasparenti percorsi gestionali.

Art. 41 Sistema Informativo Sanitario

In una realtà sanitaria sempre più complessa, sono cambiate le modalità e la velocità con cui i sistemi informativi sanitari devono adeguarsi a far fronte alle esigenze utili alla conoscenza, alla programmazione, al monitoraggio, alla valutazione e alla regolazione e quindi adattarsi alle nuove strategie aziendali.

Si modificano pertanto le modalità di progettazione e gestione dei sistemi, transitando da una prospettiva prevalentemente verticale, in cui l'elemento portante sono gli eventi di salute o i contatti con i servizi (singole prestazioni), ad una visione orizzontale.

Per quanto riguarda i contenuti del sistema informativo, posto che la tecnologia informatica, per quanto fondamentale essa sia, è da considerarsi uno strumento per supportare e migliorare il funzionamento del sistema, è necessario focalizzare alcune linee strategiche di sviluppo derivanti dalla necessità di risolvere gli aspetti critici che connotano la situazione attuale.

La gestione dei Sistemi informativi sanitari deve quindi essere adeguata a sostenere tali sviluppi e cambiamenti e superare la settorialità e la frammentarietà dei flussi informativi che costituiscono il debito informativo verso gli organi di governo e gestire una integrazione, sviluppando un'area strategica con un ruolo di collegamento dei vari sistemi, per soddisfare i bisogni informativi degli organi direzionali e garantire i livelli essenziali di qualità e affidabilità dei dati.

Il sistema informativo sanitario comprende i metodi e le competenze per generare tutte le informazioni sanitarie ed amministrative che interessano i decisori, a tutti i livelli, da quello micro (reparto/servizio), a quelli meso (ospedali/ Aziende) a quelli macro (Regioni/Stato).

Le funzioni del sistema informativo discendono dagli scopi e dall'organizzazione del sistema a questi livelli e possono essere individuate come: **supporto alla programmazione ed organizzazione**, compreso il miglioramento della qualità e **supporto alla conoscenza epidemiologica** attraverso l'uso integrato ed intelligente di tutti i dati disponibili con un nuovo approccio che individua degli indicatori come chiavi predittive oltre che di verifica per il pieno sfruttamento del patrimonio informativo.

Naturalmente anche i dati gestionali esistenti vanno conosciuti ed orientati, attraverso la partecipazione degli esperti del sistema informativo alla progettazione di tali sistemi informatici.

Art. 42 Bilancio economico di previsione /Bilancio d'esercizio

Nell'attuale quadro normativo spetta al Ministero della Salute e alla Regione fissare gli obiettivi che gli IRCCS sono tenuti a raggiungere e, conseguentemente, assegnare le risorse occorrenti verificando i risultati raggiunti.

La Direzione ha piena autonomia nelle scelte strategiche, organizzative ed operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Ministero della Salute e dalla Regione garantendo la qualità, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate ai cittadini.

Il bilancio economico annuale di previsione rappresenta un momento di programmazione della vita degli Istituti che espone analiticamente la previsione del risultato economico degli Istituti per l'anno successivo. E' approvato dal Direttore Generale, sulla base di quanto disposto dalla Regione, di norma entro il 30 ottobre dell'anno precedente a cui si riferisce.

Il bilancio di esercizio è redatto annualmente e rappresenta il risultato economico e la situazione patrimoniale e finanziaria dell'anno di riferimento. Esso è articolato in stato patrimoniale, conto economico, rendiconto finanziario e nota integrativa ed è accompagnato da una relazione sull'andamento generale della gestione degli Istituti ai sensi del D.lgs. n. 118/2011 e s.m.i. e della normativa vigente in materia.

Nell'ambito delle funzioni gestionali assegnate e nel rispetto degli indirizzi della Direzione Generale e della normativa vigente è riconosciuta ai dirigenti, autonomia gestionale ed operativa, cui è collegata la diretta responsabilità sui risultati raggiunti. Questi principi vengono attuati attraverso il Budget degli Istituti, strumento con il quale vengono assegnate a ciascun Centro di Responsabilità le risorse umane, strumentali e finanziarie correlate a specifici obiettivi di attività e di risultato, nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Gli obiettivi devono possedere almeno requisiti minimi di rilevanza, misurabilità e diretta controllabilità.

Nella redazione del bilancio di esercizio, oltre alla elaborazione dei bilanci sezionali della ricerca degli IRCCS, l'Amministrazione darà evidenza delle dinamiche economiche proprie di ciascun Istituto.

Art. 43 Performance organizzativa: Processo di Budgeting

Il Sistema di gestione delle performance organizzative, in linea con i principi del D.Lgs 150/09 e ss.mm.ii. e con quanto disposto dalla L.R. n.1 /2011, si inserisce nel più generale Ciclo di

gestione della performance ed è logicamente collegato alle strategie direzionali; attraverso l'attuazione del **processo di budgeting**.

L'Azienda gestisce annualmente le fasi di programmazione, monitoraggio e verifica dei risultati operativi conseguiti dai Centri di Responsabilità (CdR) in cui la stessa si articola.

La performance organizzativa rappresenta il contributo che ciascuna struttura fornisce per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi programmati, quindi alla soddisfazione dei fabbisogni per i quali l'Azienda stessa è costituita (mission).

In attuazione della logica del c.d. "albero delle performance", l'Azienda annualmente misura e rende conoscibile l'efficacia ed efficienza dell'azione dei singoli CdR rispetto ai propri obiettivi (accountability), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti, quindi di gestione e sviluppo delle risorse umane e delle connesse responsabilità.

Il Sistema di budgeting, costituendo di fatto la capacità annuale dell'organizzazione di programmare ed orientarsi nel percorso di attuazione della propria *vision*, deve organizzare ogni sua fase ed azione di miglioramento tenendo conto dei seguenti principi:

- assoluta coerenza dei contenuti di programmazione operativa rispetto alle linee strategiche adottate dalla Direzione Strategica;
- logica correlazione fra gli obiettivi programmati e le risorse effettivamente destinabili al conseguimento degli stessi;
- oggettività dei contenuti di programmazione e controllo, con particolare riferimento all'individuazione degli obiettivi e dei relativi indicatori di risultato;
- obiettivi di budget pertinenti, misurabili, chiari, raggiungibili e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati, quindi sfidanti e qualificanti dell'impegno organizzativo aziendale;
- tempestività delle fasi annuali di programmazione, monitoraggio e verifica degli obiettivi;
- attuazione secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità.

Il ciclo annuale di budgeting prevede lo sviluppo di tre principali fasi: la **programmazione** degli obiettivi operativi di CdR, il **monitoraggio** infrannuale sul conseguimento dei singoli obiettivi e le **verifiche annuali** della **performance organizzativa conseguita** dai CdR e dall'Azienda nel suo complesso.

Il Sistema di Budgeting è regolato da apposito regolamento aziendale.

Art. 44 Budget per l'attività di ricerca

Il *budget* per le attività di ricerca, a norma dell'art. n. 7 della LR n. 2/2006 è concordato annualmente dai Direttori Scientifici, per quanto di rispettiva competenza, con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica. Detto *budget* non può essere inferiore ai finanziamenti destinati agli Istituti, per l'attività di ricerca.

Ai fini della concreta attuazione del presente articolo, di norma entro il mese di settembre di ciascun anno il Consiglio di Indirizzo e Verifica determina gli indirizzi per le attività di ricerca relative all' anno successivo.

Entro il mese di ottobre, di norma, di ciascun anno il Direttore Generale, sulla base di detti indirizzi, concorda con i Direttori Scientifici il *budget* per l'attività di ricerca per l'anno successivo.

Il *budget* è concordato sulla base dei seguenti criteri di massima:

- a) determinazione, ancorché in via presunta, dei fondi a qualunque titolo destinati agli Istituti per le attività di ricerca;
- b) determinazione dei costi diretti ed indiretti per la copertura dei fabbisogni di personale a qualunque titolo addetto in via esclusiva a compiti derivanti dalle attività di ricerca, nonché dei fabbisogni di beni e servizi.
- c) determinazione dell'incidenza dei costi per spese generali derivanti dalle attività di ricerca;
- d) determinazione degli ulteriori costi sostenibili con i fondi della ricerca previa detrazione di quelli indicati alle precedenti lettere b), c).

Il Budget della ricerca è articolato dai Direttori Scientifici nelle diverse linee di attività di ricerca.

Art. 45 Attività contrattuale in materia di fornitura di beni e servizi

Gli Istituti, in osservanza delle disposizioni nazionali e regionali, effettuano, ove possibile, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione Lazio.

Per gli acquisti che non possano essere gestiti mediante le piattaforme e gli strumenti di cui al precedente paragrafo, gli Istituti danno applicazione alla normativa vigente, prediligendo in ogni caso l'utilizzo di sistemi telematici di acquisto e garantendo il rispetto dei principi comunitari di rotazione, trasparenza e massima partecipazione.

Art. 46 Il Bilancio Sociale

Gli Istituti intendono rafforzare il rapporto di fiducia con i cittadini, quali soggetti portatori del “diritto” di accedere alle prestazioni sanitarie essenziali e, nel contempo, portatori del “dovere” di partecipare attivamente alla programmazione sanitaria.

L’obiettivo che ci si pone è quello di far ricorso allo Strumento del Bilancio Sociale come rappresentazione e certificazione di un profilo etico volto ad ottenere il consenso dei cittadini, dei propri dipendenti e dell’opinione pubblica rispetto alle scelte di tipo economico organizzativo e nel rispetto della Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle Pubbliche Amministrazioni del 17 febbraio 2006.

Il Bilancio Sociale è uno strumento integrativo di comunicazione e di valutazione delle attività dell’Ente, costituisce un documento distinto dal bilancio d’esercizio, al quale è tuttavia collegato in quanto da esso riprende parte delle informazioni economiche.

Esso ha lo scopo di fornire notizie utili circa:

- a) l’assetto istituzionale;
- b) i valori di riferimento;
- c) i collegamenti tra valori dichiarati, politiche e scelte compiute;
- d) il processo seguito per la sua formulazione.

In quanto strumento di rendicontazione sociale il Bilancio Sociale assume le seguenti finalità:

- comunicativa: documento che risponde ad esigenze di comprensibilità, di trasparenza e di informazione sull’ operato;
- strategico-organizzativa: sistema di misurazione, valutazione degli effetti sociali (*outcome*), con modalità e strumenti propri;
- sociale: processo di rendicontazione finalizzato all’accountability e alla legittimazione sociale, tanto più significativo quanto più capace di aprirsi al dialogo con tutti i soggetti portatori di interessi.

6 - PARTECIPAZIONE

Art. 47 La partecipazione e la tutela dei diritti degli utenti

Gli Istituti riconoscono la centralità della persona nella erogazione e nell'accesso alle prestazioni sanitarie, nonché nel perseguimento della continuità assistenziale e orientano la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione del ruolo del cittadino utente, inteso non solo quale destinatario naturale delle prestazioni, ma come interlocutore privilegiato.

In tale ottica, gli Istituti si impegnano ad adottare strumenti che garantiscano la trasparenza, al fine di favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze

Gli Istituti si impegnano al rispetto dei dati personali, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente.

Gli Istituti riconoscono la funzione delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro, impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuovono lo sviluppo e ne favoriscono l'apporto per l'esercizio delle proprie competenze.

L'iscrizione nell'elenco regionale di cui all'art. 1, comma 18, del D.Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni, costituisce presupposto per la stipula di eventuali accordi con l'ente.

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

- a) **la Carta dei Servizi;**
- b) **i Protocolli d'intesa e gli accordi;**
- c) **l'Audit Civico;**
- d) **Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e per l'umanizzazione.**

a) La Carta dei servizi

La Carta dei Servizi è il patto con cui chi eroga un determinato servizio o prestazione si impegna nei confronti del cittadino/utente. I destinatari della Carta dei Servizi sono, pertanto, tutti coloro che intendono utilizzare quei servizi o usufruire di quelle prestazioni che gli Istituti si candidano a fornire. La Carta dei Servizi è scritta in modo comprensibile a tutti e contiene le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi gli Istituti si impegnano ad erogare, ma anche in che quantità, in che modo e con quali impegni di qualità. La Carta dei Servizi indica il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare ricorso, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto. Il Direttore Generale si impegna ad aggiornare la Carta dei Servizi annualmente,

dandone ampia diffusione. La Carta dei Servizi viene pubblicata **sul sito** degli Istituti e su quello della Regione Lazio.

b) I Protocolli d'intesa e gli accordi

I Protocolli d'Intesa e gli Accordi rappresentano, tra gli altri, gli strumenti attraverso i quali gli Istituti e le Associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all'Elenco di cui all'articolo 1, comma 18, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni) disciplinano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l'eventuale concessione in uso dei locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. Il Direttore Generale può altresì stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza.

c) L'Audit Civico

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione da parte dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali per favorire la diffusione delle informazioni secondo il criterio della trasparenza. E' infatti una metodologia per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle strutture sanitarie. Il processo di Audit Civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle strutture sanitarie mediante l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori capaci di rappresentare l'orientamento dell'Ente a perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza dal punto di vista organizzativo-gestionale e relazionale, tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti degli Istituti della raccolta di dati significativi. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle Direzioni Generale e Sanitaria e la consultazione delle organizzazioni civiche. Al fine di evitare modalità autoreferenziali, gli Istituti promuovono un Tavolo permanente di ascolto delle Associazioni e dei cittadini per misurare la qualità percepita e modificare i comportamenti organizzativi e professionali.

Gli Istituti contribuiscono, altresì, al superamento di situazioni di asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti fra strutture socio-sanitarie ed utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del marketing sociale, della formazione e dell'aggiornamento del personale, dell'educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza, della pubblicizzazione sistematica di piani, programmi e responsabilità di particolare rilevanza per l'utenza, e favorendo momenti istituzionali d'incontro ed azioni tesi all'affermazione del senso di appartenenza e al miglioramento dello stato dei rapporti.

d) Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e per l'umanizzazione

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) assicura la funzione relativa alla comunicazione con i cittadini singoli o associati garantendo l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla legge 7 agosto 1990, n°241 e successive modificazioni.

Sono attribuzioni dell'URP:

- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti alla cittadinanza anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative e l'informazione sulle strutture e sui compiti degli Istituti medesimi;
- coordinare le reti civiche;
- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi tramite somministrazione ed analisi di specifici questionari e, soprattutto, acquisendo osservazioni e segnalazioni dei cittadini stessi, ai quali, una volta avuto risposta dai dirigenti competenti, verrà dato tempestivo riscontro;
- garantire la reciproca informazione tra l'URP e le altre strutture operanti negli Istituti nonché tra gli URP delle varie amministrazioni.

L'URP è deputato alla classificazione ed all'archiviazione delle segnalazioni, osservazioni, elogi, suggerimenti e delle risposte inviate ai cittadini/associazioni. L'archiviazione avviene in un'apposita banca dati e l'URP predispone, con cadenza trimestrale, una relazione al Direttore Generale. Detta relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi. Gli Istituti garantiscono che l'URP sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, come previsto dalla normativa vigente, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli assistiti appartenenti a diverse etnie, culture, religioni. L'URP cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le associazioni di tutela dei Cittadini ed è tenuto periodicamente a trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e soddisfazione dell'utenza.

L'URP afferisce alla UOSD Comunicazione, Stampa e Relazioni Esterne.

Art. 48 La partecipazione nei confronti delle istituzioni

Nell'esercizio dell'autonomia ad essi riconosciuta, gli Istituti si propongono quale interlocutore al servizio delle istituzioni del territorio provinciale, regionale e nazionale e s'impegnano ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento degli interi sistemi aziendali, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essi

sovraordinati e nello spirito di leale collaborazione indicato dal piano sanitario nazionale e da quello regionale come strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi socio-sanitari.

Art. 49 La partecipazione nei confronti della società civile, associazioni e rappresentanza dei cittadini

Gli Istituti sono consapevoli della loro appartenenza al contesto sociale, economico e culturale dell'ambito territoriale di loro riferimento e s'impegnano ad esserne diretta espressione istituzionale mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione coordinate dalla Direzione Generale, capaci di sensibilizzarsi ai valori, ai bisogni, alle esigenze emergenti ai vari livelli di aggregazione presenti nella società, e di tradurli in iniziative di offerta del servizio ad essi rispondenti e con essi compatibili, dando senso ed indirizzo alla responsabilità sociale di cui sono portatori. In particolare deve essere curata la collaborazione con i Medici di medicina generale.

Gli IFO sono altresì consapevoli della necessità di una stretta collaborazione con le Associazioni di Volontariato, siano esse associazioni di pazienti e familiari, associazioni per la promozione della salute, o istituzioni rappresentative della società civile come Cittadinanza Attiva o altre Associazioni di volontariato che supportano i pazienti e le famiglie durante e dopo la malattia. Le attività di informazione, formazione e cooperazione con le Associazioni, per il miglioramento degli standard assistenziali, sono una parte importante delle attività svolte dal personale Sanitario e dall'URP e da altre strutture aziendali.

Art. 50 La partecipazione nei confronti delle Organizzazioni sindacali

La Direzione riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e si impegna a valorizzarlo per favorirne lo sviluppo, nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, verso obiettivi strategici e gestionali condivisi e da realizzare mediante una partecipazione fondata su un patto di solidarietà relativamente alle scelte strategiche attuative della missione aziendale e alle conseguenti opzioni operative con particolare riguardo alle tematiche dell'organizzazione e della sicurezza del lavoro.

Art. 51 Relazioni sindacali

L'Azienda riconosce l'importanza fondamentale del sistema delle relazioni sindacali, improntato alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente, alla reciproca

considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, alla prevenzione e risoluzione dei conflitti tra Amministrazione e Soggetti sindacali nel rispetto chiaro e distinto dei ruoli e responsabilità. Le relazioni, improntate sull'informazione, sulla consultazione, sul confronto, sulla concertazione e sulla negoziazione tra le Parti hanno come scopo di contemperare la missione di servizio pubblico dell'Azienda a vantaggio degli utenti e dei cittadini con gli interessi dei lavoratori.

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, l'Amministrazione, attraverso il sistema delle relazioni sindacali, sostiene la crescita professionale e l'aggiornamento dei lavoratori, il miglioramento delle condizioni di lavoro nei suoi vari aspetti, favorisce i processi di innovazione organizzativa e di riforma della pubblica amministrazione e persegue il raggiungimento di adeguati livelli di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari, di ricerca ed amministrativi.

Art. 52 La prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione

La legge 6 novembre 2012, n. 190, prevede l'attivazione di un sistema di prevenzione della corruzione attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione ed i singoli piani triennali adottati dalle pubbliche amministrazioni.

Il Direttore Generale nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione ed aggiorna, su proposta di questi, entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale della prevenzione della corruzione.

Attraverso il responsabile aziendale della prevenzione della corruzione viene attuata una serie complessa di attività interessanti l'intera organizzazione aziendale mediante i seguenti percorsi:

- l'individuazione delle attività amministrative più esposte al rischio di corruzione individuate dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quali:
 - ✓ autorizzazione o concessione;
 - ✓ scelta del contraente nell'affidamento di lavori, forniture e servizi;
 - ✓ concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale;
- la mappatura delle restanti aree a rischio;
- il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure e di monitoraggio per l'implementazione del Piano;
- il monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;

- la rilevazione, in rapporto al grado di rischio, delle misure di contrasto e delle misure di carattere generale da adottarsi per prevenire il rischio di corruzione, mediante l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione ed all'emersione di vicende di possibile esposizione a rischio corruttivo;
- l'adozione di adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio;
- l'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui ai c. 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190 ed al successivo D.L.vo 8 aprile 2013, n. 39;
- l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
- l'adozione di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al responsabile anticorruzione dell'amministrazione ed ai dirigenti competenti per le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance.

Art. 53 Principio della trasparenza

Il D.Lgs. 20 aprile 2013, n. 133 raccoglie, in un unico atto normativo, le numerose disposizioni legislative in materia di obblighi di informazione, trasparenza e pubblicità da parte delle pubbliche amministrazioni.

Il decreto impone alle aziende sanitarie l'adempimento di tutti gli obblighi di Pubblicazione previsti dalle singole disposizioni secondo quanto previsto dall'allegato denominato "struttura delle informazioni sui siti istituzionali".

In particolare, ai sensi dell'art. 10 deve essere adottato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, che contiene apposita sezione per la prevenzione della corruzione, il quale deve essere aggiornato annualmente e individua le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, definendo le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Art. 54 Principio dell'accessibilità agli atti dell'Amministrazione

In attuazione del principio dell'accessibilità e trasparenza degli atti a qualunque titolo detenuti dall'Amministrazione, ai sensi del D.L.vo n. 33 del 14/03/2013, come modificato dal D.L.vo n. 97 del 25/05/2016, gli I.F.O. hanno adottato con deliberazione n. 551 del 06/07/2017 un regolamento in materia di accesso, accesso civico ed accesso civico generalizzato.

54.1 Adeguamento procedure IFO al GDPR n. 679/2016 ed al D.Lgs. 101/2018

Il Piano dell'Informatizzazione degli IFO tiene conto dei nuovi vincoli normativi e regolamenti in vigore che, in funzione della configurazione attuale dei sistemi informatici aziendali, impongono costanti programmazioni di adeguamento informatico sia in ambito amministrativo che sanitario.

In particolare, lo scorso 4 maggio 2016, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale Europea il Regolamento UE n. /679/2016 entrato in vigore il 25 maggio 2018.

Tale regolamento si inserisce all'interno di quello che, insieme alla Direttiva 2016/680, è stato definito il "Pacchetto europeo protezione dati".

Con l'adeguamento al GDPR gli IFO avviano un processo in cui:

- introducono regole più chiare su informativa e consenso;
- definiscono i limiti al trattamento automatizzato dei dati personali;
- pongono le basi per l'esercizio di nuovi diritti;
- stabiliscono criteri rigorosi per il trasferimento degli stessi dati al di fuori della struttura ed al di fuori dell'UE per scopi di collaborazione clinica e di ricerca;
- fissano le norme rigorose per i casi di violazione dei dati (data breach) identificando una commissione dedicata al data breach.

Gli IFO introducono inoltre, in accordo al GDPR, la responsabilizzazione dei titolari del trattamento (accountability) e un approccio che tenga in maggior considerazione i rischi che un determinato trattamento di dati personali può comportare per i diritti e le libertà degli interessati.

Nel piano organizzativo di allineamento al GDPR n. 679/2016 ed al D.Lgs. 101/2018 si rappresenta il rispetto dell'obbligo di implementazione del "registro delle attività di trattamento" svolte sotto la propria responsabilità, nonché dell'attuazione di una analisi ispettiva interna, in continuo aggiornamento, inerente la "valutazione di impatto sulla protezione dei dati".

Al fine di adeguare l'assetto informatico degli IFO anche al nuovo regolamento Europeo, viene ciclicamente effettuato un apposito studio mirato ad identificare le necessità di investimento e di implementazione/ottimizzazione delle procedure di gestione dei dati sanitari ed amministrativi ed una periodica verifica dei sistemi informativi esistenti ed in dotazione presso gli IFO che porta alla redazione del piano biennale dell'informatizzazione.

7 - NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 55 Norme transitorie e finali

Dalla data di pubblicazione del presente Atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, con appositi atti del legale rappresentante degli IFO sarà data graduale attuazione all'organizzazione interna.

Nella fase di transizione il funzionamento degli Istituti continuerà in modo conforme ai Regolamenti ed alle prassi vigenti, per quanto compatibili con il presente Atto Aziendale.

Verranno adottati i Regolamenti interni previsti nel DCA della Regione Lazio n.259/2014 con deliberazione del Direttore Generale nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Per quanto non previsto nel presente Atto Aziendale si rinvia alla normativa nazionale, regionale, ai contratti collettivi nazionali di lavoro e alle disposizioni degli Istituti.

Allegati:

- 1) Elenco UOC, UOSD, UOS
- 2) Funzionigrammi delle UUOO del Dipartimento delle Funzioni Tecnico-Amministrative

Nota: per quanto attiene alle funzioni dei Direttori di dipartimento, di UOC, Responsabili di UOSD e UOS, le funzioni e le responsabilità sono indicate negli articoli 34, 35 e 36.

**Allegato 1 – Elenco Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici
Dipartimentali, Unità Operative Semplici
UOC 28**

AMBITO	TIPOLOGIA	UOC
Area degli Staff e Direzione Operativa	STAFF	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
		UOC Farmacia IFO
	Direzione operativa	UOC Direzione Medica
		UOC DITRAR
Dipartimento delle funzioni Tecnico - Amministrativo	Tecnico- amministrative	UOC Acquisizione Beni e Servizi (ABS)
		UOC Patrimonio e Tecnico
		UOC Risorse Umane
		UOC Affari Generali e Legali
		UOC Risorse Economiche
Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica	Chirurgie, Anestesia e Terapia Intensiva	UOC Chirurgia Digestiva (*)
		UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica
		UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
		UOC Ginecologia Oncologia e Biobanca
		UOC Ortopedia Oncologica
		UOC Chirurgia Senologica
		UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale
		UOC Chirurgia Toracica
		UOC Urologia
		UOC Neurochirurgia
		UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva
	Oncologie	UOC Oncologia Medica 1
		UOC Oncologia Medica 2
Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate	Diagnostiche	UOC Anatomia Patologica
		UOC Radiologia
		UOC Radioterapia
	Ricerca	UOC Ricerca Traslationale Oncologica (**)
Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica	Dermatologia	UOC Dermatologia Clinica
	Ricerca	UOC Laboratorio Fisiopatologia Cutanea (**)

(*) in estinzione entro il 31/12/2019, con trasformazione in UOSD

() UO afferenti all'ambito della ricerca**

UOSD: 36 (+ 1)

AMBITO	TIPOLOGIA	UOSD
STRUTTURE DI SUPPORTO ALLA PRODUZIONE	Area degli Staff e Direzione Operativa	UOSD Comunicazione, stampa e relazioni esterne
		UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici
		UOSD Qualità, Accreditamento e Risk Management
		UOSD Banca Tessuto Muscolo Scheletrico
	Dipartimento delle funzioni Tecnico Amministrative	UOSD Servizio Amm.vo della Ricerca
DIPARTIMENTI DI PRODUZIONE	Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica	UOSD Terapia del Dolore
		UOSD Neoplasie Polmonari
		UOSD Sarcomi e Tumori Rari
		UOSD Sperimentazioni cliniche: Fase 1 e Medicina di precisione
		UOSD Ematologia
		UOSD Cardiologia
		UOSD Endocrinologia Oncologica
		UOSD Neuroncologia
		UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
		UOSD Fisiopatologia Respiratoria
		UOSD Psicologia
		UOSD Neoplasie del peritoneo (***)
	Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica	UOSD Dermatologia Oncologica
		UOSD Dermatologia Allergologica e MST
		UOSD Diagnostica non invasiva
		UOSD Ricerca genetica e biologia molecolare ad indirizzo dermatologico (**)
		UOSD Chirurgia Plastica ad indirizzo dermatologico e rigenerativo
		UOSD Patologia Clinica e Microbiologia
		UOSD Porfirie e Malattie Rare
		UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico
		UOSD Dermatopatologia

(**) UO afferenti all'ambito della ricerca

(***) UOSD che si attiverà solo ad estinzione della UOC Chirurgia Digestiva

DIPARTIMENTI DI PRODUZIONE	Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate	UOSD Medicina Nucleare
		UOSD Biochimica e Biobanca
		UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti
		UOSD Immunotrasfusionale
		UOSD Oncogenomica ed Epigenetica (**)
		UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori (**)
		UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici (**)
		UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari (**)
		UOSD SAFU (**)
		UOSD Epidemiologia e Registro Tumori
Direzioni Scientifiche IRE-ISG		UOSD Biostatistica e bioinformatica (<i>in staff alle 2 Direzioni Scientifiche</i>) (**)

(**) UO afferenti all'ambito della ricerca

UOS: 13

AMBITO	Strutture	UOS
Area degli Staff e Direzione Operativa	UOC DITRAR	UOS Confort e percorsi interni
		UOS Resp. Prof. Sanit. Dipartimento Oncologico
		UOS Resp. Prof. Sanit. Dipartimento Dermatologico
		UOS Resp. Prof. Sanit. Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate
Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative	UOC Patrimonio e Tecnico	UOS Manutenzione e Progettazione
	UOC Risorse Economiche	UOS ALPI
Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate	UOC Radiologia	UOS Radiologia Interventistica
		UOS Radiologia Specialistica
Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica	UOC Chirurgia Toracica	UOS Endoscopia Toracica
	UOC Oncologia Medica 1	UOS Neoplasie del distretto testa-collo
	UOC Oncologia Medica 2	UOS Neoplasie ginecologiche
Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica	UOC Dermatologia Clinica	UOS Fotobiologia e Fototerapia
		UOS Medicina delle Migrazioni e Dermatologia Tropicale

Allegato 2 – Funzionigrammi del Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative

CATEGORIA DEGLI ATTI: A= DELIBERE B= DETERMINE C= ALTRI ATTI

Dipartimento delle funzioni Tecnico-Amministrative	
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI	Categoria
gestione convenzioni e consulenze sanitarie attive e passive;	A
tenuta Repertorio Contratti e connessi adempimenti di legge – Ufficiale Rogante;	C
tenuta Albo aziendale: pubblicazione e raccolta di atti deliberativi e determine;	C
registrazione atti deliberativi e determine e loro formale diffusione;	C
raccolta e conservazione degli atti istituzionali di peculiare interesse per l'Istituto;	C
gestione del protocollo informatico e connesso archivio documentale;	C
coordinamento funzionale e gestionale delle segreterie della Direzione Aziendale;	C
coordinamento delle segreterie degli Organi e organismi previsti dalla legge e relativo supporto tecnico-normativo;	C
attività istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. n. 241/90 e s.m.i. ad atti di specifica competenza;	C
attività istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i. ad atti che non rientrano nelle specifiche competenze delle singole strutture e a quelli di emanazione della Direzione Aziendale;	C
trasmissione alle competenti Istituzioni e Organi degli atti soggetti a controllo;	C
gestione degli abbonamenti a riviste e pubblicazioni ad eccezione di quelli afferenti l'area scientifica;	B
<i>Coordinamento del contenzioso ed in particolare:</i> - tenuta del registro delle notifiche di atti giudiziari ed extragiudiziari per la tracciabilità dei flussi documentali; - ricevimento e trasmissione alle competenti articolazioni aziendali di tutti gli atti giudiziari e stragiudiziari indirizzati all'Azienda; - affidamento incarichi di patrocinio legale e gestione parcelle legali; - assunzione di determine dirigenziali relative alla liquidazione dei compensi di legali di fiducia degli IFO, nonché ai legali di controparte in caso di soccombenza degli IFO, ai consulenti ed ai periti nelle controversie in cui gli IFO sono parte in causa; - per quanto di diretta competenza, redazione ed adozione di tutte le determinazioni e le deliberazioni necessarie a dare applicazione e/o esecuzione ai provvedimenti giudiziari (sentenze, ordinanze, decreti ecc) di cui l'Ente è destinatario con esclusione di quelli riferiti ad adempimenti	A/B/C

istituzionali e tipici di altre UOC; - esecuzione degli atti transattivi stipulati, nell'interesse dell'Azienda, mediante utilizzo dei fondi all'uopo costituiti in sede di Bilancio; - cura del contenzioso stragiudiziale e giudiziale nonché dell'attività relativa ai tentativi di conciliazione dietro specifica e formale delega attribuita dalla Direzione Generale; - gestione delle controversie concernenti le richieste monitorie e risarcitorie dei fornitori e degli utenti aziendali; - gestione, con riguardo ai sinistri in franchigia oggetto di diretta gestione, delle attività di mediazione civile obbligatoria; - assunzione, in conformità della vigente disciplina contrattuale, dei provvedimenti dirigenziali di liquidazione dei rimborsi delle spese legali sostenute dai dipendenti coinvolti in procedimenti, civili, penali, erariali e amministrativi e successivamente prosciolti.	
funzioni consultive e di supporto tecnico-amministrativo e collaborazione nella formulazione di atti o provvedimenti della Direzione Strategica;	C
elaborazione e stesura degli atti e dei regolamenti aziendali a valenza generale, non ricompresi nell'ambito delle competenze delle altre UU.OO.;	C
gestione e istruzione delle pratiche concernenti infrazioni a Codice della Strada in cui sia incorso il personale dipendente;	C
<i>governo dei contratti relativi alla gestione dei rapporti assicurativi, inclusi i rapporti con il Broker, attraverso l'espletamento delle seguenti attività:</i> - fase iniziale della denuncia alla Compagnia Assicurativa dei sinistri esclusi dalla franchigia; - fase istruttoria tramite l'acquisizione dai Servizi e dalle UU.OO. coinvolte della documentazione necessaria da inoltrare poi all'Assicurazione per la corretta definizione della pratica; - gestione diretta con espletamento della relativa istruttoria dei sinistri in franchigia mediante ausilio e supporto clinico e tecnico dei servizi sanitari aziendali all'uopo dedicati; - liquidazione dei premi assicurativi; - stesura in collaborazione con la UOC ABS dei capitolati di gara relativi a polizze assicurative; - supporto amministrativo e partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri; - gestione e rapporti con i soggetti danneggiati ed i procuratori di controparte; - collaborazione tecnico-giuridico all'attività di Risk Management.	A/C
governo dei contratti di locazione attivi e passivi;	C
gestione delle procedure di acquisizione/alienazione dei beni immobili aziendali (gestione aste, patrimonio immobiliare);	A/C
gestione delle sponsorizzazioni;	A/C
redazione degli atti necessari per l'accettazione di donazioni e lasciti testamentari di beni immobili e proposta di deliberazione di concerto con la UOC Servizio Tecnico;	A/C
gestione dei Seggi elettorali ed elezioni di ogni tipologia (Es: Comitato di Dipartimento, elezioni politiche/amministrativa, Rinnovo RSU, etc...);	B
gestione del Sistema Aziendale della Privacy (GDPR);	A
supporto e coordinamento alle segreterie degli Organi – CIV e Collegio Sindacale;	C

adempimenti di cui al D.P.R. n. 131/86 e s.m.i. e disbrigo di tutte le correlate formalità e scadenze;	C
redazione atti per l'acquisizione e cessione di diritti di superficie, enfiteusi ed usufrutto;	A/B/C
liquidazione fatture di competenza;	C
gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale;	B
Attività di carattere generale	
svolgimento di tutte le attività delegate dal Direttore Generale;	B/C
obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;	C
obblighi propri e delegati nel rispetto del GDPR 2016/679;	C
gestione del budget di spesa trasversale assegnato nel rispetto degli obiettivi assegnati ai Cdr;	C
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	Categoria
gestione delle procedure di gara dall'indizione alla aggiudicazione per beni e servizi sopra e sotto soglia comunitaria ad eccezione degli acquisti in conto capitale;	A/B/C
atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni: redazione e cura della esecuzione dei contratti;	B/C
pianificazione e programmazione, in collaborazione con le UU.OO. interessate ai beni e servizi, dei programmi di acquisto beni e servizi sanitari e non sanitari;	A/C
gestione delle procedure di acquisto e cura dei rapporti con le Centrali di Committenza Regionali e Nazionali;	A/B/C
svincolo cauzioni;	C
liquidazioni fatture di competenza;	C
tenuta e aggiornamento elenchi fornitori;	B
gestione beni mobili di proprietà di terzi presenti in azienda (es: noleggio, comodato, etc...);	C
gestione e contabilità della cassa economale – Rendicontazione Corte dei Conti – Agente contabile;	B/C
vigilanza sull'esecuzione dei contratti di fornitura beni e servizi appaltati;	C
gestione del parco automezzi e trasporto interno;	C

gestione del magazzino economale;	C
tenuta e aggiornamento dell'inventario del magazzino economale;	C
gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
attività di supporto nelle controversie di specifica competenza;	C
valutazioni sulla cessione dei crediti e dei contratti di diretta esecuzione e competenza, non inseriti in accordo pagamenti;	C
attività istruttoria ed i conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza;	C
atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale;	B
Attività di carattere generale	
svolgimento di tutte le attività delegate dal Direttore Generale;	B/C
obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;	C
obblighi propri e delegati nel rispetto del GDPR 2016/679;	C
gestione del budget di spesa trasversale assegnato nel rispetto degli obiettivi assegnati ai Cdr;	C
UOC RISORSE ECONOMICHE	Categoria
funzioni di Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili - art. 4-bis L.R. n. 16/2001;	A/C
effettuazione delle anticipazioni ordinarie e straordinarie di cassa;	C/A
gestione dei rapporti con il Tesoriere;	B
gestione delle Cessioni di credito;	C
certificazioni di credito;	B
monitoraggio della situazione e verifiche di cassa;	B/C
verifica e controllo dello scadenziario fatture passive;	C
gestione della situazione finanziaria fornitori – monitoraggio e controllo della situazione debitoria;	C
gestione della situazione finanziaria creditori – monitoraggio e controllo della situazione creditoria – Recupero crediti;	C

pianificazione e programmazione finanziaria;	A
emissione degli ordinativi di pagamento e reversali d'incasso;	C
gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
predisposizione della proposta di adozione del Bilancio Preventivo Economico Annuale - Budget aziendale e Pluriennale;	A
predisposizione della Proposta di adozione del Bilancio Esercizio;	A
pagamenti dei compensi a professionisti, lavoratori autonomi ed occasionali;	B/C
certificazione compensi erogati;	C
gestione tributaria e fiscale;	B/C
tenuta dei libri contabili obbligatori;	C
gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
attività di supporto nelle controversie di specifica competenza;	C
attività istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza;	C
atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale;	B
ricezione, controllo e registrazione delle fatture passive e inoltro alle UU.OO. per la successiva liquidazione;	B
gestione del partitario e scadenzario fatture;	C
emissione fatture attive - ciclo attivo;	C
redazione degli schemi contabili di Bilancio di previsione/d'esercizio;	B/C
redazione degli schemi contabili: CE trimestrali, Bilancio di Previsione, Bilancio di esercizio;	B/C
assegnazione del Budget trasversali alle strutture ordinanti per conto;	A/B
aggiornamento e controllo periodico con monitoraggio andamento scostamenti Budget;	C
rilascio istanze di certificazione richieste dai fornitori su piattaforma MEF;	B/C
regolarizzazione pignoramenti subiti;	B/C

regolarizzazione stipendi dipendenti ed assimilati a lavoro dipendente;	C
predisposizione modello F24 EP Entratel per versamento contributi e ritenute fiscali e modelli F23;	C
elaborazione e chiusura mensile IVA con relativo versamento F24 EP Entratel;	C
dichiarazione annuale IRES / IRAP / IVA con relativi versamenti imposte mod F24 EP Entratel;	C
dichiarazioni Intrastat flusso traffico intracomunitario;	C
pagamento Tributi Locali / Accise;	C
procedure per sdoganamento c/o Agenzia delle Dogane degli acquisti extra-UE;	C
tenuta dei Registri obbligatori;	C
registrazione e quadratura incassi CUP/ALPI;	C
tenuta della Contabilità commerciale;	B/C
reintegro spese fondo economale;	C
Attività di Contabilità Analitica (COAN)	
- aggiornamento del Piano dei C.d.R., dei C.d.C. e dei fattori produttivi;	A
- tenuta della Contabilità Analitica;	C
- ribaltamento costi comuni;	C
- predisposizione del Modello LA (Livelli di Assistenza) e correlata Relazione;	C
- cura dei flussi informativi al sistema di programmazione e controllo di gestione;	C
- gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme (Regione, Ministero);	C
- redazione del sistema di reporting direzionale;	C
- rendicontazione sull'utilizzo dei finanziamenti legati a progetti/programmi regionali/ministeriali;	C
- svolgimento delle funzioni di RUCA per la Regione Lazio.	C
Attività relative alla Libera Professione - UOS ALPI	
istruttoria della procedura autorizzativa, correlata alle richieste del personale avente diritto e predisposizione degli atti conseguenti per lo svolgimento della libera professione sia ambulatoriale che in regime di ricovero e notifica atto;	A/C
gestione dell'attività amministrativa, contabile ed alberghiera;	C

predisposizione degli elenchi delle prestazioni autorizzate e loro aggiornamenti;	C
Monitoraggio e contabilizzazione degli aspetti remunerativi del personale esercente A.L.P.I.;	C
aggiornamento del Regolamento aziendale sulla libera professione; nonché delle tariffe ed onorari (attività di ricovero ed ambulatoriale);	A
<i>Verifiche:</i> - effettuazione di prestazioni in regime A.L.P.I. non autorizzate e non prenotate attraverso il sistema regionale (prestazioni dirette); - ogni altra irregolarità concernente l'A.L.P.I. <i>Verifiche a campione, con il supporto del SIA, fra il personale della dirigenza medica e sanitaria, autorizzato a svolgere libera professione intramuraria in relazione a:</i> - potenziale conflitto di interesse; - che implicano forme di concorrenza sleale; - situazioni di incompatibilità. <i>Verifiche a campione con il supporto alla U.O.C. Risorse Umane:</i> - effettuazione di prestazioni in orario di servizio; - mancato rispetto delle timbrature orarie previste e della distinta turnistica;	C
gestione degli aspetti amministrativi con Compagnie Assicurative convenzionate (es. FASI, FASDAC etc...)	B/C
gestione amministrativa con le Aziende Sanitarie Convenzionate e/o Cliniche relative a prestazioni di cui all'art.55 comma 2 del CCNL 2000 connessi all'esercizio dell'attività libero professionale;	B/C
attività di informazione in ordine all'offerta delle prestazioni libero professionali;	C
gestione dei rapporti con le infrastrutture aziendali finalizzati a garantire l'espletamento delle attività;	C
supporto alla Commissione Paritetica ALPI sull'attività di controllo sul corretto esercizio delle attività e sul rispetto degli adempimenti normativi concessi, in particolare sul corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionali e libero professionali, secondo le previsioni di cui all'art. 15-quinquies, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992, introdotto dal D.Lgs. n. 229/1999;	C
sviluppo ed elaborazione di analisi ed approfondimenti relativi all'istituto dell'attività Libero Professionale;	C
controllo, verifica ed aggiornamento della modalità di calcolo dei costi di produzione e dei costi generali di esercizio legati all'attività ALPI;	C
supporto alla tenuta della contabilità separata e report di sintesi e di dettaglio relativi agli aspetti contabili, alle liquidazioni competenze ed all'equilibrio economico;	C
calcolo, entro i primi 10 giorni del 2 mese successivo a quello della prestazione, delle risultanze economiche delle attività A.L.P.I. e trasmissione all'U.O.C. Risorse Umane che provvederà ad inserirle tra le competenze da retribuire;	C
predisposizione reports per il monitoraggio dei volumi ALPI/Istituzionale e trasmissione a DMP e DS;	C
verifica della compatibilità oraria delle richieste di libera professione con il fatturato storico del professionista;	C
supporto alla DMP ed alla DS alla redazione del Piano Operativo sulla Libera Professione;	C
informativa del professionista autorizzato all'intramoenia allargata, all'utilizzo della procedura informatizzata utile alla riscossione, contabilizzazione e fatturazione on-line;	C

gestione della cassa dedicata all'attività libero professionale sulla base della programmazione aziendale;	C
gestione fatturazione delle prestazioni rese in regime di ricovero A.L.P.I.	C
gestione fatturazione e pagamento delle consulenze/consulti richiesti da terzi o da pazienti ricoverati all'IFO;	C
gestione fatturazione e pagamento delle cosiddette "attività domiciliari", delle altre prestazioni ALPI (Certificazione Medico Legale, etc...).	C
Attività di carattere generale	
svolgimento di tutte le attività delegate dal Direttore Generale;	B/C
obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;	C
obblighi propri e delegati nel rispetto del GDPR 2016/679;	C
gestione del budget di spesa trasversale assegnato nel rispetto degli obiettivi assegnati ai Cdr;	C
UOC RISORSE UMANE	Categoria
applicazione degli istituti contrattuali o delle disposizioni di legge a carattere vincolato e discrezionale concernenti lo stato giuridico ed economico del personale;	A
redazione del Piano Triennale del fabbisogno di personale e suo aggiornamento annuale;	A
gestione, monitoraggio e modificazioni del Piano Triennale del fabbisogno di personale - predisposizione della reportistica secondo il desiderata della Direzione;	A/C
indizione dei concorsi e degli avvisi (tempo indeterminato, tempo determinato e di lavoro autonomo): ammissione candidati - nomina Commissioni - approvazione graduatorie – assunzioni;	A
stipula dei contratti di lavoro subordinato del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato e di lavoro autonomo;	B
conferimento e revoca incarichi ai dirigenti e gestione degli stessi;	A
nomina dei Collegi Tecnici e supporto tecnico agli stessi;	A/C
risoluzione, recesso e cessazione dal servizio, sospensione cautelare;	A
cessazioni dal servizio, concessione delle aspettative, concessione del part-time;	A
riammissione e trattenimento in servizio;	A
riconoscimento 150 ore diritto allo studio	B
ripartizione monte ore e permessi sindacali;	A/B/C

gestione della procedura Gedap;	C
gestione della procedura Gepas;	C
redazione e recepimento di Accordi e Contratti Collettivi Integrativi Aziendali;	A/C
partecipazione attiva ai Tavoli sindacali ad ogni forma di confronto/concertazione/contrattazione sindacale;	C
mobilità esterna, interna ed i comandi;	A
certificati di servizio;	C
determinazione fondi contrattuali della dirigenza e del comparto e liquidazione delle indennità agganciate alle rispettive voci stipendiali di competenza (produttività/risultato, straordinario, etc...);	A
monitoraggio dei fondi e predisposizione della reportistica secondo i desiderata della Direzione;	C
processo di gestione correlato alle performance individuali e correlata incentivazione del personale;	C
gestione e liquidazione dei compensi e competenze stipendiali personale dipendente - assegni familiari;	C
liquidazione indennità accessorie – rimborsi spese;	A/B
cause di servizio - equo indennizzo;	A
gestione del Conto Terzi - Cessioni stipendio, ecc.;	B
gestione delle Pensioni – Riscatti e Ricongiunzioni;	B
denunce Annuali in collaborazione con altri Servizi aziendali: Conto Annuale, Onaosi, Inail , mod. 770 - Denunce mensili;	B/C
gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
attività di supporto nelle controversie di specifica competenza;	C
attività istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza;	C
atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale relative alle materie di competenza;	B
Attività relative alla Libera Professione	
verifica che la libera professione venga svolta con apposita timbratura dedicata, nei giorni ed orari autorizzati;	C

rilevazione dei dati relativi al debito orario dei dipendenti esercitanti la libera professione sulla base dei reports forniti dalla DMP;	C
aggiornamento del personale che opta per la libera professione extramuraria;	C
pagamento dei proventi mensili dell'attività libero professionale, sia per il personale dirigente che per il personale di supporto diretto, previa liquidazione da parte della UOS Alpi;	B/C
Attività di carattere generale	
svolgimento di tutte le attività delegate dal Direttore Generale;	B/C
obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;	C
obblighi propri e delegati nel rispetto del GDPR 2016/679;	C
gestione del budget di spesa trasversale assegnato nel rispetto degli obiettivi assegnati ai Cdr;	C
UOSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO DELLA RICERCA	Categoria
adempimenti connessi all'accettazione di donazioni, lasciti, ecc. vincolati all'attività di ricerca;	A
procedure amministrative per la gestione dei progetti di ricerca;	A
rendicontazione economica dei Progetti di Ricerca;	A/C
Attestazioni e certificazioni varie;	C
tenuta contabilità per singolo Progetto di Ricerca afferente alle rispettive direzioni Scientifiche;	C
proposta di approvazione dei protocolli sperimentali e stipula eventuali convenzioni con gli sponsor;	A
tenuta contabilità dei proventi da sperimentazione e relativa distribuzione come da regolamenti aziendali;	C
liquidazione gettoni presenza al Comitato Etico;	B
attività di supporto nelle controversie di specifica competenza;	C
atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni adottate;	C
gestione del debito informativo interno e esterno per quanto di competenza – si occupa dell'invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
attività istruttoria ed i conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza;	C
atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale;	A/B/C

indizione degli avvisi a T.D. della Ricerca - Ammissione candidati - Approvazione graduatorie – Assunzioni;	A/C
indizione ed espletamento avvisi per conferimento degli incarichi occasionali concernenti l'attività di Ricerca e lavoro autonomo;	A/C
supporto alle Direzioni Scientifiche nel fund raising finalizzato alla ricerca;	A/C
supporto alle Direzioni Scientifiche nella individuazione di partner pubblici e/o privati e nella gestione amministrativo contabile dei progetti conseguenti.	A/B/C
Attività di carattere generale	
svolgimento di tutte le attività delegate dal Direttore Generale;	B/C
obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;	C
obblighi propri e delegati nel rispetto del GDPR 2016/679;	C
gestione del budget di spesa trasversale assegnato nel rispetto degli obiettivi assegnati ai Cdr;	C
UOC PATRIMONIO E TECNICO	Categoria
pianificazione, programmazione delle manutenzioni e dei lavori – predisposizione del Piano Pluriennale Investimenti;	A
programmazione delle opere di nuova realizzazione e degli interventi di adeguamento del patrimonio immobiliare;	A
predisposizione e gestione complessiva di tutti gli atti ed i procedimenti aventi ad oggetto appalti e progettazione di opere sia sopra che sotto la soglia comunitaria;	A/B/C
partecipazione a commissioni di gara per la verifica della rispondenza tecnica ed economica delle offerte alle caratteristiche richieste;	C
progettazione, direzione lavori, tenuta della contabilità, liquidazione ed effettuazione dei collaudi di lavori eseguiti direttamente o mediante affidamento esterno;	A/B
operazioni di stima, perizie tecniche, progettazione, direzione lavori di nuove costruzioni ed impianti;	C
redazione dei Capitolati Tecnici e successiva valutazione delle offerte;	C
gestione di tutti i finanziamenti erogati ex. Art. 20 della Legge 67/88, finanziamenti regionali DGR manutenzioni e cura di tutti i relativi procedimenti amministrativi, ivi inclusa la rendicontazione e l'effettivo corretto utilizzo degli stessi finalizzato al raggiungimento degli obiettivi progettuali;	A/B/C
attività connessa alla pianificazione, programmazione e richiesta di finanziamento per adeguamento immobili alla normativa antisismica;	C
attività di studio, ricerca e documentazione in materia di adeguamento tecnologico degli impianti;	C
attività connessa alle disposizioni inerenti la sicurezza, razionalizzazione e controllo del consumo energetico, prevenzione degli incendi, antinfortunistica, ecc. in collaborazione con gli altri servizi aziendali competenti in materia;	C

gestione tecnica degli immobili, impianti ed attrezzature in uso all'Istituto;	B
collaborazione, ove richiesto, con la UOC ABS nelle procedure di gara aventi ad oggetto materie di propria competenza laddove risulti utile specifico supporto tecnico;	C
manutenzione ordinaria e straordinaria degli edifici e degli immobili di proprietà o in uso all'Azienda e predisposizione della documentazione tecnica per l'individuazione economica della relativa spesa;	C
monitoraggio e coordinamento dell'esecuzione degli interventi di manutenzione, trasformazione ed adeguamento necessari a garantire la funzionalità, sicurezza, rispondenza normativa ed economicità di gestione;	B/C
direzione dei lavori e/o sorveglianza sulla direzione degli stessi, se affidata a tecnici esterni all'unità operativa;	C
organizzazione degli operatori economici per gli interventi di manutenzione ordinaria ed il controllo dei lavori eseguiti;	C
redazione ed aggiornamento del regolamento di viabilità e relativa segnaletica della rete viaria aziendale;	C
predisposizione dei programmi di alienazione del patrimonio;	C
supporto alla redazione degli atti necessari per l'accettazione di donazioni e lasciti testamentari di beni immobili e proposta di deliberazione di concerto con la UOC Affari Generali e Legali;	C
gestione informatizzata ordini, lavori, manutenzioni impianti e attrezzature sanitarie e non – gestione delle fatture relative;	C
gestione degli atti di controllo tecnico-amministrativo sui lavori appaltati, controlli sulla loro esecuzione ed atti di liquidazione conseguenti;	B/C
attività istruttoria finalizzata alla liquidazione delle fatture di competenza;	C
svincolo cauzioni;	B/C
gestione energy management;	A/B/C
gestione dei contratti relativi alle utenze di acqua, luce, gas;	B/C
gestione dei contratti servizio energia;	B/C
gestione I.M.U. ;	C
adempimenti relativi alla liquidazione della TARI nonché altri specifici tributi attinenti alle attività della UOC;	C
tenuta e aggiornamento inventario beni mobili ed immobili, nel rispetto delle direttive della UOC Risorse Economiche;	C
tenuta del registro albo fornitori relativo ai lavori e professionisti;	C
gestione delle aree verdi di proprietà;	A/B/C

rapporti con le UU.OO. interessate per il trasferimento di beni mobili, arredi ed attrezzature in relazione alle esigenze aziendali e diretta gestione della fase operativa di ritiro e trasloco dei beni medesimi;	C
gestione dei rapporti con i professionisti esterni per gli accertamenti, visure ed ogni altra pratica catastale da svolgere presso i competenti uffici;	C
con riguardo alle materie di propria competenza, gestione diretta delle procedure in economia, stipula dei relativi contratti con le Ditte aggiudicatrici e disbrigo di tutti gli adempimenti susseguenti la formalizzazione del rapporto negoziale;	B/C
controllo sull'operato delle ditte manutentrici;	C
controllo della fase esecutiva degli appalti esternalizzati di propria competenza;	C
controllo sulle progettazioni eventualmente affidate a professionisti esterni;	C
cura l'istruttoria ed eventuale liquidazione di cartelle esattoriali e/o multe e/o avvisi di pagamento notificati per questioni concernenti le attività istituzionali proprie della UOC;	C
supporto per la definizione dei diritti di superficie, enfiteusi ed usufrutto;	C
in caso di ritardato saldo delle competenze assicura la liquidazione degli interessi moratori di cui al D.Lgv.n. 231/02 maturati dai fornitori rispetto ai contratti di cui la UOC gestisce l'esecuzione;	C
valutazioni sulla cessione dei crediti e dei contratti di diretta esecuzione e competenza, non inseriti in accordo pagamenti;	C
<i>rispetto ai contratti di diretta gestione, funzioni di cui all'art. 111, comma 2 D.Lgs. 50/2016 s.m.i. e, con riguardo ai medesimi rapporti negoziali, gestione dei seguenti ulteriori adempimenti:</i> - attivazione delle procedure di acquisto; - emissione dell'ordine di acquisto; - gestione della consegna e del collaudo se previsto, compresa l'applicazione di penali per ritardata consegna; - gestione ed autorizzazione della liquidazione delle fatture di acquisto e/o service;	B/C
gestione ordinaria e straordinaria degli immobili di proprietà condotti in locazione dall'azienda;	C
atti relativi alle attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario dei beni immobili;	B
atti relativi alle attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario dei beni mobili – gestione del Fuori Uso;	A/B/C
gestione del debito informativo interno e esterno di competenza: invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme;	C
attività di supporto nelle controversie di specifica competenza;	C
attività istruttoria ed conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza;	C
atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale relative alle materie di competenza;	B

Attività di carattere generale	
svolgimento di tutte le attività delegate dal Direttore Generale;	B/C
obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;	C
obblighi propri e delegati nel rispetto del GDPR 2016/679;	C
gestione del budget di spesa trasversale assegnato nel rispetto degli obiettivi assegnati ai Cdr;	C