

| | |
|--|---|
| DELIBERAZIONE N. 684 DEL 24/07/2025 | |
| OGGETTO: ADOZIONE DELLA NUOVA PROPOSTA DI REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEGLI ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI | |
| Esercizi/o 2025 Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € - - Utilizzato: € - - Residuo: € -- Autorizzazione n°: - Servizio Risorse Economiche: Giovanna Evangelista | Il Direttore Generale Dott. Livio De Angelis Proposta n° DL-738-2025 |
| PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 24/07/2025 IL DIRETTORE SANITARIO f.f. Costanza Cavuto | PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 23/07/2025 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Massimo Armitari |
| Parere del Direttore Scientifico IRE f.f. Giovanni Blandino data 23/07/2025 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Maria Concetta Fargnoli data 23/07/2025 Positivo | |
| La presente deliberazione si compone di n° 7 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: proposta di Regolamento | |

Il Direttore Generale

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
il decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 di riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto l’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21/01/2021 e n. 380 del 25.03.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;
- Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00015 del 12 febbraio 2025 avente ad oggetto “Nomina del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)”;
- Vista la deliberazione n. 160 del 18 febbraio 2025 di presa d’atto dell’insediamento del Direttore Generale dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri Dott. Livio De Angelis;
- Vista la deliberazione n. 293 del 31.03.2025 con la quale il Dott. Massimo Armitari è stato nominato Direttore Amministrativo degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO);
- Vista la deliberazione n. 367 del 23 aprile 2024 con la quale la Dott.ssa Costanza Cavuto è stata nominata Direttore Sanitario f.f. degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;

- Visto il D.M. del Ministero della Salute del 20 giugno 2024 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di "oncologia" per l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di "dermatologia" per l'Istituto Santa Maria e San Gallicano (ISG);
- Premesso che l'art. 11, comma 1 della Legge Regionale 23 gennaio 2006, n. 2 e s.m.i. prescrive che *"Gli Istituti sono organizzati, in analogia con le Aziende Sanitarie, in conformità ai principi di cui all'articolo 42, comma 1, della L. n. 3/2003 e al D.Lgs. n. 288/2003, nonché alle norme della presente legge e agli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale"*;
- che l'art. 5 comma 1 del D. Lgs. n. 288/2003 prevede che *"con atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata: «Conferenza Stato-regioni», sono disciplinate le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in Fondazioni, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni di indirizzo e controllo da quelle di gestione e di attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze riconducibili alla attività di ricerca e alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale, prevedendo altresì che il direttore scientifico responsabile della ricerca sia nominato dal Ministro della salute, sentito il Presidente della Regione interessata"*;
- Tenuto conto che con l'Accordo 1 luglio 2004, pubblicato in G.U. Serie Generale n. 173 del 26 luglio 2004, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha stabilito che *"gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, per i quali le regioni non richiedono la trasformazione in fondazioni ai sensi dell'art. 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, adeguano la propria organizzazione al principio di separazione tra la funzione di indirizzo e controllo e la funzione di gestione e di attuazione e stabiliscono le modalità del proprio funzionamento al fine di raggiungere gli obiettivi di ricerca"*

stabiliti nei piani e programmi nazionali e regionali e gli obiettivi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale e dalla programmazione sanitaria regionale”;

che l’art. 1 del predetto Accordo stabilisce che il Direttore Generale adotta il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, acquisito il parere del consiglio di indirizzo e verifica e lo trasmette per l’approvazione alla regione in cui l’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico ha la sede prevalente di attività ed al Ministero della Salute;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale 2 maggio 2024, n. 310, pubblicata sul BURL n. 37 del 7 maggio 2024, avente ad oggetto “*Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio*”;

Visto il Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 20 giugno 2024 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di “oncologia” per l’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di “dermatologia” per l’Istituto Santa Maria e San Gallicano (ISG);

Atteso che il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, al pari dell’Atto Aziendale, costituisce lo strumento giuridico di autogoverno mediante il quale gli IRCCS non trasformati in fondazioni, nel rispetto della normativa vigente, dei principi e criteri emanati dalla Regione, determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa sia nelle sue linee strategiche che negli aspetti dinamici della gestione aziendale;

Rilevato che l’articolo 3, comma 1 bis, del D. Lgs. 200/2022, stabilisce che gli IRCCS di diritto pubblico, sono tenuti ad adeguare gli statuti o i regolamenti di organizzazione e funzionamento in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria e nel rispetto dell’autonomia regionale, in modo da garantire il coordinamento delle attività del Direttore Generale e quelle del Direttore Scientifico e al fine di assicurare

l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza;

Ravvisata la necessità, al fine di ottemperare a quanto disposto nel D.lgs. sopra citato e nella deliberazione della Giunta Regionale 2 maggio 2024, n. 310, di apportare talune modifiche non meramente formali all'Atto Aziendale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019 così come successivamente modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21.01.2021 e n. 380 del 25.03.2021, successivamente approvato con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;

Richiamata la deliberazione n.581 del 9 Luglio 2024 con cui è stata adottata la proposta di Regolamento di organizzazione e funzionamento degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri ed è stata trasmessa per la relativa approvazione alla Regione Lazio e al Ministero della Salute;

Viste le integrazioni/modifiche richieste:
- dal Ministero della Salute con nota prot.n.16386 del 16 Agosto 2024, acquisita al protocollo IFO al n.11225 di pari data;
- dalla Regione Lazio con nota prot. n. 1312335 del 24 Ottobre 2024, acquisita al protocollo IFO al n. 14502 di pari data e con successive interlocuzioni intercorse con questi Istituti;

Considerato che, all'esito dei rilievi dei predetti Enti, si è provveduto a recepire gli stessi al fine di adottare la nuova proposta di Regolamento;

Tenuto conto del verbale del 14 Luglio 2025 con cui il Collegio di Direzione ha approvato la nuova proposta di Regolamento di Organizzazione e Funzionamento Aziendale; delle dovute informative alle Organizzazioni Sindacali del Comparto Area Sanità e della Dirigenza Area Sanità e PTA, come da verbali delle riunioni tenutesi in data 16 Luglio 2025;

- Acquisito il parere favorevole del Consiglio di Indirizzo e Verifica in data 18 Luglio 2025;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario f.f.;
- Precisato che tutta la documentazione richiamata e non allegata al presente provvedimento, è agli atti degli Istituti;
- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

Delibera

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

- di adottare la nuova proposta di Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (ROF) degli IFO (IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e IRCCS Istituto Santa Maria e San Gallicano) come risultante dal documento il cui testo allegato ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere la presente deliberazione ai fini della relativa approvazione del ROF alla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area Risorse Umane;
- di trasmettere la presente deliberazione ai fini della relativa approvazione del ROF al Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze Sanitarie (ex Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità) e Dipartimento dell'amministrazione generale, delle risorse umane e del bilancio - Direzione Generale della Vigilanza sugli Enti e degli organi collegiali, Ufficio 2 – Vigilanza sugli Enti (Ex Direzione Generale della Vigilanza sugli Enti e della Sicurezza delle Cure.

Il Direttore Generale

Dott. Livio De Angelis

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

Regolamento di Organizzazione e Funzionamento

IFO

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

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

Atto Aziendale

**TRACCIAMO PERCORSI DI CURA UNICI PER PERSONE UNICHE,
GRAZIE A MULTIDISCIPLINARITA' E PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI
STRUTTURATI**



La missione degli IFO Regina Elena-San Gallicano, perfettamente in linea con il tema del World Cancer Day 2025: “United by Unique – Uniti dall’Unicità”, si basa sul concetto di **centralità della persona**.

Nella organizzazione degli Istituti, attraverso i DMT e nei percorsi di cura in IFO si realizza **la presa in carico totale del paziente oncologico e dermatologico**, grazie alla presenza di expertise, innovazione tecnologica e all'erogazione di prestazioni di alta specialità

Il modello organizzativo è ispirato ai percorsi clinico-assistenziali, che pianificano in modo strutturato tutte le fasi di diagnosi e trattamento, affiancati da team multidisciplinari di malattia che definiscono **il migliore percorso di cura per il singolo paziente**.

“L’approccio di IFO alla patologia neoplastica e dermatologica è interdisciplinare e personalizzato e associa la massima professionalità, la migliore e moderna tecnologia ma contemporaneamente una grande attenzione alle necessità della persona

A partire dagli anni 2000 le moderne cure, quelle oncologiche in particolare, hanno implicato il ricorso ad una crescente molteplicità di figure professionali e interventi tecnici talvolta molto sofisticati che sempre più spesso si verificano in tempi e luoghi distinti e separati. Purtroppo, l’umanità della cura, un tempo garantita dall’immediatezza del contatto medicopaziente, ne ha sofferto e deve oggi essere perseguita attivamente attraverso azioni e procedure appropriate, consapevolezza degli operatori, concorso attivo di utenti e care givers. Sin dalla loro istituzione nel 1926, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e Istituto San Gallicano (ISG), sono impegnati a coniugare l’assistenza, la ricerca biomedica e la formazione in ambito oncologico e dermatologico con una forte attenzione all’approccio olistico alle cure. Oggi, la presa in carico dei pazienti negli IFO si realizza in un percorso di diagnosi e cura co-costruito e co-condiviso, che integra le migliori evidenze scientifiche e competenze cliniche di alta specializzazione, con le preferenze, i valori e i bisogni dei pazienti, in un’ottica di miglioramento continuo e sicurezza delle cure

Gli IFO identificano nell’approccio multidisciplinare e nella ricomposizione dell’offerta dei servizi diagnostici e complementari il proprio modello di diagnosi e cura e lo sviluppano nelle principali linee di patologia. **Il modello organizzativo ha come obiettivo principale quello di far ‘ruotare’ i servizi e gli specialisti attorno alla ‘centralità della patologia e del paziente’ garantendo la massima specificità professionale per la patologia e la massima attenzione agli aspetti che scaturiscono dall’impatto della stessa nella vita del paziente.**

L'approccio multidisciplinare e integrato, attraverso i **Disease management team (DMT)**, che focalizzano l'attenzione sul paziente e sul suo percorso di cura, piuttosto che sulla singola specializzazione d'organo, tiene in considerazione i seguenti fattori:

- **Complessità del paziente oncologico:** i pazienti oncologici spesso presentano patologie che coinvolgono più organi e apparati, rendendo necessaria una gestione integrata da parte di diversi specialisti.
- **Efficacia della multidisciplinarietà:** i DMT, composti da diverse figure professionali (oncologi, chirurghi, radioterapisti, ecc.), lavorano in team per definire il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo più adeguato per il paziente.
- **Migliore qualità dell'assistenza:** questo approccio multidisciplinare porta a una maggiore appropriatezza delle cure, riduce i tempi di attesa e migliora l'esperienza del paziente.
- **Focus sul paziente:** il modello DMT pone il paziente al centro del percorso di cura, assicurando un approccio personalizzato e globale.

Quindi attraverso l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare che costituisce il fondamento del modello organizzativo definito nel presente atto, superando la programmazione a 'silos' degli interventi e delle prestazioni gli Istituti si pongono l'obiettivo di:

- ✓ **Migliorare la complessità delle prestazioni clinico-assistenziali (Case-Mix)**
- ✓ **Migliorare l'attrattività extraregionale**
- ✓ **Potenziare la partecipazione degli Istituti nelle Reti Europee**
- ✓ **Incrementare i fondi per la ricerca attraverso la partecipazione a bandi competitivi europei**
- ✓ **Incrementare la produzione scientifica in particolare le pubblicazioni con posizioni di preminenza dei nostri ricercatori.**
- ✓ **Incrementare le collaborazioni nazionali ed internazionali con gli altri Istituti di Ricerca**

Sommario

| | |
|--|----|
| 1 - ASPETTI GENERALI | 7 |
| Premessa..... | 8 |
| Presentazione degli IFO..... | 9 |
| L'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena:..... | 10 |
| L'Istituto Santa Maria e San Gallicano:..... | 11 |
| Art. 1 Denominazioni, Sede e Sito Internet..... | 12 |
| Art. 2 Loghi..... | 12 |
| Art. 3 Patrimonio e Mappe..... | 14 |
| Dotazione totale posti letto (P.L.) IFO (IRE e ISG) (Codice aziendale 908)..... | 16 |
| Art. 5 Articolazione interna..... | 17 |
| Art. 6 Mission e Vision..... | 17 |
| 6.1 La “mission” specifica degli IFO..... | 18 |
| 6.2 <i>La ricerca scientifica dell’Istituto Regina Elena</i> | 18 |
| 6.3 <i>La ricerca scientifica dell’Istituto San Gallicano</i> | 19 |
| 6.4 <i>Direttrici di intervento per ricerca, brevetti e formazione dei due Istituti.</i> | 19 |
| 6.5 <i>La vision e i valori degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri</i> | 20 |
| Art. 7 Finalità..... | 22 |
| Art. 8 Organizzazione e Attività..... | 23 |
| Art. 9 Governo Clinico e Programmazione Integrata..... | 26 |
| 9.1 <i>Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico</i> | 29 |
| 9.2 <i>PDTA – DMT - PACO</i> | 32 |
| Art. 10 Relazioni Interaziendali..... | 34 |
| 10.1 Le relazioni con le Università..... | 34 |
| Art. 11 Organi..... | 36 |
| Art. 12 Direttore Generale..... | 36 |
| Art. 13 Consiglio di Indirizzo e Verifica..... | 38 |
| Art. 14 Collegio Sindacale..... | 39 |
| Art. 15 Direttori Scientifici..... | 40 |
| Art. 16 Collegio di Direzione..... | 41 |
| Art. 17 La Direzione Strategica..... | 43 |
| Art. 18 Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario Aziendale..... | 43 |
| 18.1 Funzioni del Direttore Sanitario..... | 44 |
| 18.2 Funzioni del Direttore Amministrativo..... | 44 |
| Art. 19 Incompatibilità dei Direttori Generale, Scientifici, Amministrativo e Sanitario..... | 45 |
| Art. 20 Comitati Tecnico Scientifici..... | 45 |
| Art. 21 Comitato Etico Territoriale Lazio Area 5..... | 46 |
| Art. 22 Organismo indipendente di valutazione - OIV..... | 48 |
| Art. 23 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili..... | 50 |
| Art. 24 Altri Comitati e Commissioni Aziendali..... | 50 |

| | |
|--|-----------|
| Art. 25 Organizzazione dell'Ente | 51 |
| 3 - L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE | 52 |
| Art. 26 L'Organizzazione Aziendale..... | 53 |
| 26.1 Gli Organi di governo | 54 |
| 26.2 Le Direzioni Scientifiche | 54 |
| 26.3 I Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca | 55 |
| 26.4 Le funzioni di supporto alla produzione clinica e di ricerca..... | 57 |
| 26.5 Le funzioni Tecnico-Amministrative..... | 58 |
| 26.6 La Direzione Medica..... | 58 |
| 26.7 La Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e Assistenziale e della Ricerca..... | 60 |
| 26.8 La UOC Farmacia | 61 |
| 26.9 Le strutture e funzioni di Staff..... | 62 |
| 26.10 Le articolazioni dei Dipartimenti e degli Staff..... | 62 |
| Art. 27 - Le relazioni tra le strutture di supporto e la produzione clinica e di ricerca | 64 |
| 4 - IL CAPITALE UMANO | 65 |
| Art. 28 Valorizzazione, formazione, tutela della salute e sicurezza del personale..... | 66 |
| Art. 29 La partecipazione nei confronti degli operatori | 68 |
| Art. 30 Il capitale umano: la dotazione attuale..... | 68 |
| Art. 31 Il Piano Triennale del Fabbisogno di personale (PTFP) | 69 |
| Art. 32 Ruolo della Dirigenza | 71 |
| Art 33 I Direttori di Dipartimento | 71 |
| Art. 34 I Direttori di Unità Operativa Complessa | 72 |
| Art. 35 I Responsabili di Unità Operativa Semplice | 73 |
| Art. 36 L'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali..... | 73 |
| Art. 37 Gli incarichi di natura professionale..... | 74 |
| Art. 38 Incarichi di Funzione del Comparto | 74 |
| 5 - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO, IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO, IL BILANCIO E LE ATTIVITA' ECONOMICO-FINANZIARIE ED AMMINISTRATIVE | 75 |
| Art. 39 Il sistema di misurazione e valutazione della performance | 76 |
| Art. 40 Sistema Informativo Sanitario..... | 77 |
| Art. 41 Bilancio economico di previsione /Bilancio d'esercizio | 77 |
| Art. 42 Performance organizzativa: Processo di Budgeting..... | 78 |
| Art. 43 Budget per l'attività di ricerca | 79 |
| Art. 44 Attività contrattuale in materia di fornitura di beni e servizi | 79 |
| 6 - LA PARTECIPAZIONE..... | 80 |
| Art. 45 La partecipazione e la tutela dei diritti degli utenti | 81 |
| La Carta dei servizi | 81 |
| I Protocolli d'intesa e gli accordi | 82 |
| L'Audit Civico..... | 82 |
| Ufficio per le Relazioni con il Pubblico | 82 |
| Art. 46 La partecipazione nei confronti delle istituzioni..... | 83 |

| | |
|---|-----------|
| Art. 47 La partecipazione nei confronti della società civile, associazioni e rappresentanza dei cittadini | 83 |
| Art. 48 La partecipazione nei confronti delle Organizzazioni sindacali..... | 84 |
| Art. 49 Relazioni sindacali | 84 |
| Art. 50 La prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione | 84 |
| Art. 51 Principio dell'accessibilità agli atti dell'Amministrazione | 85 |
| Art. 52 Adeguamento procedure IFO al GDPR n. 679/2016 ed al Codice Privacy, come modificato dal D.Lgs. 101/2018 | 85 |
| 7 - NORME TRANSITORIE E FINALI | 86 |
| Art. 53 Norme transitorie e finali..... | 87 |
| Allegato 1– Elenco Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali, Unità Operative Semplici | 88 |
| Allegato 3 – Tabella C Programmazione Integrata – Articolazione dei percorsi integrati . | 102 |
| Allegato 4 – Tabella D | 109 |
| Allegato 5 – Funzionigrammi delle funzioni Tecnico-Amministrative | 110 |

1 - ASPETTI GENERALI

Premessa

Il presente Regolamento, per gli aspetti generali, l'organizzazione e il funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico è disciplinato dal Dlgs 16 ottobre 2003, n. 288, dalla legge della Regione Lazio 23 gennaio 2006, n.2 e s.m.i., nonché dall'Atto di intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1 luglio 2004, come modificato dall'Atto di intesa della Conferenza Stato Regioni del 29 maggio 2014, recante «Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 », e dal Dlgs 23 dicembre 2022, n. 200, ed è stato redatto tenendo in dovuta considerazione le specificità degli IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e Istituto Santa Maria e San Gallicano (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. Allineati con la visione Regionale e Nazionale verso lo sviluppo di un modello sanitario “One Health”, con l'obiettivo di sviluppare un approccio olistico alla salute della persona dando priorità alla personalizzazione e alla continuità delle cure, 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, oltre che l'impegno sul terreno della ricerca traslazionale, permettono agli IFO di svolgere un ruolo da centro di riferimento nazionale.

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.

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 IRE e ISG devono e vogliono assumere un ruolo ancora più importante all'interno della ricerca nazionale e internazionale confrontandosi 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 la riorganizzazione e lo sviluppo degli assets per la ricerca clinica e delle infrastrutture a supporto così come definiti nel presente atto.

Presentazione degli IFO

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) sono il soggetto giuridico pubblico, nato nel 1926, che gestisce l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e l'Istituto Dermatologico San Gallicano (ISG), riconosciuti dal 1939 Istituti di Ricovero a Carattere Scientifico (IRCCS) ad indirizzo monospecialistico, oncologico e dermatologico.

Gli IFO sono impegnati nella ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari; prestazioni di ricovero e cura di alta specialità con relativa assistenza sanitaria; alta formazione nell'ambito delle specializzazioni di riferimento.

Il paziente viene preso in carico durante tutte le fasi della malattia e nella piena integrazione della medicina di precisione e delle terapie personalizzate Mediche, Chirurgiche, Radioterapiche, di Medicina Nucleare. La forte connotazione specialistica che caratterizza la diagnosi e cura di patologie tumorali e malattie della pelle garantisce ad ogni paziente l'approccio più adeguato al proprio bisogno di salute.

Attraverso rigorosi protocolli scientifici, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, i risultati della più moderna ricerca di base si trasferiscono con rapidità nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente caratterizzata da approccio multidisciplinari, integrato e personalizzato. Più competenze quindi appartenenti a diversi settori diagnostico-terapeutici ottimizzano e integrano così prevenzione, diagnosi precoce e terapia.

L'istituzione dei Disease Management Team (DMT) è finalizzata proprio a questo tipo di organizzazione, orizzontale e interdipartimentale.

Il sistema organizzativo dell'Istituto è rivolto ad offrire qualità e adeguatezza dei servizi attraverso la razionale gestione delle risorse, alla cui base vi sono: il miglioramento della qualità dei servizi, la valorizzazione delle risorse umane, il potenziamento del know-how dei professionisti, la capacità di attrazione per i giovani ricercatori.

La mission primaria degli IFO è contribuire al conseguimento degli obiettivi di promozione, prevenzione, mantenimento e sviluppo dello stato di salute dei cittadini assistiti, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale. L'attività di ricerca traslazionale è per garantire, con l'aiuto di dati biochimici, biomolecolari e computazionali, un approccio personalizzato alla gestione della patologia e al rapido trasferimento nella pratica clinica. La ricerca traslazionale va dal laboratorio al letto del paziente (from the bench to the bedside) e anche il ritorno dei risultati in laboratorio, per verifiche, osservazione sul funzionamento di terapie ed eventuali nuove strategie da mettere in campo.

Il Clinical Trial Center condiviso tra l'IRE e l'ISG è un esempio di integrazione organizzativa che potenzia le sinergie e valorizza le peculiarità e specificità degli studi di ricerca dei due Istituti a vantaggio della comunità scientifica, dell'industria e del cittadino.

Le attività cliniche degli Istituti Regina Elena e San Gallicano si caratterizzano per le peculiarità cliniche nel campo oncologico e dermatologico a valenza nazionale, l'elevata qualificazione delle prestazioni

specialistiche, l'alta professionalità, l'utilizzo di strumenti di avanguardia nella diagnosi come nelle terapie mediche, chirurgiche, radioterapiche, in un'ottica di medicina personalizzata e di precisione. Mediamente 10.000 sono i ricoveri tra ordinari e diurni, mentre le prestazioni ambulatoriali sono oltre 1.275.000 di cui molte di alta tecnologia come la radioterapia e le PET.

Circa 100 milioni di euro sono stati investiti nel 2018 nell'innovazione tecnologiche e strutturali per il potenziamento di ricerca e clinica e un ulteriore impulso al potenziamento del patrimonio tecnologico e digitale tecnologico sono state le opportunità di investimento previste dal PNRR.

Numerose infine le collaborazioni che vengono promosse con Università e altre istituzioni nazionali ed internazionali e realtà private anche di tipo brevettuale attraverso specifici accordi e convenzioni.

L'affidabilità, l'efficacia e l'efficienza insieme alla cura dell'organizzazione, all'attenzione alla centralità della persona e all'umanizzazione delle cure, sempre in un'ottica di massima trasparenza, equità ed integrità sono i principali valori che rappresentano gli IFO.

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

L'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena:

a) a livello nazionale e internazionale

Ricerca

- Socio fondatore e componente del Direttivo della rete nazionale di Alleanza Contro il Cancro (ACC).
- Membro del consorzio internazionale per i tumori rari dell'adulto EURACAN e Hub della rete nazionale Tumori Rari.
- Accreditamento OECD come Comprehensive Cancer Center.
- Centro della Rete italiana Screening Polmonare (RISP) Nazionale
- Sede di numerosi trial clinici sia sponsorizzati che indipendenti, molti dei quali multicentrici a livello internazionale e nazionale.
- Attrazione di significativi finanziamenti competitivi per la ricerca traslazionale e clinica (AIRC, Comunità europea, Regione Lazio, Ministero della Salute, PNRR, etc).
- Organizzazione di numerosi corsi di formazione, workshop e seminari su temi specifici di carattere oncologico.
- Partecipazione come membro associato alla rete internazionale DIGICORE per la digitalizzazione degli studi di "real world evidence".
- Unità Funzionale per la città di Roma e Provincia del Registro Tumori Regione Lazio;
- 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.

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
- Hub regionale per la diagnostica molecolare dei tumori polmonari.

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 Santa Maria e 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 dermato-venereologica 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 dermato-venereologiche 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).
- Centro di riferimento per numerose Malattie Rare individuato dalla Determinazione 19 febbraio 2023, n. G02070.
- 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.

Art. 1 Denominazioni, Sede e Sito Internet

Ai fini del presente Regolamento i due IRCCS Nazionale Tumori Regina Elena e Santa Maria 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):

- **L'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena – IRE**, è Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale riconfermato con Decreto Ministeriale del 20 giugno 2024 nella specializzazione disciplinare «Oncologia.»
- **L'Istituto Santa Maria e San Gallicano – ISG**, è Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale riconfermato con Decreto Ministeriale del 20 giugno 2024 nella specializzazione disciplinare «Dermatologia.»

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.it>

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata: protocollo@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 con numero identificativo RM2009C005439. Al fine di tutelare la propria immagine, con Deliberazione n. 971 del 09 novembre 2009 è stato adottato un Regolamento per l'utilizzo e la concessione del patrocinio del logo degli IFO, un manuale d'utilizzo del logo e la scheda per la richiesta dell'utilizzo e/o patrocinio del logo. Avendo la registrazione validità decennale, in data 10.09.2019 con Deliberazione n. 807 è stato disposto il rinnovo della registrazione del logo degli IFO presso la Camera di Commercio di Roma e successivamente con atto Deliberativo n. 658 del 10.06.2020, a seguito del rilascio da parte dell'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi del Certificato di Registrazione n. 362019000146812, si è preso atto dell'avvenuto rinnovo per ulteriori 10 anni ovvero fino al 29 settembre 2029.

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 Nazionale Tumori Regina Elena

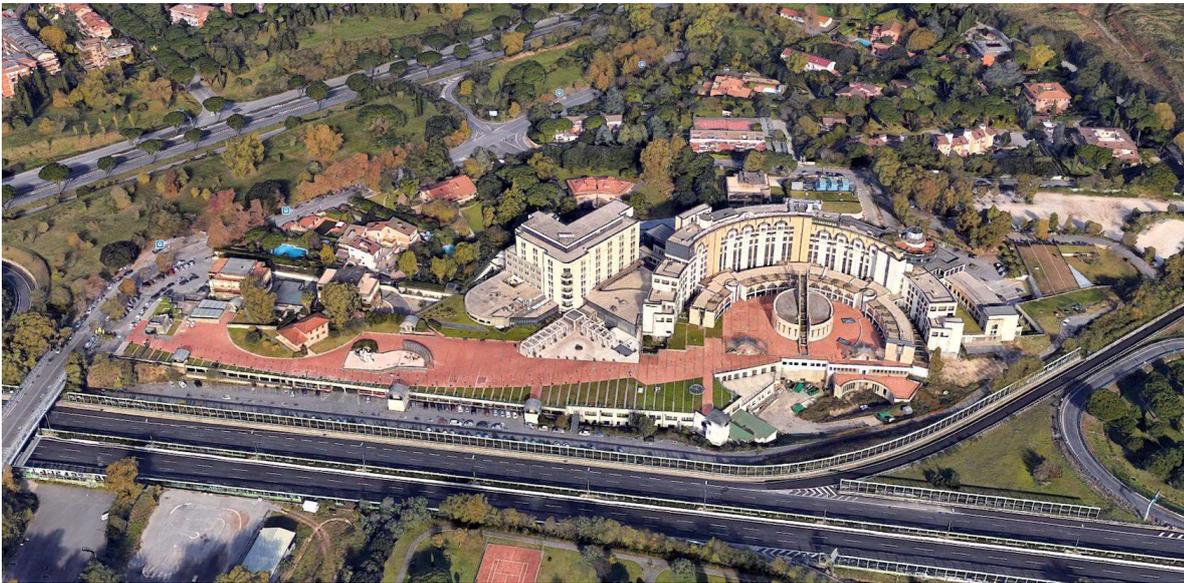


c) Il logo della Direzione Scientifica dell'Istituto Santa Maria e San Gallicano

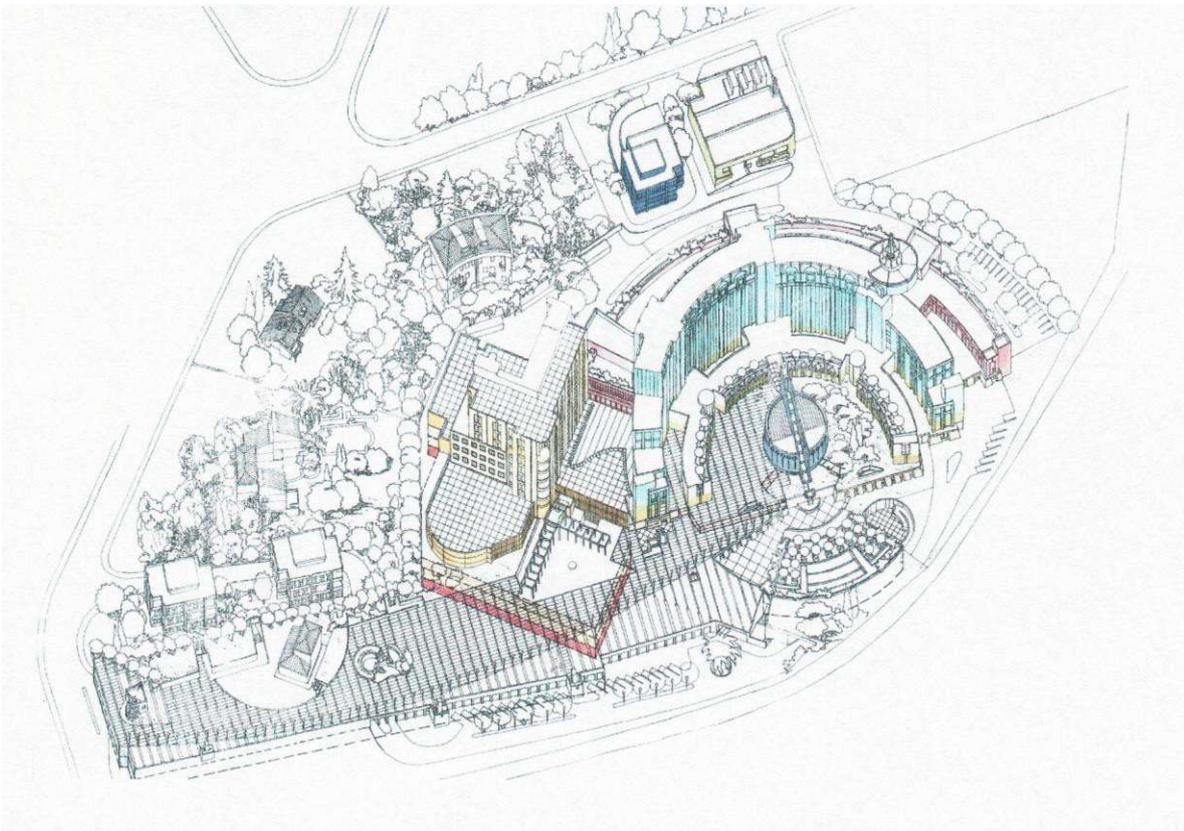


Art. 3 Patrimonio e Mappe

Immagine aerea degli IFO:



Rendering degli IFO



Il patrimonio degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO), fermo restando quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, 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.

I beni suddetti sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile. I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente previa autorizzazione della Regione Lazio.

La proprietà immobiliare degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri 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 complesso ospedaliero si articola su diversi corpi di fabbrica interconnessi fra loro: una piastra comune su tre piani interrati e un piano terra mentre in elevazione si hanno tre corpi strutturalmente distinti ma attigui, di forma semicircolare, e il più alto dei quali si compone di nove piani in elevazione; nella piastra sono raccolti 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 sette piani fuori terra, connesso direttamente con il blocco operatorio, ospita le degenze chirurgiche e gli ambulatori di Day Surgery e Day Hospital chirurgici.

All'interno del sedime ospedaliero sono presenti gli edifici secondari, sedi dei servizi amministrativi e tecnici e nel seguito descritti:

- il cosiddetto “casale”, di due piani fuori terra, sede della Biblioteca Multimediale (N.C.E.U. al foglio 869, particella 647, sub 504);
- 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, sub 506/07/08);
- l'edificio n.4, di quattro piani fuori terra e concessi in comodato d'uso alla Fondazione “San Raffaele” (ex fondazione Silvana Paolini) (N.C.E.U. al foglio 869 particella 648, sub 501); il seminterrato dell'edificio ospita invece il Centro Elaborazione Dati degli IFO;
- 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 66).
- il Centro di Formazione Bastianelli (ex Centro Congressi) 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 bastianelli è dotato di 3 aule per complessivi 400 posti e l'ammodernamento 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.

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 dieci appartamenti, oggetto di lasciti testamentari da parte di privati cittadini, dei quali sei in proprietà esclusiva e quattro in comproprietà con l'Ospedale Oftalmico Provinciale di Roma (ora ASL RM1) e l'Ospedale Bambino Gesù di Roma e come meglio specificato nel seguente elenco:

appartamenti in proprietà esclusiva:

1. Via Anton da Noli n.14 (zona Garbatella, N.C.E.U. Foglio 821 particella 168 sub 572).;
2. Via Federico Ozanam n.113 (zona Monteverde Nuovo, N.C.E.U. foglio 454 particella 134 sub. 24).
3. Piazzale Marcellino Champagnat n.30 (zona Eur , N.C.E.U. foglio 860 particella 254 sub. 8).
4. Piazzale Marcellino Champagnat n.30 (zona Eur , N.C.E.U. foglio 860 particella 254 sub. 506).
5. Via Vincenzo Renieri n. 15 (zona Ardeatino N.C.E.U. foglio 878 particella 372 sub.3).
6. Via Vincenzo Renieri n. 15 (zona Ardeatino N.C.E.U. foglio 878 particella 372 sub.16).

appartamenti in comproprietà paritaria:

7. Via delle Fornaci n.49 (zona Aurelio N.C.E.U. foglio 430 particella 100 sub10).
8. Via Aurelia n.72 (zona Aurelio N.C.E.U. foglio 381 particella 57 sub. 20).
9. Via Aurelia n.72 (zona Aurelio N.C.E.U. foglio 381 particella 57 sub. 21).
10. Via Teodoro Valfrè n.12 (zona Aurelio N.C.E.U. foglio 425 particella701 sub.171).

.Art. 4 Dotazione di posti letto

La Dotazione di posti letto per gli IFO nella Deliberazione 7 dicembre 2023, n. 869 Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015 prevede un totale di 291 posti di degenza ordinaria e dh.

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

| IRCCS | Tipologia Assistenza | | | Totale | | |
|----------------------|----------------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|
| | ORD | DH | Tot. | ORD | DH | Tot. |
| Regina Elena | 217 | 43 | 260 | 217 | 43 | 260 |
| San Gallicano | 17 | 14 | 31 | 17 | 14 | 31 |

Art. 5 Articolazione interna

L'articolazione interna è suddivisa in:

- ✓ **Direzione Strategica:** Direzione Generale, Direzione Scientifica IRE, Direzione Scientifica ISG, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa
- ✓ Dipartimento di Chirurgia Oncologica e Robotica
- ✓ Dipartimento di Oncologia, Ricerca e Sostegno alle Cure
- ✓ Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate
- ✓ Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica
- ✓ UOC Direzione Medica
- ✓ UOC DITRAR
- ✓ UOC, UOSD e UOS Tecnico – Amministrative
- ✓ UOC, UOSD e UOS dell'Area di Staff
- ✓

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 realizza un modello di governance che, potenziando le sinergie, valorizza 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 Nazionale Tumori Regina Elena e Santa Maria 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 attraverso il reperimento di finanziamenti competitivi a livello regionale, nazionale e internazionale;
- b. garantire prestazioni di eccellenza;
- c. promuovere l’innovazione e il trasferimento tecnologico;
- d. 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;
- e. consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
- f. 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 complementarità di ruoli e di continuità assistenziale;
- g. sviluppare un know-how specialistico in ambito oncologico e dermatologico fortemente innovativo, aggiornarne ed affinarne costantemente i saperi e le pratiche professionali, facendone il tratto distintivo dell’Istituto;
- h. 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;
- i. 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;
- j. 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;
- k. essere protagonista nella transizione digitale anche attraverso lo sviluppo di un complesso “datawarehouse” come collettore dei dati clinici e di ricerca al fine di effettuare analisi complesse dei “big data” assistenziali e di ricerca generati quotidianamente dagli istituti per determinarne l’impatto clinico e scientifico.

6.2 La ricerca scientifica dell’Istituto Regina Elena

L’IRCCS - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena ha, come obiettivo fondamentale il potenziamento

del carattere altamente traslazionale della propria ricerca oncologica attraverso una più intensa e integrata collaborazione tra i ricercatori dell'area laboratoristica e gli esponenti dell'area clinico-assistenziale tra cui le chirurgie, le oncologie mediche, le divisioni diagnostiche, la radioterapia e la medicina nucleare. La Direzione Scientifica è proiettata al raggiungimento di obiettivi ritenuti primari affinché l'Istituto diventi più produttivo e competitivo in uno scenario nazionale ed internazionale caratterizzato da una rapidissima evoluzione delle terapie oncologiche sempre più basate sulla conoscenza delle alterazioni genetiche ed epigenetiche dei tumori e sullo sviluppo di nuove terapie bersaglio ed immuno-oncologiche, così come sull'analisi dei big data e sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale. Le attività dell'Istituto, inoltre, sono inquadrare in un'ottica di costante collaborazione con le istituzioni a livello locale (es. Università, Istituti CNR, piccole-medie aziende del territorio), con altri IRCCS in progetti di rete nazionali finanziati dal Ministero, e in reti sovra-nazionali a livello europeo quali OECS, DIGICORE, EATRIS, EOSC e anche fuori dall'Europa.

6.3 La ricerca scientifica dell'Istituto San Gallicano

La ricerca, prevalentemente traslazionale, si concentra sulle patologie dermatologiche oncologiche (Melanoma e Non Melanoma Skin Cancer), immuno-infiammatorie (soprattutto psoriasi, acne, vitiligine, dermatiti allergiche, dermatiti professionali e ambientali), infettive e venereologiche (specie HPV, HIV-AIDS dermatosi collegate, Sifilide, Sarcoma di Kaposi, Lichen-Sclerosus), porfirie e emocromatosi, dermatosi tropicali e da importazione. Grande rilievo è stato dato in questi anni, anche a causa della pandemia da COVID-19, alle attività clinico-scientifiche a supporto dei pazienti socialmente fragili (immigrati e senza fissa dimora, minori stranieri non accompagnati, donne vittime di tratta). Le attività dell'Ente sono naturalmente inquadrare in un'ottica di costante collaborazione con altre Istituzioni, sia a livello nazionale sia internazionale (es. Università, altri Enti ed Istituti di Ricerca, Aziende italiane ed estere).

6.4 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.

6.5 La vision e i valori degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri

La **vision** degli IFO è contenuta nei seguenti elementi:

- creare una forte identità, come motore del posizionamento strategico in campo internazionale per l'oncologia e la dermatologia;
- 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 e 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 nel vissuto 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 e i comportamenti 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 impegnano 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

Sono perseguite dagli Istituti:

- **P'efficacia attesa**, ovvero la capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti cui è rivolto;
- **P'efficacia pratica**, ovvero i risultati ottenuti dalla sua applicazione di routine;
- **P'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, adeguando 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.

È garantita la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati; è garantita altresì la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, nell'ambiente interno ed in quello esterno. È 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 Regolamento.

- 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 e dermatologiche provocano sicuramente uno sconvolgimento nella vita dei pazienti e spesso ne compromettono 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 rafforzano 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, come

modificate dall'art. 4 del Dlgs n. 200 del 23 dicembre 2022.

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 smi, 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, come modificate dall'art. 4 del Dlgs n. 200 del 23 dicembre 2022, 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, come modificate dall'art. 4 del Dlgs n. 200 del 23 dicembre 2022, 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, come modificati dal Dlgs n. 200 del 23 dicembre 2022, 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 funzione "Comunicazione, Stampa e Relazioni Esterne", in diretta collaborazione con il Direttore Generale, cura 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 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., nonché cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le associazioni di tutela dei Cittadini.

8. Functional Cancer Board: L'Istituto seguendo le indicazioni OECI sul processo di

accreditamento dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena come Comprehensive Cancer center si è impegnato ad istituire il Functional Cancer Board (FCB), un comitato consultivo, che coinvolge sia l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena che l'Istituto Santa Maria e San Gallicano, con l'obiettivo di discutere le problematiche oncologiche e formulare raccomandazioni sulle migliori strategie di gestione da adottare.

Il FCB ha specifiche competenze in merito al governo delle attività cliniche e di ricerca e alla valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, con particolare riguardo all'appropriatezza, all'efficacia e all'efficienza dei servizi e delle prestazioni, anche attraverso processi di valutazione comparativa, all'introduzione di nuove tecnologie, all'innovazione scientifica, alla allocazione delle risorse.

Inoltre, il FCB partecipa alle attività di programmazione, tra cui la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative in campo oncologico.

Obiettivi del FCB:

- Prendere atto degli obiettivi strategici comuni e condivisi di IRE e ISG
- Esprimere pareri e proposte sui programmi di attività relativi all'assistenza, alla ricerca e alla formazione in campo oncologico
- Favorire un'efficace comunicazione e condivisione di strategie tra IRE e ISG in ambito oncologico.

Il FCB è presieduto dal Direttore Generale.

Il FCB si riunisce ogni 2 mesi; possono essere programmate riunioni straordinarie per questioni urgenti.

Art. 9 Governo Clinico e Programmazione Integrata

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, adottano i principi e gli strumenti del Governo Clinico come elementi strategici del proprio modello organizzativo per perseguire il miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza, supportando l'integrazione della visione della componente clinico-assistenziale con quella organizzativo-gestionale e il potenziamento dell'integrazione tra 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 Direzione Strategica sviluppa l'attività clinica per obiettivi di salute e percorsi di continuità assistenziale, privilegiando la partecipazione multiprofessionale e multidisciplinare e coinvolgendo le figure professionali in funzione della competenza ed esperienza necessarie per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

L'azione di governo clinico è centrata sul miglioramento dei flussi assistenziali attraverso la programmazione integrata di percorsi con connessioni strutturate e identificazione, ai vari livelli, di ruoli di riferimento e di responsabilità, al fine di integrare, armonizzare e coordinare la gestione dei servizi in comune e le attività tra i diversi setting aziendali.

I ruoli di riferimento dei percorsi aziendali sono individuati con un mandato istituzionale con indicazione dei compiti e della metodologia di coordinamento dei gruppi multidisciplinari e gli strumenti di condivisione delle informazioni cliniche.

I percorsi aziendali sono programmati e governati dai coordinamenti operativi attraverso la produzione e revisione periodica di indicazioni operative che definiscono le funzioni, le tempistiche, l'operatività e le priorità.

Il monitoraggio costituisce lo strumento che consente alla programmazione aziendale la flessibilità in grado di soddisfare le esigenze dei pazienti, garantire una risposta efficace alle mutevoli esigenze sanitarie, fornire servizi sanitari efficienti e mantenere elevati standard di sicurezza e di qualità delle cure. Il sistema di monitoraggio riguarda l'evoluzione del fabbisogno, l'analisi dell'appropriatezza della produzione, l'utilizzo delle risorse umane e del budget, i risultati assistenziali secondo gli indicatori di processo e di esito dei percorsi, dei LEA, del Nuovo Sistema di Garanzia, del PNE e del Pre.Val.E.

Gli incontri periodici di Audit costituiscono la modalità di condivisione dei risultati assistenziali e la sede per definire il piano di miglioramento annuale e gli obiettivi della formazione sul campo per ciascuna linea di attività.

L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare costituisce il perno del modello organizzativo.

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 e di ricerca;
- 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 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 ed 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.

La strategia che gli IFO intendono perseguire, basandosi sul sistema di Governo Clinico e la Programmazione integrata 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 diagnosi, cura e di continuità.

Nell'allegato C sono sinteticamente rappresentati l'articolazione, le modalità di coordinamento, le linee di indirizzo e le principali delibere Regionali e Aziendali di riferimento attualmente in vigore dei seguenti percorsi integrati:

- Percorso Chirurgico
- Percorso Oncologico
- Percorso Malattie Rare
- Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive
- Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting
- Liste di attesa

9.1 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 il monitoraggio dei processi e degli esiti delle attività mediante un sistema di indicatori "ad hoc", lo sviluppo, messa in atto e monitoraggio di procedure organizzative e 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.

È 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 monitora near miss, eventi avversi, eventi sentinella e alimenta la piattaforma regionale SIRES (Sistema Regionale di Segnalazione) per la parte relativa agli eventi: inoltre elabora e contribuisce a realizzare il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

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 per la gestione del Rischio Sanitario (PARS). 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. “Il Risk Manager è componente di tale comitato”.

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.

Considerando inscindibili la Qualità, il Rischio Clinico e l’Accreditamento, elementi essenziali della Clinical Governance, secondo i più recenti orientamenti organizzativi e scientifici, nel 2018, sulla base dell’esperienza consolidata nel diffondere la cultura della “qualità” e “Sicurezza delle cure”, la Direzione Strategica, in occasione della riorganizzazione rispetto a quanto previsto dal Regolamento Organizzativo Funzionale (ROF) del 2015, ha previsto la costituzione di una Unità di “Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico - QuARC” tra le unità di staff alla Direzione Strategica al fine di rafforzare gli interventi già messi in atto e di renderli ancora più capillari nell’intera organizzazione.

Il QuARC è una Unità Operativa Dipartimentale di collegamento tra la Direzione Strategica, le Direzioni Scientifiche, la UoC delle Professioni Sanitarie e i Dipartimenti Clinici all’interno dei quali costituisce un trade union tra i medici, il personale sanitario infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione e degli operatori di supporto al fine di adottare e mantenere buone pratiche cliniche e al contempo di supportare l’integrazione tra clinica e ricerca.

Queste in sintesi le funzioni del QuARC:

- Elaborazione di programmi finalizzati alla gestione e al governo del rischio clinico, con l’obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni di assistenza sanitaria ed aumentare la sicurezza e l’incolumità degli utenti (pazienti e visitatori) e degli operatori.

- Elaborazione di specifiche procedure e percorsi diagnostico-terapeutici volti a migliorare la gestione del paziente in condizioni critiche e più in particolare nelle sale operatorie e nelle aree con cronicità.
- Utilizzo di metodi, strumenti ed azioni volte a identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.
- Promozione sistematica e permanente della qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute ed il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa, attraverso le politiche di governo clinico.
- Contributo allo sviluppo di un contesto aziendale motivato ed orientato verso il miglioramento continuo della qualità tramite un approccio che metta in relazione ed integri gli aspetti clinici, gestionali ed economici, nonché quelli della ricerca e dello sviluppo, della sicurezza dei pazienti e degli operatori, dell'informazione e della valutazione delle tecnologie sanitarie, della formazione continua.
- Supporto al management aziendale nella stesura e nella implementazione dei piani aziendali di miglioramento.
- Supporto alle diverse articolazioni aziendali nell'impianto e nello sviluppo dei programmi di miglioramento qualitativo attraverso un approccio multi- disciplinare di sistema che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione.
- Promozione della gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure.
- Gestione delle attività per la promozione della qualità, attinenti al sistema di accreditamento istituzionale.
- Coordinamento dei progetti e delle iniziative di miglioramento della qualità e della sicurezza diffusione delle conoscenze e degli strumenti per promuovere il cambiamento.
- Assistenza ai processi di implementazione e gestione dei sistemi di accreditamento e di certificazione della qualità.
- Definizione e implementazione di specifici indicatori di performance.
- Promozione di programmi orientati alla prevenzione degli eventi avversi e alla tutela della sicurezza dei pazienti.
- Formulazione di proposte e direttive per la rilevazione degli errori e la gestione degli eventi avversi.
- In coordinamento con la Direzione Medica ed il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere, avvio ed implementazione dei sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, con particolare attenzione alla prevenzione della sepsi, alla sorveglianza microbiologica, all'antibioticoresistenza, all'adozione delle procedure che garantiscano l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, ai protocolli per la profilassi antibiotica e alla procedura per il lavaggio delle mani.
- Realizzazione di progetti formativi specifici sulla sicurezza delle cure.
- Attività di internal auditing:
 - Identificazione e valutazione dei principali rischi in relazione ai processi aziendali
 - Predisposizione del piano annuale di audit
 - Identificazione delle professionalità necessarie e coordinamento delle attività di audit
 - Definizione delle azioni di miglioramento e di follow-up.

9.2 PDTA – DMT - PACO

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” e di strumenti quali i Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA), i Disease Management Team (DMT) e il Punto Assistenza in continuità Oncologica (PACO): ‘strumenti’ di gestione clinica e di ricerca che consentono di delineare, il miglior percorso realizzabile all'interno degli Istituti e delle reti di patologia.

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.

La continuità assistenziale dei pazienti prevede un piano proattivo di trattamento e sorveglianza clinico-strumentale predisposto dal DMT e gestito dal case manager.

Il Team Multidisciplinare di Malattia (Disease Multidisciplinary Team – DMT), è un gruppo coordinato di tutte le professioni mediche e sanitarie che si occupano di una specifica patologia.

Nel DMT l'approccio terapeutico è guidato dalla volontà di giungere a decisioni cliniche condivise, basate sull'evidenza e di coordinare la somministrazione delle cure in ogni momento del processo terapeutico, incoraggiando i pazienti a essere parte attiva in questo percorso di cura

I DMT concorrono alla definizione e raggiungimento, nel più breve tempo possibile, del miglior Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per il paziente (finalità esterna), garantendo la partecipazione del paziente alle decisioni assunte, sulla base dei principi della Medicina 4P: Preventiva, Partecipata nelle decisioni, Predittiva di risultati appropriati, Personalizzata sul paziente.

Per ciò che concerne la finalità esterna, dal momento della diagnosi o del sospetto diagnostico il DMT assicura la predisposizione di un piano assistenziale individuale (PAI), comprendente, in base ai dati clinici ed anatomo-patologici:

- gli esami diagnostici e di stadiazione più opportuni;
- il trattamento più appropriato (o la scelta fra più opzioni egualmente valide da sottoporre anche al paziente);
- il supporto psicologico;
- il livello assistenziale necessario e gli interventi riabilitativi o di mantenimento (sulla base della complessità del caso clinico);
- l'eventuale attivazione di servizi paralleli, quali la terapia del dolore o le cure palliative simultanee.

Questo processo decisionale è supportato dalle evidenze cliniche e scientifiche, basato su linee guida nazionali e internazionali definite.

Ove possibile, inoltre, il Team può fornire opzioni circa l'inclusione dei pazienti nei trials clinici.

Il trattamento personalizzato così definito considera, pertanto, la complessità generale del paziente, le co-morbidity, le sue eventuali fragilità e in alcuni casi la sua età e l'aspettativa di vita, includendo in questa valutazione, oltre al risultato clinico in sé, anche gli aspetti inerenti la qualità della vita e le preferenze del paziente rispetto ai trattamenti proposti. A tal fine, ogni DMT potrà prevedere un modulo informativo sul piano predisposto, da condividere con il paziente e il caregiver al momento della presa in carico.

Nei DMT si discutono i casi clinici almeno al primo accesso, ad ogni rivalutazione del trattamento, in caso di ricaduta di malattia, per la definizione di affidamento e contenuto del follow-up.

In ottemperanza alle norme di buona pratica clinica (GCP) si discutono nel DMT le deviazioni al protocollo terapeutico apportate o che si vogliono apportare (nel caso di inserimento in sperimentazioni/trial clinici) e le complicanze maggiori intervenute durante il trattamento o il follow-up, secondo un ordine del giorno prestabilito. Tutti i casi clinici vengono presentati e i casi di maggiore complessità vengono discussi

Di seguito i DMT attualmente attivi negli IFO.

DMT

- Neoplasie della Mammella
- Neoplasie della Tiroide
- Neoplasie Ematologiche
- Neoplasie Gastro-intestinali ed Epatobilipancratiche
- Neoplasie Ginecologiche
- Neoplasie Muscoloscheletriche Sarcomi (osso, p.m. e viscerali) e GIST
- Neoplasie Neuroendocrine
- Neoplasie SNC
- Neoplasie Testa Collo
- Neoplasie Toraco Polmonari
- Neoplasie Genito-Urinarie
- Melanoma
- Neoplasie cutanee non melanoma
- Psoriasi
- Porfirie

PACO

Il paziente neoplastico, pur avendo delle caratteristiche di paziente "cronico", per la complessità della patologia di base e per le comorbidity, presenta delle condizioni che possono complicare il normale decorso della malattia e renderlo un paziente "acuto", che deve essere preso in carico e gestito come paziente urgente. Anche le terapie innovative che si sono affermate nei tempi più recenti possono determinare complicazioni sistemiche che richiedono una tempestiva e corretta diagnosi e terapia.

Il Punto Assistenza in Continuità Oncologica (PACO) permetterà la gestione di queste situazioni di 'urgenza', contribuendo quindi a evitare il ricorso al Pronto Soccorso e assicurando una gestione mirata dei casi.

Il PACO infatti garantirà un punto di assistenza 24 ore/die, 7 gg settimana, con accesso diretto, ai nostri

pazienti oncologici con complicanze, sintomi e da tossicità dei farmaci oncologici o effetti secondari non trattabili a domicilio

I pazienti accolti verranno presi in carico e gestiti in permanenze brevi di osservazione per qualche ora, per eseguire esami e accertamenti utili all'inquadramento del caso. Ogni volta che clinicamente il ricovero non si renderà necessario, il paziente dopo aver ricevuto le cure sarà dimesso al domicilio.

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 e Assegni di ricerca.

Ai sensi del Decreto Interministeriale n. 402/2017 gli IFO, quindi, sono pienamente inseriti nella rete formativa collegata della Università "Sapienza" e nella rete formativa complementare di altre Università Regionali ed extra-regionali e nella rete formativa di Università straniere.

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. La Regione attribuisce al Direttore Generale, all'atto della nomina, ulteriori specifici obiettivi funzionali al raccordo tra attività di assistenza e quella di ricerca, nonché alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca definito per l'Istituto e approvato dal Ministero della salute.

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 UOC Direzione Medica, 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 dall'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 dal Regolamento di Organizzazione e Funzionamento;
- 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 del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento;
- 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 con particolare riferimento alle scelte strategiche ed alla valorizzazione del patrimonio 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 di Indirizzo e Verifica svolge le funzioni previste dall'art. 4 della LR n. 2/2006 e smi.

Il Consiglio determina gli indirizzi e gli obiettivi dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale e verifica la corrispondenza agli stessi delle attività svolte e dei risultati raggiunti. In caso di risultato negativo, il consiglio riferisce al Presidente della Regione proponendo le misure da adottare.

Il consiglio, inoltre, esprime parere obbligatorio in ordine agli atti del direttore generale relativi:

- all'adozione del regolamento di organizzazione e funzionamento;
- all'adozione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio;
- 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.

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 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.

Il Consiglio provvede a nominare i componenti del Comitato Tecnico Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico.

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.

Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato provvederà senza indugio alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica.

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.2 del Dlgs 23 dicembre 2022, n. 200, da tre componenti effettivi.

I componenti del Collegio Sindacale debbono essere in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 4, comma 6 del decreto legislativo n. 288 del 2003 e s.m.i.: *“scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della giustizia, ovvero fra i funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali”*

Detto organo:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi;
- 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 aziendale e provvede a ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

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, fatta salva l'attività di ricerca preclinica, clinica, traslazionale e di formazione, esercitata nell'interesse esclusivo dell'Istituto, senza ulteriore compenso. 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 alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e la scelta del personale medico e sanitario non medico dei rispettivi Istituti di appartenenza.

I Direttori Scientifici propongono al Consiglio di Indirizzo e Verifica i nominativi non elettivi 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;
16. esprimere parere sulle determinazioni inerenti le attività cliniche e scientifiche dell'Istituto, le assunzioni e la scelta del personale medico e sanitario non medico e presiedere le commissioni per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa.

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.

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.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione quale organo dell'Istituto che concorre al governo delle attività cliniche, alla elaborazione del programma di attività dell'Istituto, all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale, nonché sul buon utilizzo delle risorse umane ed è consultato obbligatoriamente per le questioni a ciò attinenti. Il Collegio concorre, inoltre, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e a quelle ad alta integrazione sanitaria; partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, della didattica, dei programmi di formazione e all'individuazione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Concorre, altresì, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Ente, con particolare riferimento all'individuazione delle linee di sviluppo, degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

Il Collegio di direzione partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, ai processi di valorizzazione e individuazione degli incarichi professionali.

Il Collegio di Direzione, ai sensi della DGR 310 del 2 maggio 2024, è nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e ne convoca gli incontri. Si riunisce, di norma, almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).

La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza).

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

Per le decisioni da assumere, il Collegio di direzione osserva i seguenti criteri:

- a) maggioranza assoluta (*metà più uno dei componenti*) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, al Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, al Programma annuale di formazione, ai Progetti di ricerca e innovazione, e più in generale per tutti gli atti a valenza programmatica;
- b) maggioranza semplice (*metà più uno dei presenti*) negli altri casi.

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

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

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

- i Direttori Scientifici IRE ed ISG;
- il Direttore Sanitario;
- il Direttore Amministrativo;
- i Direttori di Dipartimento;

- il Direttore UOC Direzione Medica;
- il Direttore UOC Ditrar.
-

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.

Art. 17 La Direzione Strategica

Il Direttore Generale, i Direttori Scientifici IRE ed ISG, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo costituiscono la Direzione Strategica che si riunisce periodicamente nell'Ufficio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale. L'Ufficio di Direzione è la sede di coordinamento delle attività del Direttore Generale e quelle dei Direttori Scientifici, al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza.

Art. 18 Il Direttore Amministrativo e il 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento e dai regolamenti aziendali.

Come Direttore dei Servizi clinico-assistenziali dell'Azienda, indirizza e coordina le articolazioni aziendali, attese le autonomie funzionali di Dipartimenti, 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 dai Direttori/Responsabili delle UU.OO.CC e UU.OO.SS.DD 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 presidono 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento e dai regolamenti aziendali.

Indirizza e coordina le articolazioni aziendali, attese le autonomie funzionali delle UU.OO. 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 inconfiribilità, 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, fatta salva per il Direttore Scientifico l'attività di ricerca preclinica, clinica, traslazionale e di formazione, esercitata nell'interesse esclusivo dell'Istituto, senza ulteriore compenso.

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;
- 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 Territoriale Lazio Area 5

Ai sensi della normativa vigente, presso la Regione Lazio sono istituiti con DETERMINAZIONE GSA n G01659 del 10/02/2023 il Comitato Etico LAZIO AREA 1, LAZIO AREA 2, LAZIO AREA 3, LAZIO AREA 4, LAZIO AREA 5, e sono così definiti:

- a. Comitato Etico Area 1 con sede e Segreteria Tecnico Scientifica presso AOU Policlinico Umberto I al quale afferiscono: AOU Policlinico Umberto I, AOU Sant'Andrea, ASL RM1, ASL Latina, ASL Rieti, AO San Giovanni Addolorata;
- b. Comitato Etico Area 2 con sede e Segreteria Tecnico Scientifica presso AOU Policlinico Tor Vergata al quale afferiscono: AOU Policlinico Tor Vergata, Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, ASL RM 2, ASL RM6, ASL Frosinone;
- c. Comitato Etico Area 3 con sede e Segreteria Tecnico Scientifica presso Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS al quale afferiscono: IRCCS Policlinico Agostino Gemelli, Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina-Gemelli Isola; ASL RM4, ASL RM5;
- d. Comitato Etico Area 4 con sede e Segreteria Tecnico Scientifica presso IRCCS Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" (INMI) al quale afferiscono: IRCCS Istituto

Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” (INMI), AO San Camillo Forlanini, ASL RM 3, ASL Viterbo;

- e. **Comitato Etico Area 5 con sede e Segreteria Tecnico Scientifica presso IRCCS Istituti Fisioterapici Ospedalieri** al quale afferiscono: IRCCS Istituti Fisioterapici Ospedalieri, IRCCS San Raffaele Pisana, IRCCS Fondazione Santa Lucia, IRCCS Fondazione G.B. Bietti, IRCCS Istituto Dermopatico dell’Immacolata.

Il Comitato Etico Territoriale (CET) Lazio Area 5, con sede presso gli I.F.O. è un organismo indipendente, anche dall’Ente presso il quale ha sede, svolge la propria funzione in conformità alla normativa vigente nazionale e internazionale ed ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che partecipano ad uno studio clinico e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Il CET Lazio Area 5 è competente per emettere parere, in via esclusiva, sui medicinali per uso umano di fase I, II, III, IV e per gli aspetti compresi nella parte I e II del Reg. EU 536/2014; per la valutazione delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici ai sensi del Reg. EU Medical Device 745/2017, è altresì competente in via esclusiva per la valutazione di studi osservazionali farmacologici.

Il CET Lazio Area 5 esercita anche le funzioni sin qui svolte dai Comitati esistenti concernenti ogni altra questione sull’impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relative allo studio di prodotti alimentari e ogni altra tipologia di studio avente oggetto di indagine generalmente rimessa al parere di Comitati Etici, nonché le funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività di ricerca e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona.

Il CET Lazio Area 5 può svolgere anche funzioni consultive su questioni diverse dalla valutazione di sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano, di indagini cliniche sui dispositivi medici e di studi osservazionali farmacologici, su richiesta da parte di centri clinici presenti nella Regione.

Il CET Lazio Area 5 può promuovere momenti di formazione e di sensibilizzazione etica di operatori sanitari, organizzando incontri, seminari su tematiche in materia etica nella sperimentazione clinica e di bioetica ed è competente per la valutazione di richieste di Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica, ai sensi della normativa vigente.

La normativa europea in materia di sperimentazione clinica e, in particolare il Regolamento UE n. 2014/536 del Parlamento Europeo e del Consiglio 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, introduce l’utilizzo per i Paesi Membri della Piattaforma denominata Clinical Trials Information System (CTIS) dell’EMA utilizzata dal CET Lazio Area 5 in qualità di valutatore attraverso il proprio personale certificato.

Il CET Lazio Area 5 garantisce le qualifiche e l’esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti, attraverso la nomina, da parte della Regione Lazio, di componenti in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali e dei dispositivi medici e nelle altre materie di competenza del comitato etico, nonché in ambito regolatorio.

La composizione rispetta le figure previste dal Decreto del 30 gennaio 2023 del Ministero della Salute recante "*Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali*"

A tal fine la composizione deve prevedere almeno:

- ✓ 3 clinici di cui uno esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive;
- ✓ 1 medico di medicina generale territoriale;
- ✓ 1 pediatra;

- ✓ 1 biostatistico;
- ✓ 1 farmacologo;
- ✓ 1 farmacista ospedaliero;
- ✓ 1 esperto in materia giuridica;
- ✓ 1 esperto in materia assicurativa;
- ✓ 1 medico legale
- ✓ 1 esperto di bioetica;
- ✓ 1 rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata nella sperimentazione;
- ✓ 1 rappresentante delle associazioni dei pazienti o cittadini impegnati sui temi della salute;
- ✓ 1 esperto in dispositivi medici;
- ✓ 1 ingegnere clinico o un fisico medico;
- ✓ 1 esperto in nutrizione in relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo
- ✓ 1 esperto di genetica in relazione agli studi di genetica;

Con la Determinazione della Regione Lazio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, del 06 giugno 2023, n. G07870 sono stati nominati i Componenti dei Comitati Etici Territoriali tra i quali i Membri del Comitato Etico Territoriale Lazio Area 5. La durata del mandato dei componenti, compreso il Presidente è, ai sensi della normativa vigente, di 3 anni rinnovabili consecutivamente una sola volta per un totale di 6 anni.

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri hanno recepito la Determinazione di nomina da parte della Regione Lazio con Deliberazione n. 565 del 26 giugno 2023.

Art. 22 Organismo indipendente di valutazione - 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 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 opera in staff alla direzione aziendale, in posizione di autonomia ed 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 opera la Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance con funzioni di supporto all'OIV per lo svolgimento delle sue attività.

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:

- 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 (M.T.B.);
- h) il Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.);
- i) il Comitato di Budget;
- j) la Commissione Interna Sperimentazioni Cliniche (CISC);
- k) il Comitato Scientifico della Formazione Aziendale (C.S.F.A.);
- l) il Functional Cancer Board (F.C.B.).

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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento. 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, ferme restando le disposizioni di legge nazionale vigenti in materia di IRCSS, quanto contenuto nell'Atto di intesa Stato-Regioni stipulato il 1 luglio 2004, come modificato con Atto di Intesa Stato Regioni del 29 maggio 2014 e dal Dlgs 23 dicembre 2022, n. 200, è redatto in base a quanto disposto nella DGR 310 del 2 maggio 2024 “*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 del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento saranno predisposti/aggiornati 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, 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 Nazionale Tumori Regina Elena e Santa Maria 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, 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.

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.
- 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 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.

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.

Tutti i componenti degli organi di governo debbono essere in possesso di un diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999 n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale e di comprovata esperienza e competenza in campo amministrativo, economico, finanziario, medico o biomedico, assicurando l'assenza di conflitti d'interesse.

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.

26.2 Le Direzioni Scientifiche

Oltre a quanto già indicato all'art 15 del presente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, 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, due 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.

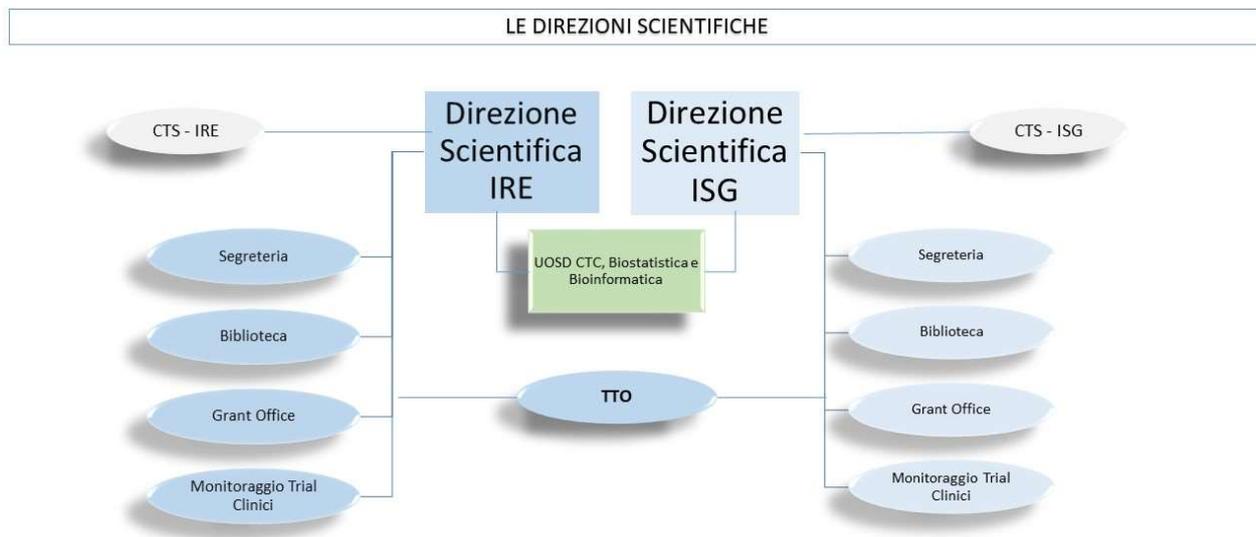
I Direttori Scientifici coordinano i Grant Office (GO) ed il Technology Transfer Office (TTO). Obiettivi dei GO sono:

- Aumentare la quota di finanziamenti per la ricerca sia quella delle 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 UOSD Biobanca Oncologica a scopo di ricerca 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 Clinical Trial Center, 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.



10

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. 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 di Chirurgia Oncologica e Robotica (DCOR)
- Dipartimento di Oncologia, Ricerca e Sostegno alle Cure (DORSC);
- Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate (DRTA);
- Dipartimento di Clinica e Ricerca Dermatologica (DCRD).

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 vista 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.

La Direzione del Dipartimento è supportata da una segreteria, dalla Direzione Medica, dal Ditrar, dalle 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, Accreditemento 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.

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 le seguenti:

- Funzioni tecnico - amministrative
- Direzione Medica
- Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenziale e della Ricerca.
- Staff

26.5 Le funzioni Tecnico-Amministrative

Per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione di servizi ai cittadini, sono essenziali funzioni di supporto amministrativo e tecnico.

Tali funzioni sono individuate sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ svolgimento di processi di governo delle risorse umane, economiche, tecnologiche e strumentali;
- ✓ svolgimento di processi di supporto logistico e organizzativo all'erogazione dei servizi ai cittadini;
- ✓ gestione dei contratti di fornitura di beni e servizi;
- ✓ gestione degli investimenti e valorizzazione del patrimonio aziendale, anche al fine dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale e della sicurezza sui luoghi di lavoro.

Le funzioni Tecnico-Amministrative sono assicurate attraverso unità operative complesse, unità operative semplici dipartimentali, unità operative semplici e si occupano di:

- 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 affari generali, 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.

Svolgono 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.

Le funzioni tecnico – amministrative sono coordinate dal Direttore Amministrativo e ricercano le modalità per soddisfare il fabbisogno di integrazione organizzativa e gestionale, a supporto di tutte le attività sanitarie, in una logica *client oriented*.

26.6 La Direzione Medica

La **Direzione Medica** è una U.O.C. che 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.

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 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.

La UOC Direzione Medica si articola in tre Unità Operative Semplici (UOS):

- UOS ALPI
- UOS Liste d'attesa e coordinamento percorsi ambulatoriali
- UOS Appropriata Organizzativa e SIO

Le aree di responsabilità della Direzione Medica 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 dei pazienti 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;
- 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.
- presidia la gestione della libera professione intramurale in regime di ricovero ed ambulatoriale attraverso la UOS ALPI;
- assicura le attività del Punto Assistenza Continuità Oncologica (PACO);
- mantiene le Relazioni con il Pubblico attraverso l'URP.

26.7 La Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e Assistenziale e della Ricerca

La Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e Assistenziale e della Ricerca (DITRAR) è una struttura in staff alla Direzione sanitaria aziendale con autonomia organizzativa e gestionale, che concorre al perseguimento della mission aziendale, assicurando efficienza, efficacia e appropriatezza delle attività assistenziali, tecniche e riabilitative.

L'UOC DITRAR in particolare ha:

- Responsabilità del governo dei processi di assistenza infermieristica, tecnico-sanitaria e riabilitativa;
- Responsabilità della gestione delle risorse umane delle professioni sanitarie che operano funzionalmente all'interno delle UU.OO. cliniche e di ricerca.

La UOC DITRAR si articola in tre Unità Operative Semplici (UOS):

- UOS Processi assistenziali e riabilitativi;
- UOS Professioni Tecnico Sanitarie;
- UOS Ricerca e Sviluppo di nuovi modelli assistenziali e gestionali delle professioni sanitarie.

Il DITRAR in termini organizzativo-gestionali assicura:

- Pianificazione dei fabbisogni di personale infermieristico, tecnico, riabilitativo e di supporto;
- Organizzazione e gestione diretta delle risorse umane assegnate alle diverse linee di attività;
- Partecipazione al processo di budget e alla individuazione degli obiettivi del comparto;
- Collaborazione e integrazione con le altre figure professionali che operano nell'ambito dei Dipartimenti assistenziali e di ricerca, sempre nel rispetto delle rispettive autonomie professionali e responsabilità gestionali;
- Sviluppo di modelli organizzativi ed assistenziali innovativi;
- Sviluppo delle attività di case-management a supporto dei Percorsi Diagnostico Assistenziali e (PDTA) dei Disease Management Team (DMT);
- Supporto alla Direzione medica nel garantire il benessere e il comfort degli ambienti ospedalieri;
- La presa in carico globale, l'empowerment e l'engagement dei pazienti e dei care-giver;
- Percorsi innovativi nell'educazione terapeutica dei pazienti.

Il DITRAR in termini di sviluppo professionale garantisce:

- Analisi del fabbisogno formativo e definizione del relativo piano annuale;
- Percorsi di sviluppo, valutazione e valorizzazione delle competenze del personale;
- Sviluppo delle attività di ricerca delle professioni sanitarie alla luce delle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- Partecipazione alla definizione e implementazione dei progetti di miglioramento continuo della qualità;
- Attenzione allo sviluppo del senso di appartenenza e di rispetto dei Principi etici e deontologici delle singole professionalità.

26.8 La UOC Farmacia

La UOC Farmacia è una struttura in staff alla Direzione Strategica con autonomia organizzativa e gestionale, che concorre al perseguimento della mission aziendale.

La mission specifica della UOC Farmacia è garantire l'uso appropriato ed efficace dei farmaci e dei dispositivi medici, collaborando con le altre figure professionali per favorire l'impiego ottimale delle terapie farmacologiche e verificare i consumi ospedalieri per il controllo della spesa farmaceutica.

Le principali attività che la struttura svolge sono:

- Acquisizione di farmaci, gas medicali, disinfettanti, dispositivi medici, nutrizione enterale per tutti i reparti ospedalieri secondo quanto previsto dalla normativa Regionale e Nazionale;
- Acquisizione di farmaci e dispositivi non presenti nel PTOA per i pazienti ricoverati e acquisizione di farmaci esteri;
- Acquisizione e distribuzione diretta di farmaci A, PHT, H, Cnn, nutrizione parentale;
- Attività di allestimento chemioterapici presso il laboratorio Umaca;
- Attività di farmacovigilanza e dispositivi vigilanza;
- Ispezioni armadi farmaci e dispositivi;
- Valutazione di nuovi dispositivi medici;
- Preparazione di kit di dispositivi per singola chirurgia e per singolo paziente;
- Gestione dei farmaci in sperimentazione clinica assistenza farmaceutica negli aspetti procedurali e normativi, gestione farmaci sperimentali oggetto di studi clinici;
- Gestione dei flussi informativi (File F, File R, Flusso Consumi Dispositivi)
- Monitoraggio e verifica della spesa farmaceutica aziendale di dispositivi medici e farmaci
- Monitoraggio e verifica dei farmaci a Registro AIFA;

La UOC Farmacia è coinvolta nella stesura di capitolati tecnici, partecipazione a commissioni aziendali e interaziendali, consulenza sanitaria, didattica per il personale di comparto ed infermieristico.

Partecipa alle seguenti Commissioni Aziendali:

- Commissione controllo infezioni ospedaliere
- Commissione rischio clinico;
- Commissione utilizzo farmaci e dispositivi off-label;
- Comitato Buon uso del farmaco
- Comitato Buon uso del Sangue
- Commissione HTA
- Molecular Tumor Board
- Comitato per la Formazione
- Comitato del Budget

Le suddette attività sono garantite dalla UOC Farmacia e dalla afferente UOS Farmacovigilanza e Farmed.

Considerando la complessità degli Istituti e il volume dei Farmaci gestiti gli IFO hanno avviato un importante **progetto di digitalizzazione della farmacia ospedaliera**

Attraverso questo progetto si propone di innovare e ottimizzare tre settori chiave:

- la prescrizione terapeutica per i pazienti ricoverati
- la gestione del magazzino centrale e dell'armadio di reparto
- la realizzazione dei farmaci chemioterapici attraverso sistemi robotizzati in unità di produzione farmaceutica automatizzata (UMACA).

In primo luogo, la digitalizzazione della prescrizione terapeutica infatti consentirà una maggiore precisione e sicurezza nella somministrazione dei farmaci, riducendo la possibilità di errori umani e migliorando la comunicazione tra i medici e il personale afferente alla farmacia ospedaliera. L'implementazione di un sistema elettronico di prescrizione, integrato con una piattaforma di gestione ospedaliera, garantirà l'accesso immediato alla storia clinica dei pazienti, permettendo di adattare le terapie alle specifiche esigenze cliniche. In secondo luogo, la digitalizzazione del magazzino centrale e dell'armadio di reparto si avvarrà di armadi robotizzati, che offriranno una gestione automatizzata dell'inventario, con la possibilità di monitorare in tempo reale le scorte e ottimizzare i processi di approvvigionamento. Questi sistemi non solo aumenteranno l'efficienza operativa, ma ridurranno anche gli sprechi e garantiranno la disponibilità tempestiva dei farmaci necessari per la cura. Infine, l'adozione di robot per la produzione di farmaci chemioterapici in UMACA rappresenta un passo fondamentale verso la personalizzazione delle terapie oncologiche. Questi sistemi automatizzati non solo accelereranno il processo di preparazione e ridurranno il rischio di contaminazione, ma garantiranno anche la conformità alle normative di sicurezza e qualità, essenziali per la somministrazione di trattamenti così delicati. Il progetto di digitalizzazione della farmacia ospedaliera è un approccio integrato che punta a migliorare la qualità delle cure, aumentare l'efficienza dei processi e garantire la sicurezza dei pazienti, rappresentando un importante passo avanti nell'innovazione sanitaria e nella transizione al digitale degli IFO.

26.9 Le strutture e funzioni di Staff

Lo Staff fornisce competenze avanzate di supporto al buon governo degli Istituti, attraverso una rete di Referenti/Esperti presenti nelle UU.OO., mette a disposizione della Direzione Strategica e dei Dipartimenti, le competenze professionali di “sistema” o “trasversali” che possono supportare il governo organizzativo, clinico e professionale.

Rientrano nelle funzioni di Staff anche quelle orientate alla progettazione, programmazione, gestione e controllo di tutti i processi produttivi che trasformano input/fattori di produzione in output, nonché quelle orientate al miglioramento continuo.

26.10 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.

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

- a) 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 articolazioni dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale e sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali.

Sono strutture aziendali che aggregano competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e finanziarie, finalizzate allo svolgimento di specifiche funzioni e alle quali viene affidata la responsabilità di svolgere attività istituzionali di ricerca e assistenza specifiche e di gestire le risorse umane e strumentali affidate.

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

- volumi di attività
- specificità di attività
- forte integrazione con le attività assistenziali e di ricerca
- visibilità esterna delle attività interne offerte ai pazienti, della ricerca e dei percorsi clinico-assistenziali presenti
- la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse gestite.

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 e 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, tecniche e di ricerca 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 dipartimentali 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 le funzioni Tecnico-Amministrative e i Dipartimenti clinici e di ricerca: offrono supporto tecnico alle attività sanitarie e di ricerca.

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

Tutte le strutture e funzioni di supporto alla produzione si interfacciano con le Direzioni dei Dipartimenti e delle UU.OO. Cliniche, Diagnostiche e di Ricerca.

4 - IL CAPITALE UMANO

Art. 28 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 dei 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 dei *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 IFO è rappresentato dalla 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. 29 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. 30 Il capitale umano: la dotazione attuale

Il dato relativo 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 31/12/2024, distinto per ruoli di appartenenza viene evidenziato nel sottostante prospetto.

DOTAZIONE ORGANICA IFO al 31/12/2024

| AREA CONTRATTUALE | RUOLO | Profilo professionale | N_DIP |
|--------------------------|-------------------|--|--------------|
| AREA MEDICI VET. | SANITARIO | MEDICI | 307 |
| AREA DIRIGENTI | SANITARIO | BIOLOGI | 34 |
| AREA DIRIGENTI | SANITARIO | CHIMICI | 4 |
| AREA DIRIGENTI | SANITARIO | DIRIGENTI PROF. SANITARIE | 3 |
| AREA DIRIGENTI | SANITARIO | FARMACISTI | 7 |
| AREA DIRIGENTI | SANITARIO | FISICI | 10 |
| AREA DIRIGENTI | SANITARIO | PSICOLOGI | 13 |
| AREA DIRIGENTI | TECNICO | ANALISTI | 1 |
| AREA DIRIGENTI | AMMINISTRATIVO | DIRIGENTI AMMINISTRATIVI | 10 |
| AREA DIRIGENTI | PROFESSIONALE | INGEGNERI | 4 |
| AREA COMPARTO | SANITARIO | AREA PROF. SALUTE FUNZION. P.San.Riabil. | 14 |
| AREA COMPARTO | SANITARIO | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Infer | 427 |
| AREA COMPARTO | SANITARIO | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.tecn.san | 117 |
| AREA COMPARTO | SANITARIO | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Prev. | 1 |
| AREA COMPARTO | TECNICO | AREA DEGLI OPERATORI Op. Socio Sanitario | 40 |
| AREA COMPARTO | TECNICO | AREA DEGLI OPERATORI Op. Tecn. Special. | 1 |
| AREA COMPARTO | TECNICO | AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Tecnico | 9 |
| AREA COMPARTO | TECNICO | AREA DEL PERS. SUPPORTO | 19 |
| AREA COMPARTO | TECNICO | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Tecn.Prof | 6 |
| AREA COMPARTO | AMMINISTRATIVO | AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Amm.vo | 63 |
| AREA COMPARTO | AMMINISTRATIVO | AREA DEGLI OPERATORI Coad.Amm.vo Senior | 8 |
| AREA COMPARTO | AMMINISTRATIVO | AREA DEL PERS. SUPPORTO Coad. Amm.vo | 30 |
| AREA COMPARTO | AMMINISTRATIVO | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Amm.Prof. | 36 |
| AREA COMPARTO | RICERCA SANITARIA | Collaboratore profess.di ricerca sanit. | 79 |
| AREA COMPARTO | RICERCA SANITARIA | Ricercatore sanitario | 142 |
| Totale complessivo | | | 1385 |
| | | | |

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. 31 Il Piano Triennale 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 Piano dei fabbisogni si sviluppa in una prospettiva triennale e viene aggiornato annualmente in relazione alle mutate esigenze di carattere normativo, organizzativo o funzionale. Eventuali modifiche in corso di anno sono consentite solo con adeguata motivazione a fronte di situazioni nuove e non prevedibili.

All'interno del PTFP triennale in attuazione del disposto del comma 2, dell'art. 10 del DLgs 200 del 23/12/2022, si prevede una specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca e si definiscono quote riservate, da destinare al personale della ricerca sanitaria, assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e nell'ambito dei posti della dotazione organica del personale, si definiscono il numero di posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria.

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.

E' prevista la trasmissione del Piano alla competente Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, attraverso la quale, congiuntamente con le altre Aziende ed Enti del SSR, viene definito a livello regionale il tetto di spesa per il costo del personale.

Nel PFPT 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.

Il PTFP è stato sostituito, in osservanza alle disposizioni contenute nell'art. 6 del decreto legge n. 80/2021, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113, dal PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) che costituisce un documento unico di programmazione e governance al fine di superare la frammentazione degli strumenti ad oggi in uso quali i piani della performance, della parità di genere, del lavoro agile edell'anticorruzione.

Le procedure di reclutamento previste per l'applicazione del Piano assunzionale degli Istituti, sono disciplinate da apposito Regolamento che definisce 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. 32 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 33 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. 34 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. 35 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. 36 L'affidamento e la 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, 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 incarichi per la Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Area delle Funzioni Locali – Sezione PTA, 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, sono 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. 37 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 CC.CC.NN.LL, 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 riferimento.

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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento 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 Nazionale Tumori Regina Elena e IRCCS Santa Maria e San Gallicano più visibili e attrattivi verso i pazienti, verso l'industria e i benefattori.

Art. 38 Incarichi di Funzione del Comparto

Nei limiti e con le modalità previste dai CC.CC.NN.LL. 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, socio sanitario, tecnico, amministrativo, professionale e della ricerca.

Gli incarichi, che possono essere identificati come di funzione organizzativa o di funzione professionale Funzioni di Organizzazione o Funzioni Specialistiche o Esperte, ed attengono allo 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 - II SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO, II SISTEMA INFORMATIVO
SANITARIO, II BILANCIO E LE ATTIVITA' ECONOMICO-FINANZIARIE ED
AMMINISTRATIVE**

Art. 39 Il sistema di misurazione e valutazione della performance

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance introdotto dal D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii. costituisce l'insieme 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 programmarsì 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. 40 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.

Il sistema informativo è da considerarsi uno strumento per supportare e migliorare il funzionamento del sistema, deve quindi essere adeguato a sostenere lo sviluppo e il cambiamento, anche attraverso il superamento della settorialità e della frammentarietà dei flussi informativi e gestire l'integrazione allo scopo di soddisfare le esigenze di conoscenza dei dati da parte degli organi direzionali di supportare la gestione 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 e possono essere individuate in: **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.

Art. 41 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 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. 42 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. 43 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. 44 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, l'adesione a convenzioni CONSIP e a gare centralizzate della Centrale Acquisti della Regione Lazio e tramite il portale S.TEL.LA (Sistema TELEmatico Acquisti 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.

6 - LA PARTECIPAZIONE

Art. 45 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) Carta dei Servizi;**
- b) i Protocolli d'intesa e gli accordi;**
- c) l'Audit Civico;**
- d) Ufficio per le Relazioni con il Pubblico**

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.

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.

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.

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico

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 predisponde, 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 è tenuto periodicamente a trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e soddisfazione dell'utenza.

Art. 46 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. 47 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'Ufficio Comunicazione, stampa, relazioni esterne.

Art. 48 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.

Art. 49 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, sul confronto, e sulla contrattazione integrativa aziendale 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. 50 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 con atto deliberativo, nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

Con il D.L. n. 80/2001, convertito nella Legge n. 113/2001, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), di durata triennale, aggiornato annualmente a scorrimento di norma entro il 31 gennaio di ogni anno.

Tale documento rappresenta un nuovo strumento di programmazione ed individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi assorbendo, in una ottica di semplificazione ed integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra cui il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Il PIAO è pubblicato annualmente nella sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata

Amministrazione Trasparente, in ottemperanza al Testo Unico sulla Trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013) e trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica.

Art. 51 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 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 e del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013, gli IFO hanno adottato con deliberazione n. 551 del 06/07/2017, successivamente integrata con deliberazione n. 87 del 29/01/2021, il Regolamento aziendale in materia di accesso, accesso civico e accesso civico generalizzato. Detto regolamento è al momento in fase di revisione ed includerà anche le modalità di accesso ai dati personali.

Art. 52 Adeguamento procedure IFO al GDPR n. 679/2016 ed al Codice Privacy, come modificato dal D.Lgs. 101/2018

Gli IFO hanno avviato, dall'entrata in vigore del Regolamento UE n. 2016/679, un'attività di *compliance* e *remediation* volte all'adeguamento al GDPR.

In applicazione del principio di *accountability* sono stati messi in atto comportamenti proattivi e correttivi tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del Regolamento, tra cui:

- Designazione di un Responsabile della protezione dei dati o Data Protection Officer (RPD o DPO);
- Per ogni trattamento di dati personali applicazione dei principi fissati all'articolo 5 del Regolamento (UE);
- Informazioni privacy e consensi conformi ai principi del GDPR;
- Valutazione dei rischi, per ogni trattamento, di lesione dei diritti e delle libertà degli interessati (valutazione d'impatto), tenendo conto delle misure tecniche ed organizzative già esistenti o da implementare;
- "*data protection by default and by design*", ossia la necessità di configurare il trattamento prevedendo fin dall'inizio le garanzie indispensabili "al fine di soddisfare i requisiti" del Regolamento e tutelare i diritti degli interessati – tenendo conto del contesto complessivo ove il trattamento si colloca e dei rischi per i diritti e le libertà degli interessati.
- Procedure e processi per le attività trattamentali inerenti la ricerca scientifica e la collaborazione clinica;
- Procedura per le violazioni dei dati (data breach) con l'identificazione di una commissione dedicata;
- Adozione ed implementazione obbligatoria del "Registro dei trattamenti";
- Individuazione e nomine dei Responsabili del trattamento ex art.28 GDPR;
- Corsi di formazione in materia privacy per il personale sanitario ed amministrativo.

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, nonché 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. 53 Norme transitorie e finali

Dalla data di pubblicazione del presente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento.

Verranno adottati/aggiornati i Regolamenti interni previsti nella DGR 310 del 2 maggio 2024 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 Regolamento di Organizzazione e Funzionamento si rinvia alla normativa nazionale, regionale, ai contratti collettivi nazionali di lavoro e alle disposizioni degli Istituti.

Allegato 1– Elenco Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali, Unità Operative Semplici

| ROF IFO 2025 | | UOC Assistentziali | UOSD /UOS Assistentziali | UOC Ricerca | UOSD/ UOS Ricerca | UOC area A.T.P. | UOSD/U OS area A.T.P. |
|--------------------------|---|--------------------|--------------------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------------------|
| AMBITO | Unità Operative | | | | | | |
| Area degli Staff | UOC Farmacia | 1 | | | | | |
| | UOS Farmacovigilanza e Farmed | | 1 | | | | |
| | UOSD Centro Di Formazione Continua E Gestione Polo Congressuale | | | | | | 1 |
| | UOSD Ingegneria Clinica | | | | | | 1 |
| | UOSD Tecnologie e Sistemi Informatici | | | | | | 1 |
| | UOSD Programmazione e Controllo di Gestione | | | | | | 1 |
| | UOSD BTMS | | | | | | 1 |
| | UOSD Coordinamento della Rete Oncologica Regionale | | | | | | 1 |
| | UOSD Qualità, Accreditamento e Risk Management | | 1 | | | | |
| Direzione Sanitaria | UOC Direzione Medica | 1 | | | | | |
| | UOS Alpi | | 1 | | | | |
| | UOS Liste d'attesa e coordinamento percorsi ambulatoriali | | 1 | | | | |
| | UOS Appropriatelyzza Organizzativa e SIO | | 1 | | | | |
| | UOC Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa e della Ricerca | 1 | | | | | |
| | UOS Ricerca e Sviluppo di nuovi modelli assistenziali e gestionali delle p.s. | | 1 | | | | |
| | UOS Professioni Tecnico Sanitarie | | 1 | | | | |
| | UOS Processi Assistenziali e Riabilitativi | | 1 | | | | |
| Direzione Amministrativa | UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali | | | | | 1 | |
| | UOS Trattamento Economico | | | | | | 1 |
| | UOC Acquisizione Beni e Servizi (ABS) | | | | | 1 | |
| | UOS Ufficio Contratti | | | | | | 1 |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
| | UOC Patrimonio e Tecnico | | | | | 1 | |
| | UOS Manutenzione e Progettazione | | | | | | 1 |
| | UOC Risorse Economiche | | | | | 1 | |
| | UOC Affari Generali e Legali | | | | | 1 | |
| | UOSD Servizio Amministrativo per la Ricerca | | | | 1 | | |
| Direzioni Scientifiche IRE - ISG | UOSD Clinical Trial Center Biostatistica e Bioinformatica | | | | 1 | | |
| DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA E ROBOTICA | UOC Chirurgia Digestiva e EPB | 1 | | | | | |
| | UOS Tumori neuroendocrini dell'apparato digerente e retroperitoneali | | 1 | | | | |
| | UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva | 1 | | | | | |
| | UOC Neurochirurgia Oncologica | 1 | | | | | |
| | UOC Ginecologia Oncologica e BTO | 1 | | | | | |
| | UOS Oncofertilità | | 1 | | | | |
| | UOC Ortopedia Oncologica | 1 | | | | | |
| | UOC Chirurgia Senologica | 1 | | | | | |
| | UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale | 1 | | | | | |
| | UOC Chirurgia Oncologica Patologie Toraciche | 1 | | | | | |
| | UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | 1 | | | | | |
| | UOC Chirurgia Uro-oncologica | 1 | | | | | |
| | UOSD Diagnostica e Procedure Endoscopiche | | 1 | | | | |
| | DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, RICERCA E SOSTEGNO ALLE CURE | UOC Oncologia Clinica Sperimentale di Senologia | | | 1 | | |
| UOC Oncologia Clinica Sperimentale Genitourinaria e Ginecologica | | | | 1 | | | |
| UOC Oncologia Clinica Sperimentale Testacollo, Torace e Apparato Gastroenterico | | | | 1 | | | |
| UOC Oncoematologia Clinica Sperimentale | | | | 1 | | | |
| UOC Neuroncologia Clinica Sperimentale | | | | 1 | | | |
| UOSD Endocrinologia Oncologica Sperimentale e Medicina di Genere | | | | | 1 | | |

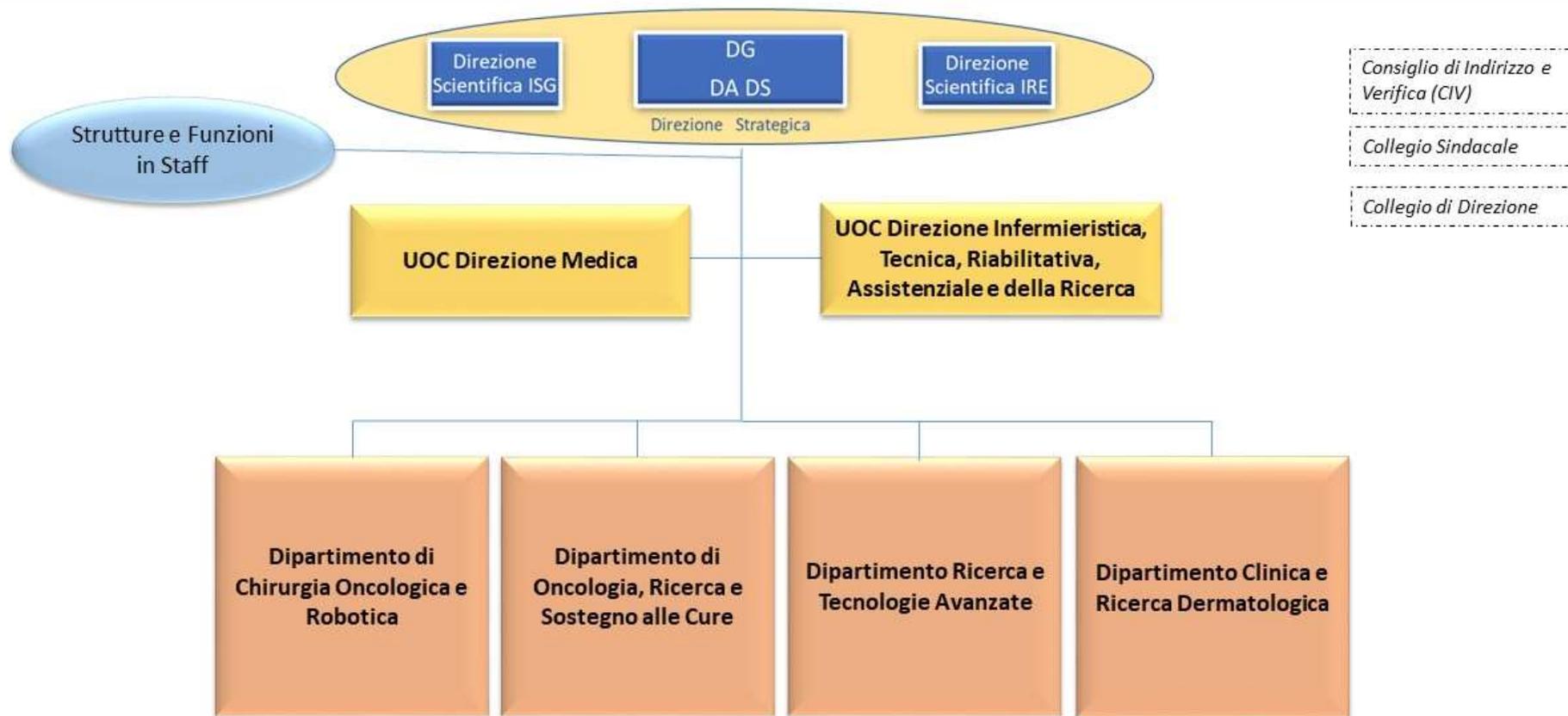
| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | UOSD Clinica Sperimentale Sarcomi, Tumori Rari e Melanomi Metastatici | | | | 1 | | |
| | UOSD Terapia del Dolore e Cure Simultanee | | | | 1 | | |
| | UOSD Fisiopatologia Respiratoria | | | | 1 | | |
| | UOSD Terapie Nutrizionali | | | | 1 | | |
| | UOSD Psicologia di supporto al paziente oncologico | | | | 1 | | |
| | UOSD Cardiologia di supporto alle terapie oncologiche | | | | 1 | | |
| | UOSD Sperimentazioni di Fase 4* | | | | 1 | | |
| | UOSD Sperimentazioni cliniche: Fase 1 e Medicina di Precisione | | | | 1 | | |
| DIPARTIMENTO DI RICERCA E TECNOLOGIE AVANZATE | UOC Radioterapia e Protonterapia Sperimentale | | | 1 | | | |
| | UOC Radiologia | 1 | | | | | |
| | UOS Radiologia Interventistica oncologia | | 1 | | | | |
| | UOS Radiologia Senologica | | 1 | | | | |
| | UOC Medicina Nucleare | | | 1 | | | |
| | UOC Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio | | | 1 | | | |
| | UOS Patologie della Coagulazione e Trombofilia | | | | 1 | | |
| | UOC Anatomia Patologica | | | 1 | | | |
| | UOC Ricerca Traslazionale Oncologica | | | 1 | | | |
| | UOSD Immunotrasfusionale e Terapie Cellulari | | | | 1 | | |
| | UOSD Epidemiologia e Registro Tumori | | | | 1 | | |
| | UOSD Integrità del Genoma e Cancro | | | | 1 | | |
| | UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori | | | | 1 | | |
| | UOSD Espressione Genica e Modelli Oncologici | | | | 1 | | |
| | UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari | | | | 1 | | |
| | UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici | | | | 1 | | |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| | UOSD Biobanca Oncologica | | | | 1 | | |
| | UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Certificazione di Sistemi | | | | 1 | | |
| DIPARTIMENTO DI CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA | UOC Dermatologia Clinica Sperimentale | | | 1 | | | |
| | UOS Fototerapia e Fotobiologia | | | | 1 | | |
| | UOS Dermato-allergologia e Malattie Infiammatorie Croniche Cutanee | | | | 1 | | |
| | UOC Dermatologia Oncologica Clinica Sperimentale | | | 1 | | | |
| | UOC Chirurgia Plastica ad indirizzo Dermatologico e Rigenerativo | 1 | | | | | |
| | UOC Fisiopatologia Cutanea | | | 1 | | | |
| | UOSD Dermopatologia, Genetica Medica e Biologia Molecolare | | | | 1 | | |
| | UOSD Malattie Tropicali e Malattie Sessualmente Trasmesse | | | | 1 | | |
| | UOSD Microbiologia | | | | 1 | | |
| | UOSD Porfirie Emocromatosi e Malattie Rare | | | | 1 | | |
| | UOSD Radiologia ad Indirizzo Dermatologico | | 1 | | | | |
| | TOTALI UOC/ UOSD | | 15 | 14 | 13 | 27 | 5 |
| | | UOC Assisten ziali | UOSD /UOS Assisten ziali | UOC Ricerca | UOSD/ UOS Ricerca | UOC area A.T.P. | UOSD/U OS area A.T.P. |

Allegato 2

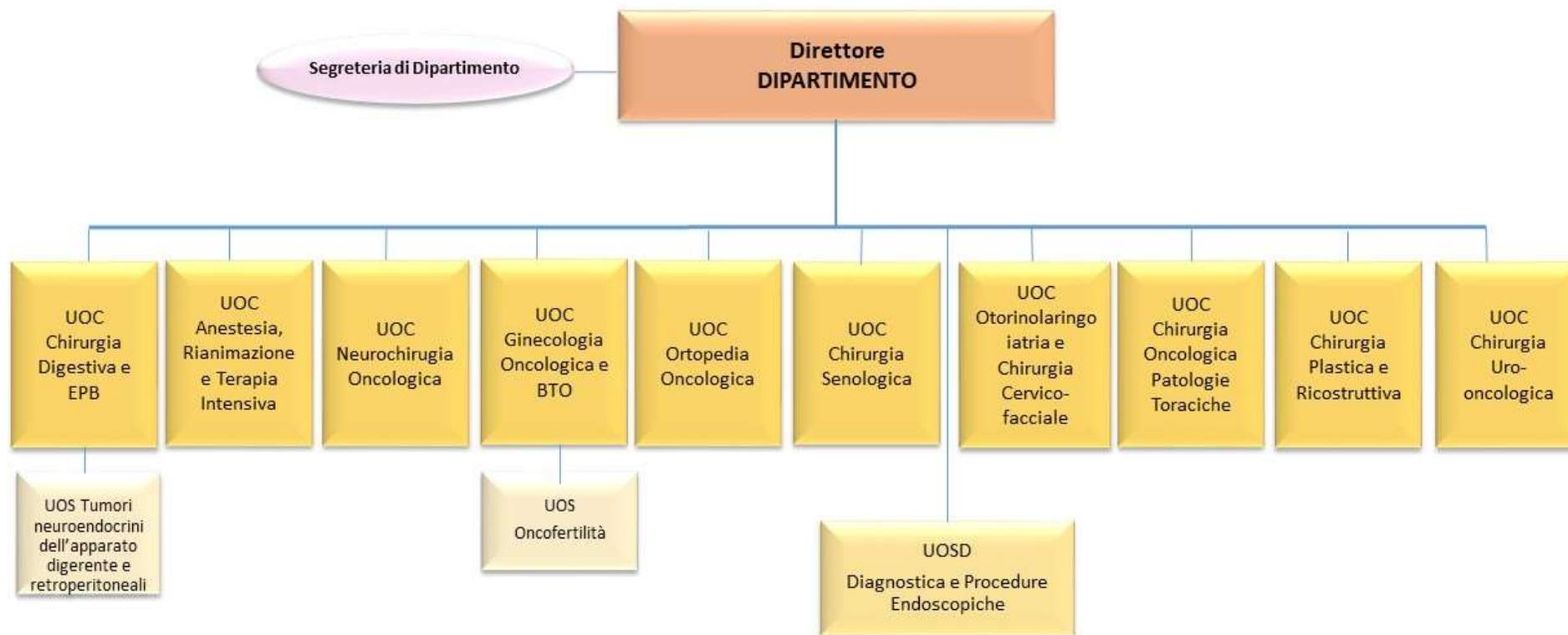
Organigramma IFO

LA MACROSTRUTTURA AZIENDALE



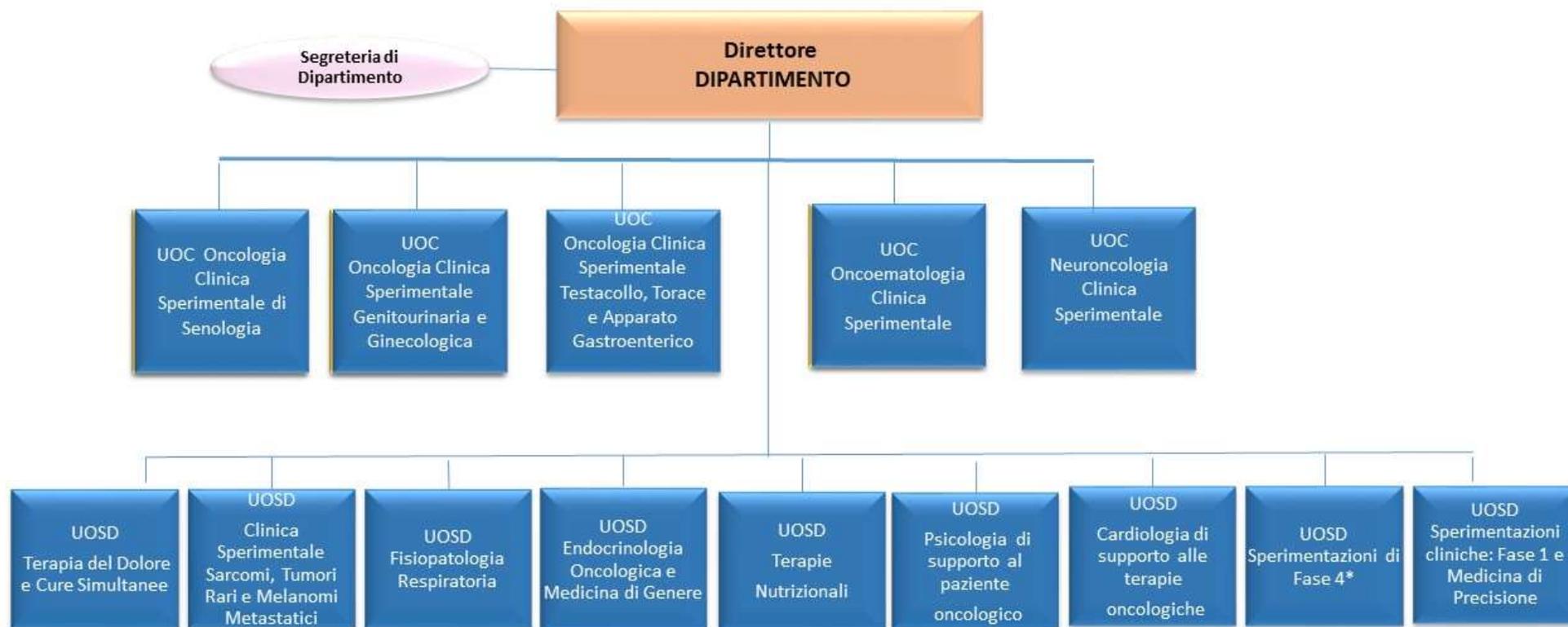
30/06/2025

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA E ROBOTICA



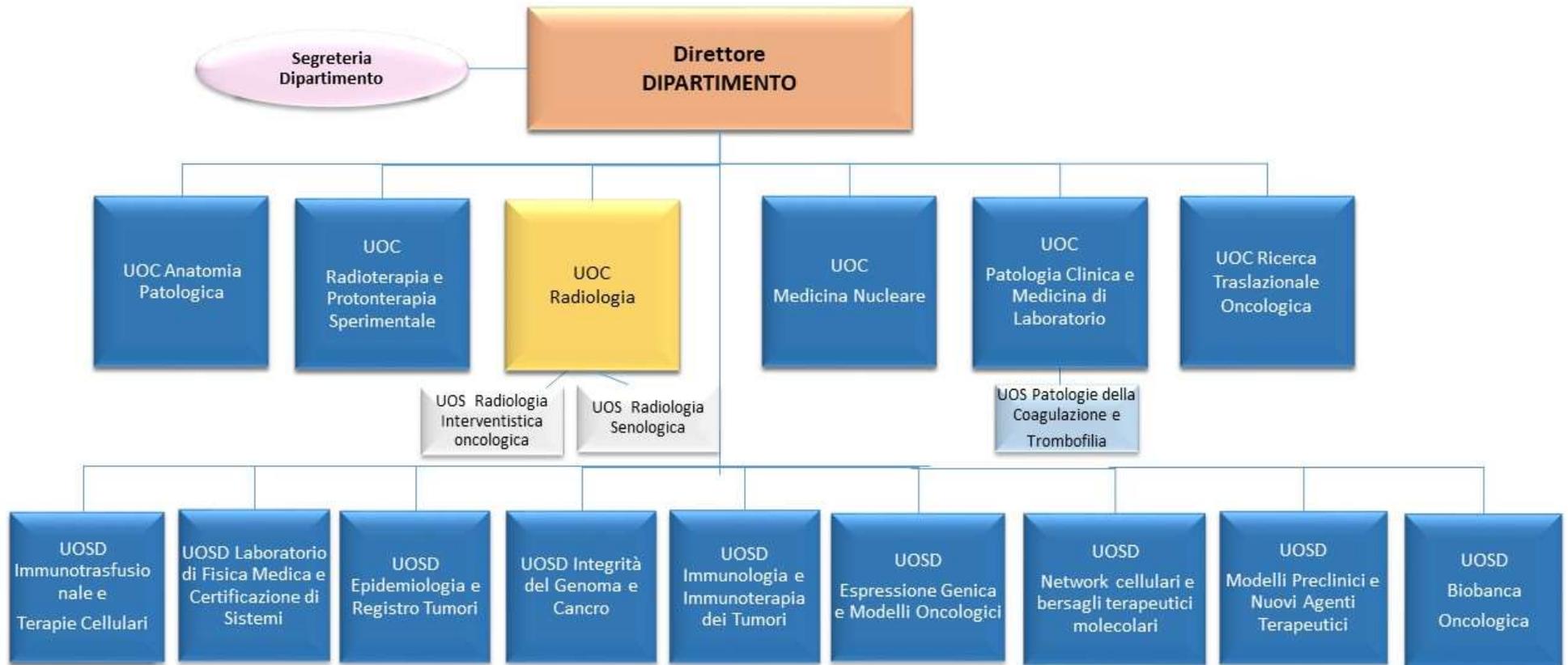
30/06/2025

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA, RICERCA E SOSTEGNO ALLE CURE

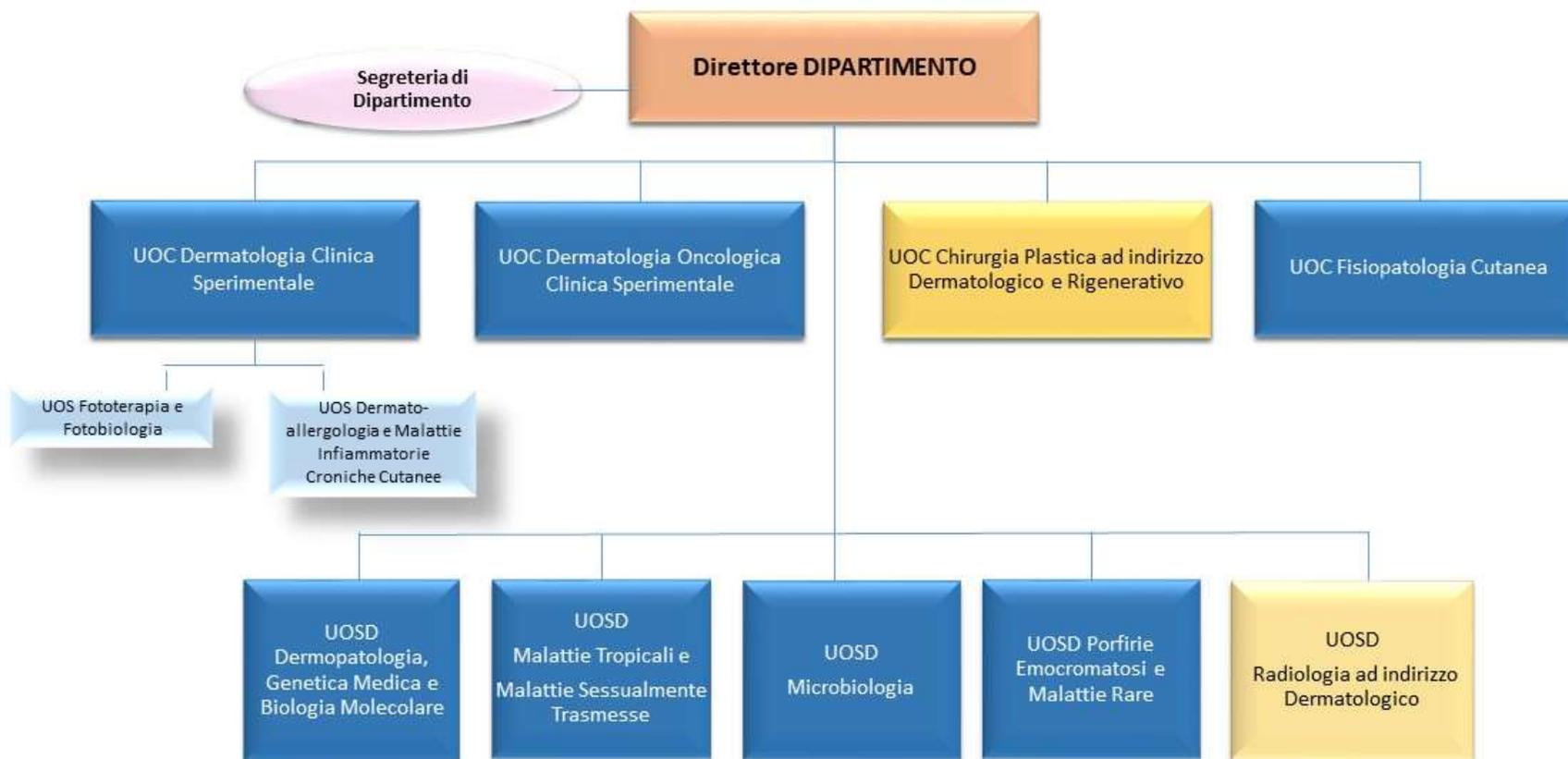


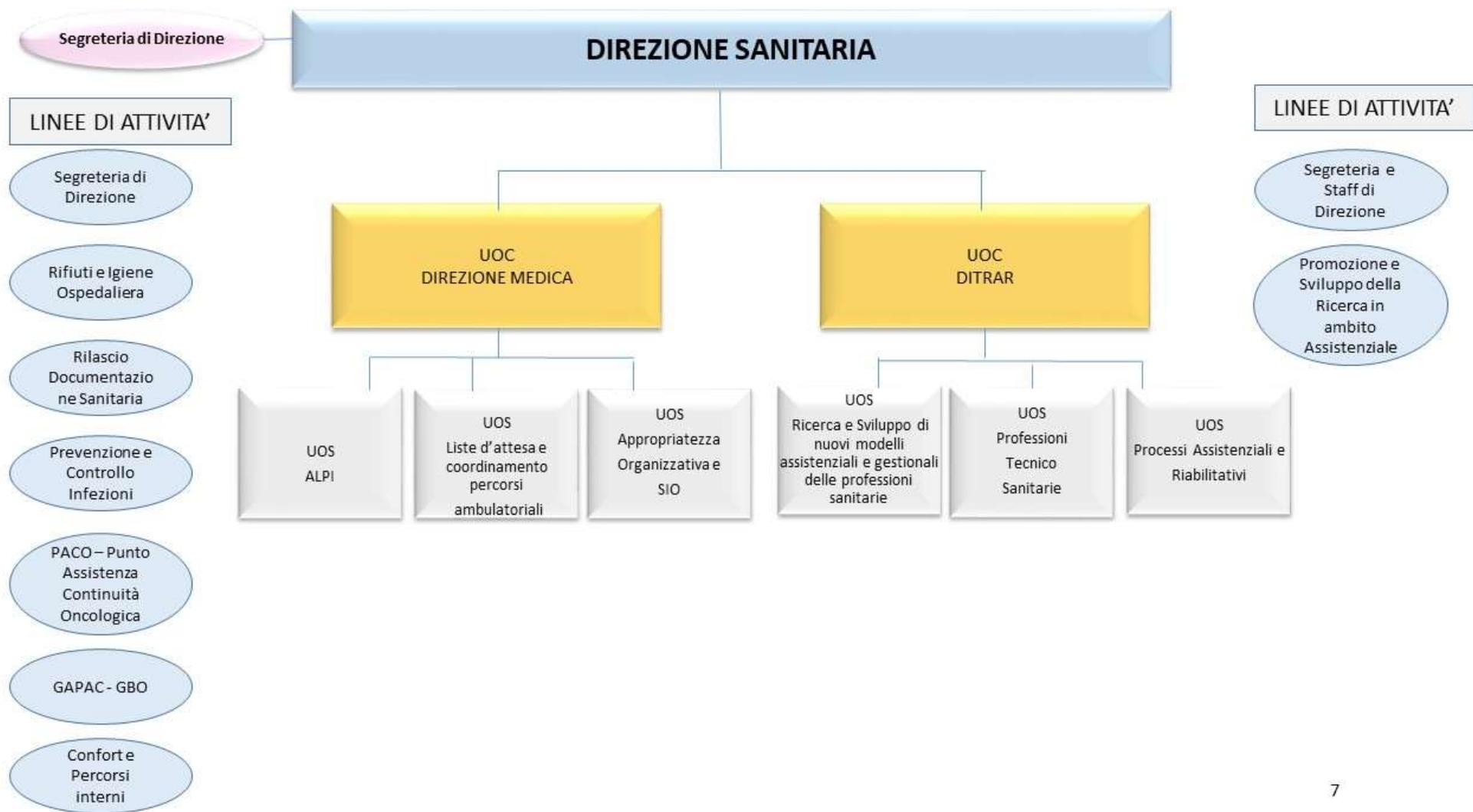
*ad esaurimento
02/07/2025

DIPARTIMENTO DI RICERCA E TECNOLOGIE AVANZATE



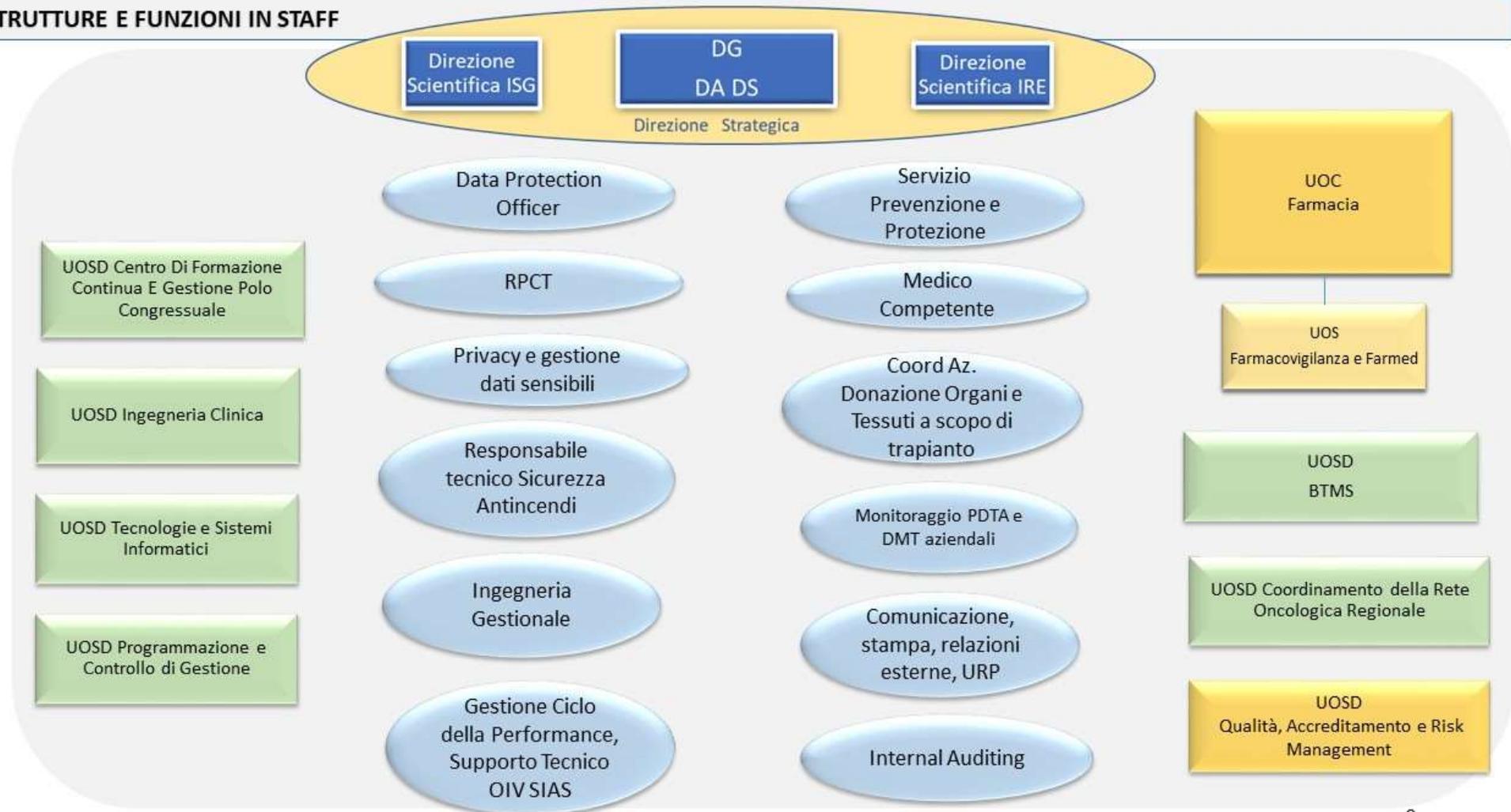
DIPARTIMENTO DI CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA





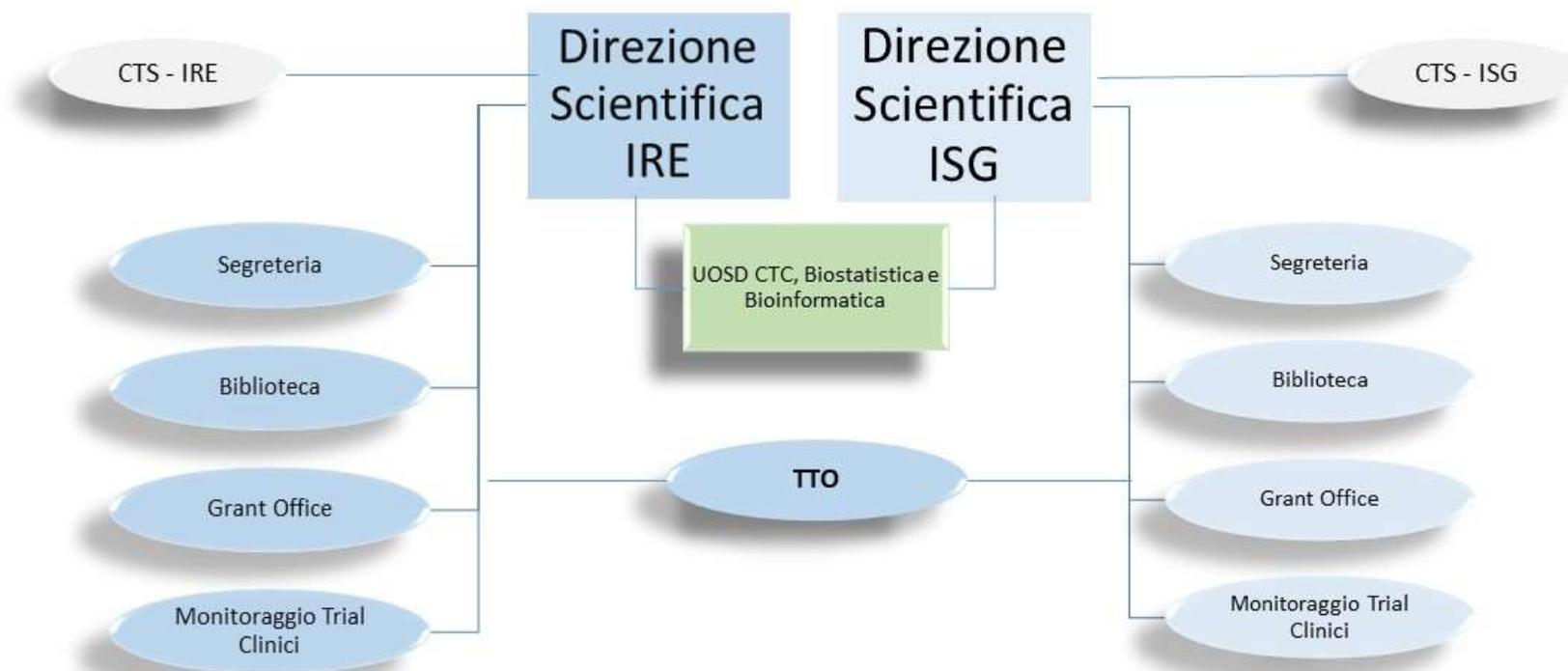


STRUTTURE E FUNZIONI IN STAFF



9

LE DIREZIONI SCIENTIFICHE



Allegato 3 – Tabella C Programmazione Integrata – Articolazione dei percorsi integrati

| Percorsi | Area Ospedaliera - Dipartimenti e U.O. e Unità coinvolte | Descrivere sinteticamente gli organismi e le modalità di coordinamento dei gruppi multidisciplinari | Indicare i referenti aziendali dei percorsi |
|--|--|--|--|
| Percorso Chirurgico | Dipartimento di Chirurgia Oncologica e Robotica UU.OO. Chirurgiche / Dignostiche UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Direzione Medica - Ditrar | DMT IRE Sportello Chirurgico Preospedalizzazione - Day Service GAPAC GBO Monitoraggio PDTA e DMT aziendali | Direttore Sanitario Direttore UOC Direzione Medica Direttore Dipartimento di Chirurgia Oncologica e Robotica |
| Percorso oncologico | Dipartimento di Oncologia, Ricerca e Sostegno alle Cure UU.OO. Oncologiche, Diagnostiche e di Supporto Direzione Medica - Ditrar UOC Farmacia Molecular Tumor Board UOSD Terapia del Dolore e Cure Simultanee UOSD Coordinamento della Rete Oncologica Regionale | CRO IFO DMT IRE Sportello Oncologico PACO - Punto Assistenza Continuità Oncologico Monitoraggio PDTA e DMT aziendali | Direttore Sanitario Coordinatore CRO Direttore UOC Direzione Medica Direttore Dipartimento di Oncologia, Ricerca e Sostegno alle Cure Responsabile UOSD Coordinamento della Rete Oncologica Regionale |
| Percorso malattie rare | Dipartimento di Clinica a Ricerca Dermatologica UU.OO. Dermatologiche e Diagnostiche Direzione Medica - Ditrar UU.OO. Centro di riferimento Malattie Rare | DMT ISG Sportello Malattie Rare Monitoraggio PDTA e DMT aziendali | Direttore Sanitario Direttore UOC Direzione Medica Direttore Dipartimento di Clinica e Ricerca Dermatologica Responsabile UOSD Porfirie Emocromatosi e Malattie Rare Coordinatore Centri Malattie Rare IFO |
| Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive | Dipartimento di Clinica a Ricerca Dermatologica UU.OO. Dermatologiche e Diagnostiche Direzione Medica - Ditrar | DMT ISG Sportello MST - Sportello Dermatologico Monitoraggio PDTA e DMT aziendali | Direttore Sanitario Direttore UOC Direzione Medica Direttore Dipartimento di Clinica e Ricerca Dermatologica Responsabile UOSD Malattie Tropicali e Malattie Sessualmente Trasmesse |
| Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting | UU.OO. di Degenza IRE - ISG Direzione Medica - Ditrar UOS Appropriatezza Organizzativa e SIO UOS Processi Assistenziali e Riabilitativi | Confort e Percorsi interni Preospedalizzazione - Day Service | Direttore Sanitario Direttore UOC Direzione Medica Direttore UOC Ditrar Direttori / Responsabili UU.OO. Di Degenza |
| Liste di attesa | UU.OO. IRE - ISG che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali Direzione Medica - Ditrar UOS Liste d'attesa e coordinamento percorsi ambulatoriale RUA | Direzione Medica - Ditrar Comunicazione, stampa, relazioni esterne, URP Internal Auditing | Direttore Sanitario Direttore UOC Direzione Medica UOS Liste d'attesa e coordinamento percorsi ambulatoriale RUA |

Percorso Chirurgico

Modalità di coordinamento:

Il Direttore sanitario garantisce la vigilanza sulla gestione appropriata della lista di attesa informatizzata per assicurare trasparenza ed equità, “Il GAPAC è un gruppo multidisciplinare e responsabile della programmazione del percorso chirurgico e identifica al suo interno le figure professionali di riferimento aziendale per la gestione della Lista di Attesa e l’Organizzazione della sala operatoria.

Il GAPAC programma incontri periodici di Audit e Feedback, con cadenza almeno trimestrale, sulla programmazione e sui risultati dell’attività chirurgica, sullo stato della lista di attesa e sugli eventi sentinella, con l’obiettivo di definire i programmi aziendali di miglioramento. La documentazione e gli esiti degli incontri è disponibile agli operatori medici e professionali.

Il GAPAC coordina la gestione delle sale operatorie attraverso il GBO che è costituito da due professionalità, uno di formazione medica e l’altro delle professioni sanitarie, con la responsabilità operativa dei blocchi operatori secondo gli indirizzi aziendali.

Atti di indirizzo/delibere di riferimento Regionali:

- Determina regionale n. G11271 del 1.10.2020 “Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura”;
- Indicazioni Operative relative al percorso chirurgico e alle liste di attesa per intervento chirurgico – Ottobre 2023
- Deliberazione Giunta n. 869 del 07/12/2023 : Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015

Delibere di Riferimento Aziendali

- Deliberazione N. 754 DEL 10/10/2022 : Adozione del “Piano Strategico Aziendale per l’Attività Chirurgica (PSAAC)” degli IFO e istituzione degli organismi di programmazione e governo indicati dalla Regione Lazio nella determina n. G11271 del 01-10-2020 con l’attivazione del Gruppo Aziendale per la Programmazione dell’Attività Chirurgica (GAPAC) e del Gruppo Operativo dei Blocchi Operatori (GBO).
- Deliberazione N. 107 DEL 12/02/2024: Regolamento percorso chirurgico e liste d'attesa.

Percorso Oncologico

Modalità di coordinamento:

Per allineare la programmazione regionale della Rete Oncologica a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni e giungere all'attuazione di un modello stabile di rete che includa e colleghi i diversi servizi ed attori coinvolti nell'assistenza oncologica, garantendo percorsi accessibili ed omogenei nel rispetto della peculiarità di ogni singola patologia è stato formalizzato il Coordinamento di Centro di Riferimento Ospedaliero – CRO presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri in esecuzione della determinazione – GSA della Regione Lazio n. G01829 del 14 febbraio 2023.

Il Coordinamento afferisce alla Direzione Sanitaria Aziendale ed è composto da:

- Direttore Sanitario IFO
- Coordinatore CRO
- Responsabili dei gruppi multidisciplinari
- Referenti UUOO inserite nei gruppi multidisciplinari, Case manager, Care manager del PACO, Rappresentante delle Associazioni dei pazienti.

Il CRO IFO ha le seguenti funzioni:

- Contestualizzare i principi della Rete Oncologica
- Definire il Piano Oncologico Aziendale, l'organizzazione dei DMT e del PACO
- Aggiornare e monitorare i PDTA Aziendali

Delibere di Riferimento Regionali:

- Deliberazione Giunta n. 869 del 07/12/2023 : Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015
- Determinazione – Gsa n. G01829 14/02/2023 “Approvazione del documento tecnico denominato "Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019".
- Reti Oncologiche per patologia, attualmente definite a livello regionale, sono riferite al tumore della mammella (DCA U00038/2015, DCA 189/2017 e Determinazione n. G16239/2020), del polmone (DCAU00419/2015), del colon-retto (DCA U00030/2017) e della prostata (DCA U00358/2017). Negli atti sopracitati sono stati individuati i CRO sulla base dei volumi e dell'aderenza a standard definiti, le strutture di supporto e le afferenze territoriali di essi. È stato anche delineato il percorso assistenziale.
- Recepimento dell'Accordo Stato Regioni 158/CRS del 21 settembre del 2017 inerente la Rete dei Tumori Rari.

Delibere di Riferimento Aziendali:

- **Deliberazione n. 893 del 18/10/2023 Istituzione del Coordinamento di Centro di Riferimento Ospedaliero - CRO presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale in attuazione della Determinazione – GSA della Regione Lazio N. G01829 del 14.02.2023**

PDTA

- Deliberazione n. 894 del 06/11/2024 Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) per il Linfoma Non Hodgkin a Grandi Cellule B (DLBL) Linfonodale Rev 7 Certificato Bureau Veritas n. IT335261 28 agosto 2024
- Deliberazione n. 893 del 6/11/2024 Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) per il linfoma Non Hodgkin Follicolare Classico (cFL) Rev 5 Certificato Bureau Veritas n. IT335261 28 agosto 2024
- Deliberazione 421 del 27/05/2024 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dei Tumori Eredo Familiari Sindrome Di Lynch And Hereditary Breast And Ovary Cancer Syndrome
- Deliberazione 363 del 22/04/2024 Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) per il Linfoma Non Hodgkin a grandi cellule B (DLBL) linfonodale
- Deliberazione 362 del 22/04/2024 Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) per il Linfoma Non Hodgkin follicolare classico (cFL)
- Deliberazione 479 del 23/05/2023 Approvazione del Percorso Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Linfoma Non Hodgkin a grandi cellule B (DLBCL) linfonodale
- Deliberazione 924 del 13/12/2022 Percorso diagnostico ed assistenziale (PDTA) Tumore al Polmone
- Deliberazione 592 del 28/07/2022 Adozione della procedura per la progettazione e l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) degli IFO.
- Deliberazione 728 del 01/07/2020 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore della mammella - PDTA IFO Mammella
- Deliberazione 782 del 16/08/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Per "Tumori Cutanei Non-Melanoma".
- Deliberazione 772 del 11/08/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione della sepsi e dello shock settico nell'adulto. identificazione e trattamento(Sepsis Bundle).
- Deliberazione 771 11/08/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dei Tumori della testa e del collo.
- Deliberazione 601 21/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Per Il Carcinoma del colon retto.
- Deliberazione 600 21/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Per l'adenocarcinoma dello stomaco.
- Deliberazione 599 21/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le carcinosi peritoneali.
- Deliberazione 568 13/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per Il Melanoma cutaneo.
- Deliberazione 566 08/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Leucemia Acuta Mieloide (Lam)

dell'adulto.

- Deliberazione 565 08/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Leucemia Mieloide Cronica.
- Deliberazione 564 08/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Linfoma Non Hodgkin Diffuso A Grandi Cellule B (DLbcl) Linfonodale.
- Deliberazione 563 08/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Linfoma Non Hodgkin Follicolare (Lf) Linfonodale.
- Deliberazione 562 08/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per Il Mieloma Multiplo.
- Deliberazione 561 08/06/2016 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per La Breast Unit Degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri.
- Deliberazione 419 del 27/05/2024 Revisione regolamento del Disease Multidisciplinary Team (DMT) degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri.
- Deliberazione 511 del 30/06/2022 Adozione del Regolamento del Disease Multidisciplinary Team (DMT).

Percorso Malattie Rare

Modalità di coordinamento:

Con la Determinazione dirigenziale n. G10700 del 9.9.2015 è stato istituito il Centro di Coordinamento regionale delle Malattie Rare, con funzioni di organo di supporto regionale, nelle attività di monitoraggio e di programmazione dell'offerta sanitaria: oltre ai Professionisti afferenti agli Istituti riconosciuti e al personale regionale è presente anche una rappresentanza delle Associazioni di pazienti (rif. Delibera di Giunta n. 736/2019 in materia di "Participation Act").

Il modello della rete regionale del Lazio si basa sull'individuazione i centri di expertise e punta sull'aspetto cruciale del rafforzamento del rapporto tra ospedale e territorio per assicurare non soltanto la presa in carico dei pazienti, ma anche la continuità e l'appropriatezza del setting assistenziale, con un approccio coordinato multidisciplinare.

Ad oggi gli IFO garantiscono il ruolo di Hub per le patologie riconosciute, attraverso l'attuale organizzazione che consente la completa presa in carico della persona: tutti i pazienti seguiti dagli I.R.C.C.S. Regina Elena (IRE) e San Gallicano (ISG) ricevono prestazioni di complessità più elevata rispetto ad altri ospedali, e vengono inseriti in percorsi di diagnosi e di follow up di eccellenza secondo Linee Guida internazionali, con presa in carico dei pazienti e (nelle sindromi ereditarie), anche dei familiari. E' attivo uno sportello per le malattie rare

Ad oggi il collegamento con le strutture spoke e con i Referenti Territoriali delle Asl di residenza del paziente, per assicurare la continuità assistenziale di prossimità è garantito dai singoli centri di patologia. Sono in via di istituzione, come da determina Regionale 09257 del 10.7.2024, i Board multidisciplinari relativi alle quattro macroaree di patologia:

- Sindromi Ereditarie di suscettibilità al cancro
- Sindromi Ereditarie di suscettibilità al cancro della cute
- Malattie Rare della Cute
- Malattie Metaboliche Rare

Delibere di Riferimento Regionali:

- Determinazione n. G09257 del 10/07/2024 - Approvazione del documento "Linee strategiche di implementazione della Rete Regionale delle Malattie Rare", in conformità all'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 24 maggio 2023 (Rep. atti n. 121/CSR)
- Determinazione n. G02069 del 19/02/2023 - Approvazione del documento "Piano della Rete Regionale delle Malattie Rare"
- Determinazione 19 febbraio 2023, n. G02070 Aggiornamento della Rete Malattie Rare: approvazione dell'«Allegato 1 - 2023, "Nuovi riconoscimenti Malattie Rare per Istituti e definizione del ruolo di Rete, attivi dal 01.06.2023"» e dell'«Allegato 2 - 2023 "Elenco dei Centri di riferimento Malattie Rare della Regione Lazio"» in sostituzione dell'Allegato 1 al DCA U00063/2018 e s.m.i.
- Determinazione n. G10700 del 9/09/2015 (dal BUR n. 75 del 17/9/2015) Istituzione del Centro di Coordinamento Regionale delle Malattie Rare presso la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca.

Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive

Modalità di coordinamento:

La Rete di Malattie Infettive è definita dal DCA U00540 del 12.11.2015 e inserita nel Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023” (Delibera Regionale n. 84 del 1.03.2022) e si coordina con le attività di riferimento regionale relative alla Prevenzione, all’epidemiologia con il SERESMI e alla sicurezza con il Centro Regionale Rischio Clinico. La Rete delle UU.OO. di Malattie Infettive assume un ruolo proattivo nella preparazione dei documenti e delle azioni aziendali relative alla stewardship antibiotica e alla gestione delle infezioni ospedaliere all’interno di “Comprehensive Network” interaziendali.

Il Coordinamento Operativo è svolto dall’INMI Spallanzani in collegamento con la U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118 al fine di sviluppare una collaborazione multidisciplinare all’interno del percorso assistenziale. La Rete di Malattie Infettive è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli:

- 4 Hub dotati di reparto di Malattie Infettive;
- 6 Spoke dotati di reparto di Malattie Infettive;
- 38 DEA/PS non dotati di reparto di Malattie Infettive.

Il monitoraggio della Rete è sviluppato nel report annuale sull’intera attività secondo indicatori di performance, processo ed esito e nel Programma Pre.Val.E con analisi specifiche su attività e procedure. Il SERESMI svolge l’attività di sorveglianza sindromica, di analisi delle informazioni relative alla sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e di gestione delle allerte.

L’Unità HIV-AIDS dell’Istituto San Gallicano, è una struttura regionale di III livello per la prevenzione, diagnosi e cura dell’infezione da HIV. La struttura è aperta a tutti i pazienti con diagnosi di infezione da HIV con particolare riguardo ai soggetti affetti da dermatopatie HIV correlate. L’attività assistenziale è condotta in accordo con le LLGG italiane di trattamento delle infezioni da HIV emanate annualmente dal Ministero della Salute e secondo un programma di stadiazione, terapia e follow-up del paziente in base ad un calendario interno di prenotazioni e in accordo con il PDTA Regionale. L’Unità partecipa al Sistema Regionale di Sorveglianza e Controllo delle infezioni da HIV e dell’AIDS (SERESMI).

Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting

Il governo dei flussi assistenziali e il cambio di setting costituiscono un momento centrale del percorso di ricovero.

Gli IFO hanno istituito il Team Operativo Ospedaliero (TOH) con lo scopo di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali. Il TOH ha il compito di monitorare in tempo reale l'andamento del ricovero, intervenendo sulle condizioni che ne determinano una durata superiore alla media. Nello stesso costituisce l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative Territoriali (COT-A/D) e le Strutture di ricovero, presenti sul territorio, al fine di facilitare, secondo la complessità clinica, l'accesso o il rientro da altri setting assistenziali.

Liste di attesa

I criteri per la formazione delle liste di attesa sono regolate secondo il Piano Attuativo Aziendale sul Governo delle Liste di Attesa (PAAGLA) che recepisce ed attua il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

In considerazione della particolare mission degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Istituto Regina Elena e San Gallicano, volta, rispettivamente, alla diagnosi e cura delle patologie Oncologiche e Dermatologiche, i tempi di attesa monitorati e gestiti sono riferibili alla completa presa in carico dei pazienti oncologici e dermatologici, concretizzandosi nei tempi di attesa per le prime visite dermatologiche, oncologiche, ematologiche e delle specialità chirurgiche afferenti, demandando l'approfondimento diagnostico (anche strumentale) e terapeutico a percorsi interni, con prenotazioni gestite internamente dai medici specialisti IFO, prevalentemente in Day Service.

Quest'ultima modalità di assistenza ambulatoriale consiste nel trattamento, entro tempi determinati, in alternativa al ricovero diurno od ordinario, di problemi sanitari complessi, tramite la presa in carico degli stessi da parte di un medico specialista referente, che pianifica il successivo processo assistenziale ambulatoriale. Nell'ambito del Day Service, ove previsti dalla Regione, possono essere erogati Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), consistenti in un insieme di prestazioni ambulatoriali multidisciplinari ed integrate, volte alla gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico o terapeutico, che viene erogato in un arco temporale ristretto, a fronte dell'emissione di un'unica prescrizione e corresponsione di un unico ticket per l'attivazione del PAC.

Inoltre, al fine di agevolare la presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori dei controlli sono attivati presso gli stessi ambulatori un "percorso oncologico", un "percorso chirurgico" ed un "percorso dermatologico" con postazioni Recup, presso le quali i pazienti, appena terminata la visita, possono essere prenotati per tutte le prestazioni prescritte in sede di visita.

Affianca tali percorsi l'" Help Desk", una struttura che aiuta a ricollocare eventuali pazienti che non dovessero trovare collocazione, in slot che si dovessero rendere disponibili o ricorrendo all'attività aggiuntiva quando i tempi di attesa tendono a prolungarsi eccessivamente.

La Direzione Sanitaria e la UOC Direzione medica vigilano sullo stato delle Liste di Attesa di Ricovero e Ambulatoriali dando mandato operativo alla UOS Liste d'attesa e coordinamento percorsi ambulatoriale che gestisce le agende e monitora attraverso i cruscotti regionali i tempi di attesa per classi di priorità in particolare per le prime visite, le prestazioni critiche e i ricoveri di classe A (priorità a 30gg)

Allegato 5 – Funzionigrammi delle funzioni Tecnico-Amministrative

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

| UOC RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI | 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 | A/C |
| Predisposizione della reportistica secondo i desiderata della Direzione | |
| Al fine del monitoraggio del budget assunzionale e del costo del personale effettuata con cadenza mensile/trimestrale l'allineamento del CE con la UOC Risorse Economiche relativamente al trattamento giuridico ed economico, con la proiezione dei costi a fine anno delle assunzioni/cessazioni, includendo fondi contrattuali, premio INAIL, oneri riflessi a carico dell'azienda e IRAP | A/C |
| Indizione dei concorsi e degli avvisi (tempo indeterminato, tempo determinato e di lavoro autonomo): ammissione candidati - nomina Commissioni - approvazione graduatorie – assunzioni | A/C |
| 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/C |
| Nomina dei Collegi Tecnici e supporto tecnico agli stessi | A/C |
| Risoluzione, recesso e cessazione dal servizio, sospensione cautelare | A/C |
| Cessazioni dal servizio, concessione delle aspettative, concessione del part-time | A/C |
| Riammissione e trattenimento in servizio | A/C |
| Riconoscimento 150 ore diritto allo studio | B/C |
| Ripartizione monte ore e permessi sindacali | A/B/C |
| Gestione della procedura Gedap | C |
| Gestione della procedura Gepas | C |
| Predisposizione di note di riscontro alle OO.SS. e alla RSU, in coordinamento con le UU.OO. interessate | C |
| Redazione e recepimento di Accordi e Contratti Collettivi Integrativi Aziendali | A/C |
| Partecipazione attiva ai Tavoli sindacali di confronto e di contrattazione integrativa | C |
| Informativa alle OO.SS. su materie previste dai CC.NN.LL. vigenti e /o normativa vigente, in coordinamento con le UU.OO. interessate | C |
| Gestione operativa delle relazioni sindacali (convocazione, stesura verbali, conservazione, accordi e verbali) | C |
| Predisposizione del provvedimento di costituzione della delegazione trattante di Parte Pubblica nel rispetto di quanto previsto dai CC.NN.LL. vigenti | A |
| Mobilità esterna, interna ed i comandi | A/C |
| Certificati di servizio | C |
| Gestione delle Pensioni – Riscatti e Ricongiunzioni | B/C |
| Denunce Annuali in collaborazione con altri Servizi aziendali: Conto Annuale, Onaosi, Inail , mod. 770 - Denunce mensili | B/C |
| Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza | C |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Partecipa alla redazione e al monitoraggio del PIAO per le sezioni di competenza | C |
| Attività relative alla Libera Professione | Categoria |
| Verifica che la Libera professione venga svolta con apposita timbratura dedicata, nei giorni ed orari autorizzati | C |
| Predisposizione di report richiesti dalla DMP in relazione all'Attività Libero Professionale | 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 | A/C |
| UOS TRATTAMENTO ECONOMICO | Categoria |
| Determinazione fondi contrattuali della dirigenza e del comparto e liquidazione delle indennità agganciate alle rispettive voci stipendiali di competenza (produttività/risultato, straordinario, etc...) | A/C |
| 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 | A/C |
| Gestione e liquidazione dei compensi e competenze stipendiali personale dipendente - assegni familiari | C |
| Liquidazione indennità accessorie – rimborsi spese | A/B/C |
| Cause di servizio - equo indennizzo | A/C |
| Gestione del Conto Terzi - Cessioni stipendio, ecc. | B/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 | C |
| Gestione delle performance individuali e del connesso sistema premiante del Comparto | A/B/C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 al Cdr | C |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI | Categoria |
|---|-----------|
| Programmazione e Progettazione: Fase prodromica all'affidamento degli appalti costituita dalla predisposizione del programma triennale di beni e servizi (art. 37 d.lgs. 36/2023 e s.m.i.) e della programmazione biennale aziendale da inviare alla Regione Lazio, nonché i relativi aggiornamenti annuali. In questa fase, oltre alla programmazione degli acquisti economici di specifica pertinenza, la UOC recepisce i fabbisogni delle altre Unità Aziendali (quali, ad esempio, Farmacia, Ingegneria Clinica, Patrimonio e Tecnico) per la programmazione degli acquisti di farmaci, DM, attrezzature e servizi occorrenti, da coordinare con i budget di spesa assegnati e nel rispetto delle procedure previste nei Regolamenti aziendali (es. spese in economia, contabilità..) in questa fase inoltre rientrano le attività volte a verificare la possibilità di procedere con acquisti urgenti, imprevisti e non prevedibili, in relazione alle disponibilità di budget | A/C |
| Svolgimento delle procedure ad evidenza pubblica | A/B/C |
| Esecuzione dei contratti | A/B/C |
| Analisi di mercato Svolgimento analisi di mercato, anche attraverso tecniche di benchmarking, finalizzate all'acquisizione di beni, servizi e tecnologie sanitarie (in quest'ultimo caso con il supporto degli ingegneri clinici) alle condizioni migliori in termini di qualità e costi | C |
| Aggiornamento procedure Collaborazione nella revisione e nell'aggiornamento costante delle procedure informative e amministrative di propria competenza e nella progettazione di soluzioni innovative | C |
| Cassa economale Gestione della cassa economale Gestione del Fondo economale Predisposizione e tenuta aggiornata del Regolamento sulle spese in economia; Agente Contabile; Rendicontazione Corte dei Conti; Gestione del Magazzino Economale; Tenuta del conto giudiziale | A/B/C |
| Debito Informativo Tenuta e aggiornamento flusso informativo contratti DM e rispetto relative scadenze debiti informativi Riscontro alle richieste informative da parte di Regione Lazio, Ministero della Salute, Ministero Economia e Finanza, ANAC, Corte dei Conti e Agenzia delle Entrate in materia di contratti pubblici. | C |
| Attività istruttoria ed i conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ad atti di specifica competenza | C |
| Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza | C |
| Governo delle procedure di gara dalla fase di programmazione alla fase di aggiudicazione svolgendo, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le seguenti attività: | C |
| Raccolta dei fabbisogni dalle altre UO Aziendali al fine di predisporre e trasmettere la programmazione degli acquisti di beni e servizi (sia ex art. 37 d-lgs 36/2023, sia regionale) | C |
| Gestione delle richieste di acquisto provenienti dalle diverse UO Aziendali e verifica inserimento in programmazione | C |
| Verifica compatibilità delle richieste di procedure urgenti con disponibilità di budget | C |
| Scelta delle procedure di acquisto e verifica dei presupposti infungibilità | C |
| Estrazione dei CIG e degli smart CIG dal SIMOG | C |
| Predisposizione determina a contrarre ex art. 17 d.lgs 36/2023 | A/B |
| Predisposizione documenti di gara quali disciplinari di gara, modelli DGUE, modelli di domande e dichiarazioni, schemi di offerte, schemi di contratto, manifestazioni di interesse | C |
| Coordinamento di tutte le professionalità di IFO che a vario titolo si occupano di procedure di acquisto di beni e servizi al fine della predisposizione dei capitolati di gara e delle partecipazioni alle commissioni di gara anche al fine di evitare il conflitto di interesse | C |
| Gestione della segreteria tecnica per l'espletamento delle gare e per la costituzione delle commissioni di gara | A/B/C |

| | |
|--|------------------|
| Pubblicazioni prescritte dal codice degli appalti e della normativa in materia di trasparenza | B/C |
| Gestione delle procedure di gara su piattaforme telematiche Stella o MEPA | A/B/C |
| Predisposizione atti recepimento convenzioni Regionali o convenzioni Consip | A/B |
| Supporto amministrativo alle commissioni di valutazione tecnica delle offerte | C |
| Verifica dei requisiti ex art.94 e 95 del d.lgs 36/2023 in capo agli aggiudicatari mediante la consultazione delle banche dati ANAC, Agenzia delle Entrate, Casellario Giudiziale, Tribunale Fallimentare, Ispettorati del lavoro, etc | C |
| Verifica ANTIMAFIA su BDNA per le gare di propria competenza | C |
| Comunicazioni a concorrenti e aggiudicatari | C |
| Predisposizione dei provvedimenti di aggiudicazione | A/B |
| Verifica della qualità e dei prezzi degli acquisti sulla base della documentazione rimessa dai fornitori e dai dati raccolti dall'osservatorio prezzi regionale e nazionale o su iniziativa della stessa UOC | C |
| Gestione Albo fornitori | C |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Gestione contratti di beni mobili di proprietà di terzi presenti in azienda non di competenza di altre UU.OO.CC. | C |
| Ufficio ABS - SAR | Categoria |
| Gestione delle procedure di gara dall'indizione alla aggiudicazione di appalti e concessioni di beni e servizi occorrenti alla ricerca, sopra e sotto soglia comunitaria, compresa l'infungibilità | A/B/C |
| Atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni: redazione e cura della esecuzione dei contratti, nonché stipula dei contratti di valore pari o inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria previste per l'affidamento di servizi e forniture dalla normativa nazionale ed europea | C |
| Svincolo cauzioni | C |
| Emissione ordini e Liquidazione fatture di competenza | C |
| UOS Ufficio Contratti | Categoria |
| Governo della fase esecutiva del contratto dalla predisposizione degli atti propedeutici alla stipula sino alla conclusione dell'appalto svolgendo, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le seguenti attività: | C |
| Predisposizione del contratto sulla base del tipo di affidamento che viene disposto adoperando uno dei modelli all'uopo predisposti, ovvero utilizzando lo schema di contratto allegato agli atti di gara o, ancora, mediante lettera contratto secondo quanto disposto dall'art. 17 d.lgs 36/2023 | C |
| Cura dei rapporti e delle comunicazioni con il soggetto aggiudicatario per l'acquisizione dei documenti propedeutici alla stipula del contratto (documenti sicurezza, polizze assicurative, garanzia definitiva, etc.) | C |
| Cura della raccolta delle firme del contratto e archiviazione dello stesso | C |
| Esercizio delle funzioni di cui all'art. 115 del D. L.gs 36/2023 s.m.i. quando il Rup è individuato all'interno della UOC ABS | C |
| Supporto amministrativo al DEC | C |
| Gestione delle attività di liquidazione delle fatture di competenza compresa, in caso di ritardato saldo delle competenze, la liquidazione degli interessi moratori di cui al d.lgs. 231/02 maturati dai fornitori. Svincolo cauzioni emissioni ordini di fornitura | C |
| determinazioni in ordine alla cessione di crediti conseguenti ai contratti gestiti | A/B/C |
| Gestione del sub procedimento di autorizzazione al subappalto | C |
| Gestione delle riserve e comunicazione di eventi potenzialmente generatori di danno ai competenti uffici per l'attivazione della tutela legale | C |

| | |
|---|------------------|
| Gestione su applicativo gestionale amministrativo contabile di tutti i Contratti derivanti dai provvedimenti di aggiudicazione dei beni e servizi | C |
| Gestione su applicativo gestionale amministrativo dell'anagrafica dei beni oggetto di transito presso i magazzini di IFO | C |
| Effettuazione dei controlli di legge sui fornitori in fase di esecuzione | C |
| Aggiornamento periodico dell'elenco aziendale del personale disponibile a svolgere le funzioni di DEC | C |
| Verifiche sull'operato dei DEC aziendali sulla base di apposita check list aziendale | C |
| Effettuazione della rotazione dei DEC aziendali sulla base del Piano Triennale Anticorruzione | C |
| Aggiornamento format aziendali contratti per lavori e forniture di beni e servizi sulla base di novità normative e regolamentari | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 al Cdr | C |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOC PATRIMONIO E TECNICO | Categoria |
|---|------------------|
| 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 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 / C |
| Redazione ed aggiornamento del regolamento di viabilità 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 e gas | B/C |
| Gestione dei contratti servizio energia | B/C |
| Predisposizione documenti per pagamento I.M.U. da parte della UOC Risorse Economiche | 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 |
| 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 sottosoglia, stipula dei relativi contratti con le Ditte aggiudicatrici e disbrigo di tutti gli adempimenti susseguenti la formalizzazione del rapporto negoziale | B/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 | C |

| | |
|---|------------------|
| pagamento notificati per questioni concernenti le attività istituzionali proprie della UOC | |
| Supporto per la definizione dei diritti di superficie, enfiteusi ed usufrutto | C |
| Valutazioni sulla cessione dei crediti e dei contratti di diretta esecuzione e competenza, non inseriti in accordo pagamenti | 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 |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Partecipa alla redazione e al monitoraggio del PIAO per le sezioni di competenza | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 al Cdr. | C |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |
| UOS Manutenzione e Progettazione | Categoria |
| 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 |
| 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 |
| Verifica e aggiornamento della viabilità e relativa segnaletica della rete viaria aziendale | 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 delle aree verdi di proprietà | |
| 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 |
| 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 |
| Rispetto ai contratti di diretta gestione, funzioni di cui all'art. 115 D.Lgs. 36/2023 s.m.i. e, con riguardo ai medesimi rapporti negoziali, gestione dei seguenti ulteriori adempimenti: | B/C |
| - 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 |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOC RISORSE ECONOMICHE | Categoria |
|---|------------------|
| Funzioni di Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili - art. 4-bis L.R. n. 16/2001 | A/C |
| Predisposizione della proposta di adozione dei Bilancio Preventivo Economico Annuale – Budget aziendale | A |
| Predisposizione della Proposta di adozione del Bilancio Esercizio | A |
| Al fine del monitoraggio del budget assunzionale e del costo del personale effettua con cadenza mensile/trimestrale l'allineamento del CE con la UOC Risorse Umane e Relazioni Sindacali relativamente al trattamento giuridico ed economico, con la proiezione dei costi a fine anno delle assunzioni/cessazioni, includendo fondi contrattuali, premio INAIL, oneri riflessi a carico dell'azienda e IRAP | A/C |
| Redazione degli schemi contabili: CE trimestrali, Bilanci Preventivi e consuntivi annuali | C |
| Assegnazione dei Budget trasversali alle strutture ordinanti per conto | A |
| Aggiornamento e controllo periodico con monitoraggio scostamenti | |
| Predisposizione Delibera di impignorabilità delle disponibilità presso la Tesoreria e il C/C postale | A |
| Effettuazione delle anticipazioni ordinarie e straordinarie di cassa | C/A |
| Gestione dei rapporti con il Tesoriere effettuazione delle anticipazioni ordinarie e straordinarie di cassa Gestione degli ordinativi di pagamento e delle reversali di incasso | B |
| Pagamenti dei compensi a professionisti, lavoratori autonomi ed occasionali | B/C |
| Certificazione compensi erogati (CU) | C |
| Invio flussi stipendiali al Tesoriere quadrature PN stipendi e versamenti contributivi e fiscali | C |
| Programmazione del fabbisogno finanziario | C |
| Registrazione e quadratura incassi CUP/ALPI | C |
| Riconciliazione e verifiche di cassa | C |
| Ricezione, controllo e registrazione delle fatture passive e inoltro alle UU.OO. per la successiva liquidazione | B |
| Gestione del partitario e scadenzario fatture monitoraggio dello stock di debito e controllo delle partite bloccate | C |
| Monitoraggio trimestrale degli indicatori di tempestività dei pagamenti - Adempimenti conseguenti di pubblicazione in Amministrazione Trasparente | C |
| Emissione fatture attive | C |
| Gestione amministrativa con le Aziende Sanitarie Convenzionate e/o Cliniche relative a prestazioni di cui al Titolo VIII CCNL 2019-2021 connessi all'esercizio dell'attività libero professionale | B/C |
| Gestione della situazione crediti – monitoraggio e attività di recupero crediti | C |
| Tenuta dei libri contabili obbligatori | C |
| Tenuta della Contabilità commerciale | C |
| Reintegro spese fondo economale | C |
| Gestione tributaria e fiscale e supporto alle eventuali controversie tributarie | C |
| Predisposizione modello F24 per versamento contributi e ritenute fiscali | C |
| Elaborazione e chiusura mensile IVA con relativo versamento F24 | C |
| Dichiarazione annuale IRES / IRAP / IVA con relativi versamenti imposte mod F24 | C |
| Dichiarazioni Intrastat flusso traffico intracomunitario Esterometro | C |
| Pagamento Tributi Locali /IMU/TASI/BOLLO/ Registro | C |
| Regolarizzazione pignoramenti subiti | 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 |
| Supporto alla Uosd Programmazione e Controllo di Gestione per le attività di COAN e CdG | C |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |

| | |
|--|------------------|
| Monitoraggio periodico dell'andamento della spesa in rapporto al bilancio di previsione aziendale con strutturazione di reportistica trimestrale di verifica complessiva per conto economico | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 al Cdr | C |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOC AFFARI GENERALI E LEGALI | Categoria |
|--|------------------|
| Funzioni consultive e di supporto tecnico-amministrativo e di collaborazione nella formulazione di atti e provvedimenti della Direzione Strategica non compresi nell'ambito delle competenze delle altre UU.OO. | A/B/C |
| Esamina le principali novità normative d'interesse degli Istituti in relazione alle quali fornisce supporto giuridico e pareri per le Direzioni e predispone note informative per il personale | C |
| Tenuta dell'Albo aziendale e cura delle attività di pubblicazione e raccolta degli atti deliberativi e delle determinazioni dirigenziali, nonché le connesse attività di registrazione e formale diffusione dei medesimi atti. Cura inoltre la raccolta e la conservazione degli atti Istituzionali di peculiare interesse per l'Istituto | C |
| Predisposizione, redazione e stipula delle convenzioni e degli atti inerenti le attività di consulenza attivi e passivi su indicazione della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa | A/B |
| Predisposizione, redazione e stipula convenzioni con enti di formazione pubblici e privati (Università, scuole di specializzazione, etc) | |
| Tenuta e cura del repertorio contratti e connessi adempimenti di legge gestione, archivio contratti | C |
| Funzioni strumentali in materia di gestione del patrimonio immobiliare dell'Ente a supporto della UOC Patrimonio e Tecnico, ossia gestione dei contratti di locazione attivi e passivi. Gestione delle procedure di acquisizione/alienazione dei beni immobiliari aziendali redazione degli atti necessari per l'accettazione di donazione e lasciti testamentari di beni immobili e predisposizione della proposta di deliberazione di concerto con la UOC Patrimonio e Tecnico. Redige atti per l'acquisizione e cessione di diritti di superficie, enfiteusi ed usufrutto | A/B/C |
| Gestione sponsorizzazioni | A/B/C |
| Gestione protocollo informatico e connesso archivio documentale, ricevendo la corrispondenza in entrata sia cartacea sia elettronica nelle caselle di posta di competenza. Gestione PEC Istituzionali. Ricezione ai sensi dell'art. 139 del codice di procedura civile delle notifiche degli atti giudiziari | C |
| Svolge attività istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso agli atti ex L. n. 241 /90 e s.m.i. per tutti gli atti anche detenuti presso altre strutture nonché della Direzione Strategica. Detiene ed alimenta il Registro degli Accessi | C |
| Gestione dei seggi elettorali ed elezioni di ogni tipologia (es: Comitato di Dipartimento, Elezioni Politiche/Amministrative, Rinnovo RSU, etc..) | A/B/C |
| Gestione abbonamenti a riviste e pubblicazioni e associazioni/federazioni ad eccezione di quelli afferenti all'Area Scientifica. | A/B/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 |
| Coordinamento funzionale e gestionale delle Segreterie della Direzione Aziendale | C |
| Assistenza, coordinamento delle Segreterie e supporto Tecnico - normativo agli organismi previsti dalla legge tra i quali CIV, Collegio Sindacale, OIV per i cui componenti la UO provvede altresì alla liquidazione dei compensi e dei rimborsi spese | C |
| Trasmissione di atti e di note informative alle competenti Istituzioni e Organi, nelle ipotesi previste dalla legge | C |
| Cura del conferimento degli incarichi a terzi a titolo gratuito. | A/C |
| 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 |
| Attività legate a Contenzioso e Assicurazioni | |
| Tenuta del registro delle notifiche di atti giudiziari ed extra giudiziari per la tracciabilità dei flussi documentali | C |

| | |
|--|------------------|
| Ricevimento e trasmissione alle competenti articolazioni aziendali di tutti gli atti giudiziari e stragiudiziali indirizzati all'Azienda | C |
| Affidamento incarichi di patrocinio legale e gestione parcelle legali | A/B/C |
| Liquidazione dei compensi di legali di fiducia dell'IFO, nonché ai legali di controparte in casi di soccombenza degli IFO, ai consulenti ed ai periti nelle controversie in cui gli IFO sono parte in causa | A/B/C |
| 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 istituzionali e tipici di altre UOC | A/B |
| Gestione delle attività per la risoluzione delle controversie in sede stragiudiziale (ADR) e adozione degli atti conseguenti | A/B/C |
| Gestione delle controversie concernenti le richieste monitorie e risarcitorie dei fornitori e degli utenti aziendali | A/B/C |
| Ricognizione annuale dei contenziosi e valutazione del rischio di soccombenza | C |
| Tenuta del massimario UPD | C |
| 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 | A/B/C |
| Governo dei contratti relativi alla gestione dei rapporti assicurativi, inclusi i rapporti con il Broker e l'espletamento delle seguenti attività: | |
| Fase iniziale della denuncia alla Compagnia Assicurativa di tutti i Sinistri | C |
| Fase Istruttoria tramite l'acquisizione dai Servizi e dalle UU.OO. coinvolte, della documentazione necessaria per l'acquisizione della valutazione medico legale da parte della Compagnia Assicurativa | C |
| Fase decisoria tramite l'adozione degli atti occorrenti alla definizione delle pratiche di sinistro | C |
| Liquidazione dei premi assicurativi | A/B |
| Stesura in collaborazione con la UOC ABS dei capitolati di gara relativi a polizze assicurative e monitoraggio scadenza contratti | C |
| Supporto amministrativo, partecipazione e segreteria del Comitato Valutazione Sinistri | C |
| Gestione dei sinistri in autotutela con i procuratori di controparte ed i soggetti interessati | C |
| Collaborazione tecnico -giuridica all'attività di Risk Management | C |
| Assolvimento del debito informativo verso la Corte dei Conti, Regione Lazio e altre amministrazioni richiedenti. | A/C |
| Gestione dell'albo degli avvocati dell'ente e aggiornamento del relativo regolamento | A/C |
| Aggiornamento del Regolamento di affidamento incarichi e determinazione dei compensi degli avvocati del libero foro | A/C |
| Alimentazione e aggiornamento del Fondo Riserva Sinistri e del Fondo Rischi | A/C |
| Alimentazione del SIRES (Sistema Regionale di Segnalazione) e del SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per la parte relative ai sinistri | A/C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO DELLA RICERCA | Categoria |
|---|------------------|
| Adempimenti connessi all'accettazione di finanziamenti, donazioni, lasciti, ecc. vincolati all'attività di ricerca | A |
| Procedure amministrative per la gestione dei progetti di ricerca e relativa predisposizione e stipula delle convenzioni con soggetti pubblici e privati inerenti attività 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 e 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 | 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 di lavoro autonomo e borse di concernenti l'attività di Ricerca | 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 |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Supporto alla Uosd Programmazione e Controllo di gestione per la redazione dei conti economici per CDR per quanto attiene le attività di Ricerca | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOSD CENTRO DI FORMAZIONE CONTINUA E GESTIONE POLO | Categoria |
|--|------------------|
| Rileva i bisogni formativi del Personale sia direttamente che indirettamente, attraverso il contributo fornito dai dipartimenti, dai Direttori di area e dalle altre strutture Aziendali | C |
| Effettua una disamina delle proposte e l'analisi delle congruenze ai fini dell'elaborazione del piano formativo annuale da sottoporre al Comitato Scientifico Aziendale per la Formazione, al parere del Collegio di Direzione e all'approvazione della Direzione Generale | C |
| Pubblica sul Sito Web Aziendale il PFA | A/C |
| Valuta il Completamento del "Piano di Formazione" (M.FOR -01) dell'anno precedente | C |
| Valuta la fattibilità economica del "Piano di Formazione" (M.FOR.01) sulla base del budget assegnato all'Ufficio Formazione | C |
| Valuta e valida gli eventi formativi nel caso di progettazione di eventi spot (eventi formativi non inseriti nel Piano di formazione annuale) | C |
| A seguito di verifica del soddisfacimento dei requisiti (partecipazione, valutazione della formazione e scheda della qualità percepita) firma, su delega del Legale Rappresentante, l'attestato con crediti Ecm | C |
| Monitora i risultati in itinere e finali | C |
| Provvede alla redazione della Relazione annuale e del Riesame | C |
| Predisporre la reportistica richiesta dalle istituzioni sovraordinate | C |
| Predisporre, applica e aggiorna il regolamento Aziendale per la formazione e le procedure relative alle attività formative del personale | A/C |
| Detiene ed aggiorna l'anagrafica dei Crediti ECM del personale sanitario aziendale | A |
| Organizza, anche in partnership con soggetti pubblici e privati corsi di qualificazione e riqualificazione professionale per figure assistenziali in ambito socio sanitario | C |
| Gestisce i tirocinanti e/o gli specializzandi di area sanitaria e non | A/C |
| Monitora la richiesta e la chiusura dell'attività sul portale ANAC SmartCIG | C |
| Coordina gli audit interni | C |
| Gestisce e mantiene nel tempo, insieme ai Sistemi informativi IFO, le necessità HW e SF della Formazione | C |
| Mantiene le relazioni con AGENAS. Supporta gli eventi strategici. Svolge funzione di segreteria del Comitato Scientifico | C |
| Inserisce nel sistema informativo AGENAS il "Piano di Formazione" approvato. Invia a ciascun Responsabile Scientifico la comunicazione di approvazione dell'evento formativo e la "Scheda Accreditamento". Verifica completezza della documentazione ricevuta. Inserisce, almeno trenta giorni prima della data di inizio, la documentazione relativa all'accreditamento del singolo evento formativo accedendo al sito del Ministero della Salute tramite user ID e Password. Monitora lo stato di inserimento dell'evento formativo e risolve eventuali incongruenze in collaborazione con il Responsabile Scientifico dell'evento formativo. Predisporre la documentazione per effettuare il pagamento e invia la documentazione al Servizio Risorse Economiche. Controlla la completezza della documentazione relativa all'evento svolto (supporto metodologico e amministrativo). Trasmette il rapporto finale dell'evento al Ministero della Salute a firma del delegato del Legale Rappresentante Provider. Archivia in formato elettronico tutta la documentazione relativa a ciascun evento formativo per almeno 5 anni | C |
| Predisporre le determine di pagamento delle docenze. Verifica e liquida le fatture dei fornitori privati | B/C |
| Monitora e rendiconta le ore di lezione pro capite dei docenti per vedere le distribuzioni degli incarichi didattici. Monitora il budget. In collaborazione con la segreteria della Direzione Sanitaria Aziendale, accoglie i tirocinanti e specializzandi. Monitora l'attuazione delle convenzioni dei medici in formazione specialistica (MiF) | C |

| | |
|---|------------------|
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Partecipa alla redazione e al monitoraggio del PIAO per le sezioni di competenza | C |
| Analizza le linee formative prioritarie definite dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale e delle priorità formative individuate dalla Direzione Strategica nonché per la redazione del Piano Formativo Aziendale ed in funzione della realizzazione della formazione centralizzata del personale orientata alla realizzazione del Piano Strategico, anche attraverso l'organizzazione di corsi e convegni aziendali su temi quali il governo clinico, general management, gestione del cambiamento | C |
| Rileva i bisogni formativi del personale sia direttamente che indirettamente, attraverso il contributo fornito dai Dipartimenti, dai Direttori di area e dalle altre strutture Aziendali | C |
| Fornisce supporto ai Responsabili Scientifici e di Struttura con proposte per affrontare criticità, problemi o sviluppi possibili al fine di creare equilibrio tra le esigenze dell'Ente, le aspirazioni dei singoli professionisti a garanzia dell'equità di accesso alla Formazione continua e raggiungimento degli obiettivi istituzionali. | C |
| Nell'ambito delle attività di supporto ai Responsabili di Struttura e Scientifici, al fine di individuare le soluzioni formative più efficaci, in tale contesto si occupa della sottomissione di schede per l'autovalutazione delle clinical competence e delle competenze trasversali o di sistema e organizzativo-gestionali, convalidate, nel risultato, dal responsabile diretto del professionista autovalutato al fine di individuare i percorsi formativi più efficaci. | C |
| Promuove e supporta la progettazione e realizzazione, in corso d'anno, di eventi formativi spot non inseriti nel Piano di formazione annuale. | C |
| Fornisce supporto metodologico nella co-progettazione dei corsi, in particolare di quelli trasversali che coinvolgono più strutture e/o professioni | C |
| Concorre alla pianificazione, programmazione e realizzazione delle attività di formazione permanente, di aggiornamento professionale, anche in relazione alla rete regionale dei servizi di Formazione per la realizzazione di progetti comuni e di area vasta su indicazione Aziendale e Regionale | C |
| Assicura l'organizzazione e realizzazione, su richiesta di terzi (Enti pubblici, Associazioni, Ditte/Società private, Ordini Professionali), di Corsi Basic Life Support Defibrillation per adulti e pediatrici rivolti a personale sanitario e non sanitario. | C |
| Nell'ambito della realizzazione degli accordi quadro, dei protocolli d'intesa e delle convezioni con enti terzi pubblici e privati, in ordine alla realizzazione di percorsi formativi specifici di qualificazione e riqualificazione per professionisti e operatori, impegnati in ambiti professionali diversi (clinico, assistenziale, socio sanitario, amministrativo, tecnico ecc.): promuove l'accreditamento presso enti, ordini e collegi professionali per il rilascio dei crediti formativi CF per specifiche figure professionali (medici, professioni sanitarie, avvocati, ingegneri, giornalisti, assistenti sociali, etc.) | C |
| Espleta tutti gli adempimenti richiesti dalla funzione e dallo stato di Provider ECM curando i relativi rapporti con AGENAS, nonché di quelli richiesti dalle singole istituzioni, di volta in volta convenzionate per la formazione specifica dei loro iscritti. | C |
| | |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOSD INGEGNERIA CLINICA | Categoria |
|--|------------------|
| Gestisce il parco tecnologico riferito alle apparecchiature elettromedicali, biomediche, scientifiche | A/B/C |
| Organizza ed amministra il sistema della manutenzione del patrimonio tecnico-scientifico sanitario ed amministrativo aziendale con responsabilità della gestione sicura, appropriata ed economica delle tecnologie e delle apparecchiature in ambito clinico e gestionale | A/B/C |
| Pianifica, coordina e gestisce, tramite società appaltatrici, tutte le attività di manutenzione ordinaria, periodica e straordinaria | A/B/C |
| Presidia l'evoluzione tecnologica del mercato al fine di fornire il necessario supporto tecnico specialistico sia nella fase di programmazione che nella fase di acquisizione di sistemi biomedicali per il rinnovo e lo sviluppo del parco macchine disponibile a sostegno del miglioramento dell'attività diagnostico terapeutica sanitaria ed amministrativa | A/B/C |
| Collabora con tutte le Unità Cliniche ed Amministrative degli IFO a progetti ed attività che propongono il miglioramento, mediante l'innovazione tecnologica, della qualità delle prestazioni diagnostiche-terapeutiche erogate ai pazienti, il tutto secondo processi e procedure conformi a standard internazionali | A/B/C |
| Collabora con le Strutture Tecnico - Amministrative cointeressate alle procedure di acquisizione per la definizione del capitolato generale di gara e la definizione dei capitolati tecnici in collaborazione con i dirigenti medici e/o amministrativi interessati | A/B/C |
| Partecipa alle commissioni aggiudicatrici per l'espressione del parere tecnico ingegneristico | A/B/C |
| Svolge attività di supporto ingegneristico alla funzione medico-sanitaria nei processi di adozione ed impiego delle tecnologie sanitarie in particolare, nel percorso di acquisizione delle apparecchiature. Svolge attività di installazione e collaudo e di addestramento al loro uso, in conformità ai requisiti di qualità e sicurezza dei prodotti, favorendo il rispetto formale delle procedure di gara | A/B/C |
| Assicura il mantenimento dei livelli prestazionali e di sicurezza delle tecnologie sanitarie mediante effettuazione di prove periodiche di funzionalità e sicurezza, di adeguata attività di manutenzione preventiva e di tempestivi interventi di manutenzione correttiva, nei limiti del budget assegnato | A/B/C |
| Collabora con le Direzioni per la valutazione delle richieste di nuove apparecchiature (intese come sostituzioni o nuove introduzioni) utilizzando le metodiche tipiche dell'Health Technology Assessment | A/B/C |
| Valuta lo stato del parco delle apparecchiature, individua le esigenze di rinnovo e propone il programma annuale di acquisizione di nuove tecnologie e delle modalità di realizzazione | A/B/C |
| Gestisce l'inventario dinamico delle apparecchiature tecnico scientifiche | A/B/C |
| Verifica la rispondenza alla normativa sulla sicurezza delle apparecchiature impiegate in azienda, sia per quanto concerne i materiali stabilmente acquisiti che per i prodotti in prova | A/B/C |
| Pianifica e programma manutenzioni ed acquisti di beni e servizi inerenti il parco tecnologico dell'Ente con relativa redazione del piano investimenti | A/B/C |
| Assicura la direzione, contabilità, liquidazione e collaudi delle nuove installazioni di beni o erogazione di servizi eseguiti direttamente o mediante affidamento esterno | A/B/C |
| Monitora e coordina l'esecuzione degli interventi di manutenzione, trasformazione ed adeguamento necessari a garantire la funzionalità, sicurezza, rispondenza normativa ed economicità di gestione del parco tecnologico dell'ente | A/B/C |
| Svolge tutte le attività conseguenti l'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione delle forniture di beni e/o servizi affidati esternamente | A/B/C |
| Svolge tutte le attività relative alla gestione delle apparecchiature sanitarie | A/B/C |

| | |
|---|------------------|
| Svolge tutte le attività relative alle attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario dei cespiti (censimento e valorizzazione) riguardanti le apparecchiature sanitarie | A/B/C |
| Svolge tutte le attività relative alla gestione informatizzata ordini, manutenzioni impianti e attrezzature sanitarie e non, gestione delle fatture relative e svincolo cauzioni | A/B/C |
| Valuta l'obsolescenza finalizzata alla messa in fuori uso del "parco attrezzature", razionalizzandone la gestione | A/B/C |
| Effettua proposte di sostituzione e/o up-grade e potenziamento tecnologico "parco attrezzature" | A/B/C |
| Effettua le valutazioni tecnico/economiche delle strumentazioni sanitarie, da laboratorio e scientifiche e delle tecnologie atte a garantire elevati standard qualitativi delle attività assistenziali e di ricerca scientifica svolte dagli IFO | A/B/C |
| Pone in essere gli atti relativi alla gestione della manutenzione del parco attrezzature: pianificazione delle attività per garantire la sicurezza del paziente, dell'operatore e mantenimento dell'efficienza degli standard funzionali e la continuità delle attività assistenziali erogate | A/B/C |
| Assicura la regolare tenuta ed aggiornamento continuo del c.d. "Fascicolo Macchina" | A/B/C |
| Svolge attività di collaudo tecnico/amministrativo delle apparecchiature di nuova acquisizione | A/B/C |
| Definisce le procedure per l'allineamento alla GDPR n. 679/2016 in materia di trattamento dei dati personali e ne verifica l'applicazione | A/B/C |
| Gestisce l'Information Technology con particolare riferimento agli applicativi verticali dedicati a specifiche attività cliniche (sala operatoria, RIS-PACS, ecc.) | A/B/C |
| Svolte attività di collaudo tecnico/amministrativo delle apparecchiature di nuova acquisizione | A/B/C |
| Gestisce il budget stanziato per le manutenzioni straordinarie urgenti e indifferibili sulle apparecchiature elettromedicali, biomediche, scientifiche | A/B/C |
| Gestisce il debito informativo interno ed esterno – invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme | A/B/C |
| Svolge attività di supporto nelle controversie di specifica competenza | A/B/C |
| Effettua le liquidazioni delle fatture di competenza | A/B/C |
| Svolge atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale | A/B/C |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Partecipa alla redazione e al monitoraggio del PIAO per le sezioni di competenza | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 al Cdr. | C |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOSD TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATICI | Categoria |
|--|------------------|
| Gestisce le tecnologie e sistemi informatici con particolare riferimento alle seguenti attività: | A/B/C |
| Cura e valuta, l'installazione, la manutenzione e l'adeguamento tecnologico della strumentazione, delle attrezzature e dei sistemi informatici utilizzati per l'erogazione dell'assistenza sanitaria | A/B/C |
| Organizza la gestione informatizzata del parco attrezzature, con specifico riferimento ai processi manutentivi e di aggiornamento tecnologico, fino alla dismissione | A/B/C |
| Pianifica, coordina e gestisce, tramite società appaltatrici, tutte le attività di manutenzione ordinaria, periodica e straordinaria | A/B/C |
| Presidia l'evoluzione tecnologica del mercato al fine di fornire il necessario supporto tecnico specialistico sia nella fase di programmazione che nella fase di acquisizione di sistemi informatici per il rinnovo e lo sviluppo a sostegno del miglioramento dell'attività diagnostico terapeutica sanitaria ed amministrativa | A/B/C |
| Collabora con le Strutture Tecnico - Amministrative cointeressate alle procedure di acquisizione per la definizione del capitolato generale di gara e la definizione dei capitolati tecnici in collaborazione con i dirigenti medici e/o amministrativi interessati | A/B/C |
| Partecipa alle commissioni aggiudicatrici per l'espressione del parere tecnico ingegneristico | A/B/C |
| Gestisce l'inventario dinamico delle apparecchiature informatiche | A/B/C |
| Pianifica e programma manutenzioni ed acquisti di beni e servizi inerenti il parco informatico dell'Ente con relativa redazione del piano investimenti | A/B/C |
| Assicura la direzione, contabilità, liquidazione e collaudi delle nuove installazioni di beni o erogazione di servizi eseguiti direttamente o mediante affidamento esterno | A/B/C |
| Monitora e coordina l'esecuzione degli interventi di manutenzione, trasformazione ed adeguamento necessari a garantire la funzionalità, sicurezza, rispondenza normativa ed economicità di gestione del parco informatico dell'Ente | A/B/C |
| Svolge tutte le attività conseguenti l'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione delle forniture di beni e/o servizi affidati esternamente | A/B/C |
| Svolge tutte le attività relative alla gestione dei sistemi informatici | A/B/C |
| Svolge tutte le attività relative alle attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario dei cespiti (censimento e valorizzazione) riguardanti i sistemi informatici | A/B/C |
| Svolge tutte le attività relative alla gestione informatizzata ordini, manutenzioni impianti, gestione delle fatture relative e svincolo cauzioni | A/B/C |
| Definisce le procedure per l'allineamento alla GDPR n. 679/2016 in materia di trattamento dei dati personali e ne verifica l'applicazione | A/B/C |
| Definisce le procedure DLgs. 82/2005 ss.mmi.i Codice dell'Amministrazione Digitale per la redazione firma e conservazione dei documenti redatti in formato digitale – Dematerializzazione | A/B/C |
| Assicura le attività di reingegnerizzazione delle strategie informative e informatiche a livello aziendale | A/B/C |
| Si interfaccia con le Aziende esterne affidatarie di procedimenti afferenti all'area informatica | A/B/C |
| Effettua il monitoraggio del parco attrezzature informatiche e relativi investimenti | A/B/C |
| Gestisce le manutenzioni e l'assistenza sistemica, hardware e software al fine di garantire continuità agli applicativi di supporto sanitario, diagnostico, gestionale e contabile | A/B/C |
| Coordina la gestione del sistema informativo aziendale | A/B/C |
| Predispone ed aggiorna del Piano di informatizzazione aziendale | A/B/C |
| Definisce gli standard aziendali in termini di attività di hardware e software | A/B/C |

| | |
|---|------------------|
| Sviluppa e gestisce la rete intranet e dei sistemi internet di interesse dell'Azienda, dei sistemi di posta elettronica ordinaria e certificata | A/B/C |
| Gestisce i Sistemi Informatici Centrali | A/B/C |
| Gestisce i Sistemi Informatici Amministrativi e Sanitari | A/B/C |
| Gestisce l'Infrastruttura rete attiva | A/B/C |
| Effettua l'attività istruttoria ed il coordinamento delle manutenzioni dell'hardware e software – gestione dei rapporti con i fornitori | A/B/C |
| Configura l'hardware ed il software delle postazioni informatiche | A/B/C |
| Gestisce il budget stanziato per le manutenzioni straordinarie urgenti e indifferibili sulle apparecchiature informatiche | A/B/C |
| Gestisce il debito informativo interno ed esterno – invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme | A/B/C |
| Svolge attività di supporto nelle controversie di specifica competenza | A/B/C |
| Effettua le liquidazioni delle fatture di competenza | A/B/C |
| Svolge atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale | A/B/C |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Partecipa alla redazione e al monitoraggio del PIAO per le sezioni di competenza | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 al Cdr. | C |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |

| UOSD PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE | Categoria |
|--|------------------|
| Supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione strategica e nella programmazione operativa | C |
| Supporto alla Direzione Strategica nella redazione della documentazione richiesta nell'ambito del Ciclo della Performance | A |
| Supporto alla Direzione strategica nel processo di contrattazione annuale di Budget | A/C |
| Supporto alla elaborazione delle Schede per la negoziazione, alla analisi infra-annuale degli scostamenti rispetto agli obiettivi assegnati e alla valutazione finale degli obiettivi di Budget concordati | C |
| Elaborazione di Report periodici Direzionali di monitoraggio dell'attività erogata e dei costi sostenuti per CdR | C |
| Strutturazione di indicatori di controllo significativi e funzionali alla realizzazione di modelli gestionali efficienti ed efficaci in base alle esigenze della Direzione Strategica e costruzione di apposita reportistica periodica | C |
| Supporto alla Direzione Strategica nell'analisi e revisione dei processi organizzativi attraverso analisi di convenienza economica e di clinical costing | C |
| Supporto alla UOC Risorse Economiche nella rendicontazione delle attività e delle funzioni oggetto di finanziamento da parte ministeriale o regionale non rientrante nel finanziamento a tariffa (finanziamento funzioni assistenziali, progetti obiettivo di PSR, ecc.) | C |
| Supporto alla rendicontazione degli obiettivi del Direttore Generale | C |
| Supporto alla redazione della Relazione sulla Gestione allegata al bilancio di esercizio | C |
| Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, dell'Azienda nei confronti di Enti e Istituzioni terze | C |
| Predisposizione e manutenzione del Piano dei CdR (centri di responsabilità) e dei CdC (centri di costo) aziendale | A |
| Predisposizione del modello LA e del modello CP allegati al bilancio annuale di esercizio | C |
| Definizione della metodologia di ribaltamento dei costi generali e comuni sui CdR | C |
| Rendicontazione economica delle attività e delle funzioni oggetto di finanziamento da parte ministeriale o regionale non rientrante nel finanziamento a tariffa (finanziamento funzioni assistenziali, progetti obiettivo di PSR, ecc.) | C |
| Predisposizione e manutenzione del Piano dei CdC e del Piano dei Fattori produttivi relativi al progetto regionale di Contabilità analitica | C |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |
| Predisposizione ed invio dei flussi di contabilità analitica regionale | C |
| Attività di carattere generale | Categoria |
| 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 |
| Rispetto adempimenti anticorruzione e trasparenza | 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 |
| Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale. | B |

| UOS ALPI | Categoria |
|---|-----------|
| Istruttoria della procedura autorizzativa, correlata alle richieste del personale avente diritto, nonché 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 e contabile | 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 |
| Supporto alla DMP per l'aggiornamento del Regolamento aziendale sulla libera professione | A |
| Verifiche della coerenza delle prestazioni autorizzate rispetto a quelle inserite nel sistema RECUP regionale | C |
| Effetua ogni altra verifica richiesta ad hoc dalla DMP | C |
| 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: | C |
| - potenziale conflitto di interesse | |
| - situazioni di incompatibilità. | |
| Verifiche a campione con il supporto alla U.O.C. Risorse Umane in relazione a: | C |
| - effettuazione di prestazioni in orario di servizio | |
| - mancato rispetto delle timbrature orarie previste e della distinta turnistica | |
| Gestione degli aspetti amministrativi con Compagnie Assicurative convenzionate (es. FASI, FASDAC etc...) | B/C |
| Attività di informazione in ordine all'offerta delle prestazioni libero professionali | 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 |
| Predisposizione report per il monitoraggio dei volumi ALPI/Istituzionale e trasmissione a DMP e DS | 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 di competenza ed all'equilibrio economico | C |
| Calcolo, entro i primi 10 giorni del secondo 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 |
| Supporto alla DMP ed alla DS alla redazione del Piano Operativo sulla Libera Professione | C |
| Gestione amministrativa del professionista autorizzato all'intramoenia domiciliare | C |
| Gestione della cassa e organizzazione del personale dedicato alla fatturazione e incasso all'attività libero professionale | 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 |
| Predisposizione della documentazione oggetto di istanza di accesso ex Legge 241/1990 e accesso ai dati personali di cui al GDPR 679/2016. Supporto al Responsabile del procedimento della UOC Affari Generali e Legali ai fini del riscontro all'istante. | C |