

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

DECRETO n. del

OGGETTO: Approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO (IRCCS Regina Elena ed IRCCS San Gallicano).

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell’Arch. Giovanni Bissoni, con decorrenza 2 dicembre 2014, quale Sub commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamando in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*” ed, in particolare, l’articolo 3, comma 1 bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali*”;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative*”

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

alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: “*Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004*”;
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*”;

VISTO l’articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTI altresì:

- il decreto legge c.d. “*Spending Review*” 6 luglio 2012, n. 95 recante “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il decreto legge c.d. “*Balduzzi*” 13 settembre 2012, n. 158 recante “*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*”, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;
- il decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l’efficienza degli uffici giudiziari*”;
- l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTO il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all’adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione ed, in particolare, il punto 3.2.1 che, nell’ambito dell’Azione 1 “*Riorganizzazione della rete ospedaliera*” ha previsto, tra l’altro, l’accorpamento tra l’IRCCS “Lazzaro Spallanzani” e l’IRCCS IFO (IRCCS Regina Elena e IRCCS San Gallicano) con previsione per i due Istituti di un’unica Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa, mantenendo separate le Direzioni scientifiche ai fini del mantenimento delle specialità degli Istituti stessi;

VISTO il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con cui sono state adottate le Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

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

VISTO il DCA n. U00259 del 6 agosto 2014 che ha approvato il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

DATO ATTO, in particolare, che al punto 2, lettere c) e d), del dispositivo dei DCA n. U00251/14 e n. U00259/14 veniva previsto che i Direttori Generali trasmettessero le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale entro il termine del 15 ottobre 2014 e che la Regione procedesse alla verifica ed approvazione di dette proposte entro il termine del 15 dicembre 2014;

DATO ATTO, altresì, che con il DCA n.U00331 del 15 ottobre 2014 si è disposto di differire i termini anzidetti per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, stabilendo in particolare:

1. che i Direttori Generali delle Aziende territoriali ed ospedaliere, entro il 15 novembre 2014, presentassero le proposte in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il successivo 15 gennaio 2015;
2. che i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere universitarie osservassero, invece, il seguente duplice termine:
 - a) entro il 30 novembre 2014 presentazione delle proposte al Rettore dell'Università per l'espressione del parere ed il raggiungimento dell'Intesa;
 - b) entro il 31 dicembre 2014 adozione delle proposte con atto formale e conseguente trasmissione in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il 31 gennaio 2015;

VISTO il DCA n. U00426 del 16 dicembre 2014 con cui, dando esecuzione a quanto disposto al punto 2, lettera e), dei DCA n.U00251/14 e n.U00259/14, si è proceduto alla costituzione della Commissione di Esperti preposta alla verifica congiunta delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale presentate alla Regione secondo i nuovi termini sopra riportati, composta da tre membri interni all'Amministrazione Regionale e da tre membri esterni scelti in ragione delle professionalità maturate in materia di organizzazione aziendale e di pianificazione strategica;

TENUTO CONTO che il Commissario Straordinario degli IFO, in conformità alle indicazioni ed alla procedura formale di cui al DCA n.U00251/14 ed al DCA n.U00259/14, ha approvato le proposte di Atto Aziendale e di Piano Strategico, rispettivamente, con le deliberazioni n. 867 e n. 868 del 28 novembre 2014, delle quali è stata debitamente inviata copia alla Regione;

VISTO il DCA n. U00454 del 22 dicembre 2014 con cui, nelle more del completamento del processo di accorpamento previsto al citato punto 3.2.1 della Nuova Edizione dei Programmi Operativi adottata con il citato DCA n. U00247/14, si è disposto che i due IRCCS "IFO (IRCCS Regina Elena e IRCCS San Gallicano)" ed "INMI Lazzaro Spallanzani" redigessero due distinte proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale da trasmettere in Regione entro il termine del 31 gennaio 2015;

VISTO, altresì, il DCA n.U00048 del 2 febbraio 2015 con cui si è così disposto:

1. di prendere atto dell'impossibilità di rispettare i termini fissati per l'esame e

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

- l'approvazione delle proposte di atto aziendale e di piano strategico fissati con il DCA n.U00331/14;
2. di fissare il nuovo termine per l'esame e l'approvazione degli atti aziendali e per la condivisione dei Piani Strategici al 15 marzo 2015;
 3. di prevedere che detto termine sia da considerarsi quale termine finale del procedimento, entro il quale si possa, comunque, procedere di volta in volta all'approvazione, con decreto commissariale, dei singoli piani strategici ed atti aziendali valutati positivamente dalla Commissione di Esperti a ciò deputata;
 4. di rinviare a successivo provvedimento la determinazione del termine finale di approvazione dei Piani Strategici e degli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie, attesa la necessità di addivenire prioritariamente alla stipula definitiva dei Protocolli d'intesa Regione-Università;

TENUTO CONTO che il Commissario Straordinario dell'IFO, con nota prot. n. P/90/2015 del 13 marzo 2015, ha trasmesso alla Regione la proposta di Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli IFO per l'avvio del procedimento di verifica ed approvazione;

PRESO ATTO che la Commissione istituita con il DCA n.U00426/14 si è insediata il giorno 19 gennaio 2015, data della prima convocazione;

PRESO ATTO che la Commissione, a seguito dell'esame degli atti proposti dal Commissario Straordinario degli IFO, ha formulato alcune osservazioni, contenute nelle note regionali prot. n. 100387 del 24 febbraio 2015 e prot. n. 179213 del 01 aprile 2015 con le quali si è invitato il Commissario medesimo a rivedere il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) ed a fornire i chiarimenti;

DATO ATTO che il Commissario Straordinario degli IFO, con le note prot. n. P/90/2015 del 13 marzo 2015 e prot. n. P/137 del 09 aprile 2015 ha fornito i chiarimenti richiesti e formulato proposte di modifica degli atti precedentemente proposti;

DATO ATTO che la Commissione ha condiviso per e-mail il contenuto della nuova proposta trasmessa con la citata nota prot. n. P/137 del 09 aprile 2015, ritenendo condivisibili le scelte operate dal Commissario Straordinario degli IFO e rinviando all'Amministrazione Regionale la valutazione circa l'opportunità di approvare definitivamente il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli IFO (Atto Aziendale) nella nuova ultima formulazione proposta;

VISTA la nota regionale prot. n. 203936 del 14 aprile 2015 con cui la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria ha ritenuto approvabile la proposta di Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli IFO (Atto Aziendale) trasmessa con la nota prot. n. P/137 del 09 aprile 2015 e condivisibile il Piano Strategico;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario degli IFO n. 232 del 14 aprile 2015 recante "*Adozione del Regolamento di Organizzazione Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO (IRCCS Regina Elena ed IRCCS San Gallicano)*";

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, approvare il Regolamento di Organizzazione e

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

Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 232 del 14 aprile 2015 la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 232 del 14 aprile 2015, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi. Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e comunicato alle Aziende ed agli Enti interessati.

NICOLA ZINCARETTI



DELIBERAZIONE N. <u>232</u> DEL <u>14 APR. 2015</u>	
Oggetto: Adozione del Regolamento di Organizzazione Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO (IRCCS Regina Elena ed IRCCS San Gallicano).	
Esercizio _____ Conto _____ Sottoconto n. _____ Centro di costo: _____ Budget - assegnato: €..... - utilizzato: €..... - presente atto €..... - Residuo : €..... Scostamento budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Servizio Risorse Economiche <u>[firma]</u> <u>14/04/2015</u>	IL COMMISSARIO STRAORDINARIO <u>[firma]</u> Dott. Valerio Fabio Alberti
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO <u>Favorevole</u> Data <u>14-4-2015</u> <u>[firma]</u> IL DIRETTORE SANITARIO	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO <u>FAVOREVOLE</u> Data <u>14/4/2015</u> <u>[firma]</u> IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Parere del Direttore Scientifico <u>Favorevole</u> data <u>14/4/15</u> Firma <u>[firma]</u> Parere del Direttore Scientifico <u>favorevole</u> data <u>14/4/15</u> Firma <u>[firma]</u>	
La presente deliberazione si compone di n° ____ pagine di cui n° ____ pagine di allegati che ne formano parte integrante e sostanziale.	



segue deliberazione n° 232 del 14 APR. 2015

Il Commissario Straordinario

- Visto il D.L.vo del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- Visto il D.L.vo del 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la L.R. del 23 gennaio 2006, n. 2;
- In virtù dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n.T00237 del 25 luglio 2014;
- Visti in particolare, gli artt. 5, c. 4, lett. c) e 11, c. 2 e 3 della predetta legge regionale n. 2/2006, i quali prevedono:
- che il Direttore Generale adotti il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto, previa consultazione delle organizzazioni sindacali e previo parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica, tenuto conto dell'Atto di intesa della Conferenza Stato-Regioni 1° luglio 2004;
 - che il Regolamento di organizzazione e funzionamento sia trasmesso alla Regione ai fini della relativa approvazione secondo quanto previsto dalla normativa vigente in ordine agli atti aziendali delle aziende sanitarie;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 158 del 1° aprile 2014 con la quale è stato disposto il commissariamento dell'IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma "IFO" che terminerà con la nomina del nuovo vertice dell'Istituto;
- Vista la deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 159 del 1° aprile 2014 con la quale è stato disposto il commissariamento dell'IRCCS Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" che terminerà con la nomina del nuovo vertice dell'Istituto;
- Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00247 del 25 luglio 2014, "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00251 del 30 luglio 2014, "Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00259 del 6 agosto 2014, "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio";



segue deliberazione n° 232 del 14 APR. 2015

il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00331 del 15 ottobre 2014, “Differimento dei termini previsti dal DCA n. U00251/14 e dal DCA n. U00259/14 per la presentazione, da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale”;

il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00368 del 31 ottobre 2014 “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dei disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

Richiamata in particolare l’Azione 3.2.1. (Riorganizzazione della rete ospedaliera) del predetto DCA n. U00247/2014 laddove prevede l’accorpamento fra IRCCS Lazzaro Spallanzani e IRCCS IRE-ISG, con la conseguenza che per i due Istituti viene prevista un’unica Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa, lasciando separate le Direzioni Scientifiche ai fini del mantenimento della specificità degli stessi;

Considerato che il citato DCA n. U00259/2014:

- individua come destinatari degli indirizzi approvati con il decreto stesso 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 di diritto pubblico non trasformati in fondazioni insistenti sul territorio regionale;

- ribadisce che gli IRCCS IRE-ISG e Spallanzani andranno a fondersi in un unico Istituto mantenendo la separazione delle Direzioni Scientifiche e che pertanto dovrà essere predisposto un unico Atto Aziendale;

Considerato che la esplicitazione delle principali misure di riorganizzazione e razionalizzazione del SSR per gli anni 2013-2015 è contenuta nei Programmi Operativi;

che gli strumenti per l’attuazione di tali programmi operativi sono, a livello delle singole aziende, i Piani Strategici che esse devono adottare per il periodo 2014-2016 al fine di definire i propri obiettivi di breve e medio periodo, secondo quanto previsto dalle relative Linee Guida;



segue deliberazione n° 232 del 14 APR. 2015

che gli Atti Aziendali rappresentano gli assetti organizzativi dei quali le Aziende si dotano al fine di perseguire gli obiettivi delineati dai Piani Strategici;

che, conseguentemente, tra i DCA di cui sopra intercorre un rapporto di interdipendenza e connessione logica;

che l'Atto Aziendale costituisce lo strumento di autogoverno con il quale l'Azienda, nel rispetto della normativa vigente, degli accordi di lavoro e della pianificazione regionale, definisce la propria organizzazione ed il proprio funzionamento delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa sia nelle sue linee strategiche generali che negli aspetti dinamici della gestione aziendale;

- Ritenuto in assenza di un precedente Regolamento avente valenza di Atto Aziendale, di far riferimento alla deliberazione n. 256 del 27 marzo 2013, concernente "Provvedimenti di riorganizzazione interna nelle more dell'adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale)";
- Sottolineato per quanto concerne in particolare il numero delle Unità Operative Complesse, da un lato che gli IFO nel recente passato hanno già soppresso 18 strutture complesse su 57(-32%) e, dall'altro, che il numero delle UOC ammissibili calcolate in base a criteri aritmetici rispetto al solo numero dei posti letto comporterebbe ulteriori e consistenti riduzioni/soppressioni non compatibili con la natura e le finalità degli IRCCS che, in base alla vigente normativa sia statale (D.L.vo n. 288/2003) che della Regione Lazio (L.R. n. 2/2006) sono chiamati a svolgere, secondo indicatori di eccellenza, funzioni di alta specialità relative alla ricerca biomedica, alle prestazioni assistenziali e alla formazione;
- Considerato ancora che il 2° comma dell'art. 1 della Legge Regionale 23 gennaio 2006, n. 2 stabilisce che l'ordinamento degli IRCCS (e di conseguenza la relativa organizzazione) deve essere fondato su principi che salvaguardino le specifiche esigenze riconducibili all'attività di ricerca ed alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziali;



segue deliberazione n° 32 del 14 APR. 2015

- Richiamato il 2° comma dell'art.2 della predetta L.R. n. 2/2006 il quale espressamente prevede che “Gli Istituti, in particolare, indirizzano e programmano la propria attività di ricerca verso obiettivi utili alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie nella specializzazione disciplinare di riferimento. A tal fine, essi si dotano di strumenti e conoscenze necessari per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca. Gli Istituti partecipano attivamente ai programmi di collaborazione in rete tra istituti della stessa disciplina di riconoscimento ed anche di diversa disciplina, ove sinergica e complementare, promuovendo e favorendo la circolazione delle conoscenze e delle professionalità”.
- Ritenuto che proprio in ragione della specifica normativa nazionale e regionale riguardante gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le stesse linee guida regionali sugli atti aziendali hanno espressamente e giustamente previsto la loro applicazione per gli IRCCS non in maniera vincolante ma solo in quanto compatibili con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento;
- Ritenuto in altri termini, di adottare il presente Atto nel rispetto delle più volte citate linee guida rendendo compatibile l'applicazione delle direttive in esse contenute con l'imprescindibile esigenza di continuare a garantire e perseguire la missione e le finalità che l'ordinamento dello Stato e della stessa Regione Lazio prevedono per gli IRCCS;
- Preso atto da ultimo, del Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00454 del 22 dicembre 2014, avente ad oggetto “previsione della redazione di due Piani Strategici distinti e due Atti Aziendali distinti per gli IRCCS IRE – ISG e Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani”;
- in particolare che detto DCA n. U00454 del 22 dicembre 2014, tra l'altro evidenzia:
- che il delicato processo di accorpamento dei due IRCCS è attualmente in fase istruttoria e che il completamento non è, al momento, stimabile in termini temporali;
 - che il citato accorpamento si sta, tra l'altro, rilevando particolarmente complesso e necessita di specifici approfondimenti giuridico- amministrativi;
- Vista la nota in data 14.01.2015 degli IFO indirizzata alla Regione Lazio, concernente “Accorpamento IFO/INMI “Lazzaro Spallanzani”- nomina Direttore Amministrativo e Sanitario con estensione delle funzioni”;



segue deliberazione n° 232 del 14 APR. 2015

- la nota della Regione Lazio prot. 37995 del 23.01.2015, con la quale si condivide sostanzialmente la proposta di estensione delle funzioni del Direttore Amministrativo degli IFO anche all'INMI;
- la nota della Regione Lazio prot. 179213 dell'1.04.2015, con la quale la Commissione incaricata dalla Amministrazione regionale per la valutazione degli atti aziendali e dei piani strategici ha indicato ulteriori revisioni;
- la nota della Regione Lazio prot. 203936 del 14.04.2015;
- il verbale del Comitato Tecnico Scientifico IRE in data 14.04.2015;

Ritenuto	pertanto di dare attuazione alle norme ed agli indirizzi in precedenza citati, provvedendo all'adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO (IRCCS Regina Elena – IRCCS San Gallicano);
Visto	il verbale del Collegio di Direzione in data 14.04.2015;
Sentito	il Consiglio di Indirizzo e Verifica;
Sentite	le Organizzazioni Sindacali delle tre Aree di contrattazione;
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 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla Legge 7 agosto 1990 n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla Legge 11 febbraio 2005 n. 15;
Attestato	in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;
Visto	il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale, del Direttore Amministrativo, del Direttore Scientifico IRE e del Direttore Scientifico ISG;



segue deliberazione n° 232 del 14 APR. 2015

per i motivi di cui in narrativa che qui si intendono integralmente richiamati:

DELIBERA

- di adottare, nel testo che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale, il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) degli IFO (IRCCS Regina Elena-IRCCS San Gallicano);
- di trasmettere la presente deliberazione, ai fini della relativa approvazione, alla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria;
- di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute, Direzione Generale della Ricerca e dell’Innovazione in Sanità e Direzione Generale della Vigilanza sugli Enti e della Sicurezza delle Cure.

Il Commissario Straordinario
Dott. Valerio Fabio Alberti



segue deliberazione n° 232 del 14 APR. 2015

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito dell'Ente a decorrere

dal _____

**IL DIRIGENTE
DELLA U.O. ATTI DELIBERATIVI**

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

Dr. Enrico DEL BAGLIO

La presente deliberazione è stata notificata in copia al Collegio Sindacale in

data _____

**IL DIRIGENTE
DELLA U.O. ATTI DELIBERATIVI**

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

Dr. Enrico DEL BAGLIO

Regolamento di Organizzazione e Funzionamento

IFO

**ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI
(Istituto Nazionale Tumori Regina Elena – IRE e
Istituto Dermatologico San Gallicano ISG)**

Premessa

I Programmi Operativi per gli anni 2013 - 2015 della Regione Lazio hanno previsto, nell'ambito delle principali operazioni sulla rete di offerta sanitaria, *l'accorpamento degli IRCCS "IRE - ISG (IFO)" con l'IRCCS "Lazzaro Spallanzani" (INMI) e la conseguente istituzione di una unica Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa mantenendo separate le tre Direzioni Scientifiche al fine del mantenimento della specificità degli stessi.*

Il Direttore Generale, al momento il Commissario pro-tempore dei tre IRCCS, ha quindi predisposto, in ottemperanza alle disposizioni regionali DCA n.251/2014 e DCA n. 259/2014, un Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (ROF) dei tre IRCCS IRE - ISG ed INMI accorpati, previo parere dei rispettivi Collegi di Direzione e previa informazione delle Organizzazioni Sindacali, osservando, ove possibile, le predette linee guida.

Successivamente, con DCA n. 454 del 22.12.2014 la Regione Lazio ha ritenuto opportuno, nelle more del processo di accorpamento ancora in fase istruttoria, prevedere la redazione di due Piani Strategici distinti e di due Atti Aziendali distinti per gli IRCCS "IRE - ISG" e "L. Spallanzani".

Alla luce di quanto appena evidenziato, le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale vengono redatte singolarmente, secondo i seguenti criteri:

- Per i Piani Strategici viene contemplata una riflessione sulla prospettiva di accorpamento;
 - Per gli Atti Aziendali, si procederà attivando tra i due Istituti modalità di integrazione "tradizionali", quali dipartimenti interaziendali e/o Convenzioni, tenuto conto che le proposte operative devono, da un lato prefigurare organizzazioni che funzionino autonomamente (IFO e INMI), dall'altro non favorire la duplicazione di strutture complesse;
- Quanto sopra in piena coerenza con la individuazione di un unico Direttore Sanitario ed Amministrativo per i due Istituti IFO e INMI.

Ferma restando l'autonomia, l'indipendenza e l'immagine individuale dei singoli Istituti, gli interventi proposti prevedono di conseguire un ulteriore progresso nelle specifiche discipline, consolidandone la competitività a livello nazionale e alimentando la propensione all'eccellenza.

Il Piano Strategico che viene quindi contestualmente proposto insieme al presente atto, ha individuato, osservando l'Atto di indirizzo regionale, gli obiettivi di breve e medio periodo dell'Istituto. La Direzione intende conseguire tali obiettivi mediante gli specifici assetti organizzativi del presente Regolamento di organizzazione e Funzionamento che viene formalmente adottato e proposto alla Regione Lazio.

Il presente Regolamento, per gli aspetti generali, l'organizzazione e il funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in adempimento al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n.288 e s.m.i., fa riferimento alla legge della Regione Lazio 23 gennaio 2006, n.2 e s.m.i., nonché all'Atto di intesa della Conferenza Stato-Regioni del 1° luglio 2004, recante "Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni", ed è stato redatto tenendo in dovuta considerazione le *specificità degli IRCCS* (Box 2-5 per IRE e 6 per ISG).

La proposta è finalizzata non solo ad una tenuta quali-quantitativa degli IRCCS ma anche ad un lavoro di rilancio e sviluppo di un Polo Scientifico Regionale perseguendo la sostenibilità economica e il tendenziale equilibrio di bilancio.

Nelle more del processo di accorpamento si sviluppa il progetto di integrazione dei due Istituti attraverso la condivisione di alcune risorse (Box 1).

Box 1. Risorse in comune

- Direzione Strategica
- Amministrazione e funzioni centrali (SPP, Risk Manager)
- Sinergia strategica di progetti in comune

Box 2. Peculiarità IRE

- Ruolo a livello **nazionale**
 - Ricerca
 - Coordinamento di tutti gli IRCCS oncologici da parte del Direttore Scientifico e attuale Presidente dell'Alleanza Contro il Cancro (Prof. R. De Maria).
 - 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.
 - Sede di numerosi trial clinici (AIRC, etc.) con collaborazione multicentrica a livello internazionale e nazionale.
 - Organizzazione di numerosi corsi di formazione su temi specifici di carattere oncologico.
 - Assistenza
 - elevata qualificazione con attrattività legata ai volumi ed alle professionalità chirurgiche presenti, con elevata mobilità attiva extraregionale (Box 3).
 - utilizzo di robotica e strumentazione diagnostica e terapeutica all'avanguardia per l'assistenza.
- Ruolo a livello **regionale**
 - Hub all'interno del network per patologie oncologiche e malattie rare (Poliposi familiare del colon, etc.).
- Ruolo a livello **locale**
 - Elevati volumi di attività per tutte le discipline oncologiche

Box 3. La mobilità attiva extraregionale IRE in ambito chirurgico

I dati P.Re.Val.E 2013 evidenziano che, in termini di volumi, la percentuale di mobilità attiva per l'IRE relativa al totale dei ricoveri dei non residenti equivale al 19% rispetto al 12,9% del complesso delle strutture sanitarie della Regione Lazio. In particolare, le percentuali più elevate si rilevano per gli interventi chirurgici di:

- Tumore maligno (TM) dello **stomaco** (25% vs. 15,1%)
- Tumore maligno del **colon** (21,2% vs. 10,4%)
- Tumore maligno della **mammella** (11,8% vs. 8,5%)
- Tumore maligno della **prostata** (33,3% vs. 16,2%)
- Tumore maligno del **rene** (31,7% vs. 15,3%)
- Tumore maligno della **vescica** (28,3% vs. 15,9%)
- Tumore maligno del **retto** (18,6% vs. 14,4%)

A livello della graduatoria delle strutture sanitarie della Regione Lazio per numero di ricoveri, l'IRE si attesta alle seguenti posizioni:

- Intervento chirurgico per TM mammella: 2°
- Intervento chirurgico per TM utero: 2°
- Intervento chirurgico per TM polmone: 4°
- Intervento chirurgico per TM retto: 4°
- Intervento chirurgico per TM stomaco: 4°
- Intervento chirurgico per TM fegato: 4°
- Intervento chirurgico per TM rene: 1°
- Intervento chirurgico per TM prostata: 1°
- Intervento chirurgico per TM vescica: 1°
- Intervento chirurgico per tumore (maligno e non) cerebrale: 3°
- Intervento chirurgico per TM tiroide: 6°

Per la UOC di Otorinolaringoiatria, è stato preso in esame solo il TM della tiroide, non considerando tutte le altre neoplasie del distretto cervico-facciale.

Anche l'Ortopedia non compare poiché le neoplasie dell'osso e dei tessuti molli non vengono trattate nel P.Re.Val.E, nonostante sia l'unica struttura di riferimento per l'ortopedia oncologica del Lazio e delle altre regioni del centro e del meridione d'Italia, con oltre 4000 accessi/anno e la quasi totalità dei pazienti affetti da tumori rari.

L'Ortopedia IRE è infatti riconosciuta e certificata ufficialmente dalla Società Italiana di Osteoncologia per i requisiti di eccellenza nella cura dei sarcomi dell'osso, dei tessuti molli e viscerali - che ogni anno in Italia colpiscono in media 6000 persone -, e delle lesioni secondarie dello scheletro. I parametri di qualità vanno dal livello delle cure al numero dei pazienti presi in carico ogni anno, dalla multidisciplinarietà del trattamento fino all'organizzazione dei percorsi clinico - assistenziali.

Box 4. L'attrattività IRE in ambito medico

- La UOC di Ematologia:
 - Il 90% degli IRCCS ad indirizzo oncologico di diritto pubblico ha un'Ematologia per garantire una specifica diagnosi e cura dei tessuti emopoietici e linfatici.
 - La maggior parte dei pazienti viene trattata nell'ambito di protocolli di studio clinici afferenti a gruppi cooperativi nazionali ed internazionali (GIMEMA, EORTC, GITMO, EBMT, NHCSG).
 - Le principali linee di ricerca si incentrano sulla valutazione di nuovi farmaci, nuove combinazioni, e nuove strategie terapeutiche di trattamento integrato.
 - In particolare, per la ricerca clinica, sono attivi protocolli terapeutici nazionali ed internazionali per il trattamento delle leucemie acute, dei linfomi, dei mielomi, delle leucemie croniche e delle sindromi mielodisplastiche e di trapianto di cellule staminali con regime di condizionamento non mieloablativo in pazienti affetti da patologie ematologiche e da tumori solidi.

- Le UOC di Oncologia Medica:
 - La dotazione dei posti letto prevista dal regolamento regionale contempla due UOC altamente funzionanti (A e B) che eseguono in media 2000 ricoveri ordinari annui
 - Le Oncologie svolgono attività di trattamento e ricerca nei tumori solidi, in particolare tumori gastrointestinali, polmonari, mammari, ginecologici e melanomi. Si utilizzano sia modulatori dell'attività biologica e farmaci con bersagli biologici specifici sulle diverse neoplasie che farmaci ad attività antitumorale tradizionali, si adottano di preferenza regimi che abbiano un'efficacia ottimale pur permettendo una qualità di vita accettabile, come i regimi infusionali. In tal senso sono attivi protocolli di studio orientati nei confronti delle singole patologie.

Box 5. Specificità dell'Area Servizi IRE

- Riorganizzazione delle Strutture afferenti all'Area con una configurazione di una serie di Strutture Semplici finalizzata al completamento multi specialistico della gestione diagnostico-terapeutica del paziente e di alcune Strutture Complesse (Rianimazione e Terapia Intensiva, Anatomia Patologica, Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria) la cui esistenza è un requisito indispensabile per un IRCCS oncologico. In particolare:
 - La UOC Rianimazione e Terapia Intensiva prevedeva all'origine due UOC distinte che sono stata accorpate;
 - La UOC di Anatomia Patologica impiega le tecnologie più aggiornate ed affidabili per efficienza ed efficacia, adotta la migliore organizzazione procedurale interna con il coinvolgimento di tutto il personale, favorisce l'integrazione dell'attività clinica con la ricerca scientifica e il massimo rispetto delle procedure operative.
 - La Fisica Sanitaria è la più importante del settore a livello regionale e coopera con ENEA ed ISS in progetti relativi alla terapia protonica e allo sviluppo per un device ibrido per la IORT.
 - In Medicina Nucleare le strutture ambientali e le tecnologie disponibili sono di ultima generazione e d'avanguardia ognuna nel proprio settore. Inoltre la struttura si avvale di un sistema integrato di radioprotezione ambientale estremamente sofisticato. La Struttura è dotata di una diagnostica PET-TC.

Box 6. Peculiarità ISG

- Ruolo a livello **nazionale ed internazionale**
 - Collaborazione con AIFA e con altri centri dermatologici nazionali ed europei per il controllo epidemiologico, diagnostico e terapeutico della psoriasi e della artropatia psoriasica.
 - Convenzione con l'Istituto IARC di Lione per ricerche virologiche e biomolecolari in soggetti a rischio.
 - Piattaforma di ricerca congiunta con ISS per lo studio del vaccino anti-AIDS, insieme al National Department of Health del Sudafrica e finanziato dal Ministero degli Affari Esteri, e per la sperimentazione di fase I del vaccino antimelanoma e lo studio virologico e biomolecolare dei carcinomi della testa e del collo.

- Ruolo a livello **regionale**
 - Referente per le malattie rare (Porfirie e Malattie metaboliche ereditarie).
 - Melanoma Unit all'interno della Rete oncologica regionale.

- Ruolo a livello **locale**
 - Elevati volumi di attività ed attrattività per le professionalità presenti.
 - Impulso e valorizzazione dell'attività dell'Azienda farmaceutica S. Gallicano.

La proposta di accorpamento IFO-INMI prevedeva azioni che i Direttori Scientifici dei tre IRCCS avevano illustrato con una relazione comune, allegata al presente documento. Tale relazione contiene obiettivi che si intendono comunque attualmente validi e perseguibili, seppure da rimodulare con modalità compatibili con l'autonomia dei due Istituti IFO e INMI, sia per i risvolti positivi a livello del SSN sia per il valore aggiunto che tale sinergia porterebbe a livello assistenziale e di ricerca (Box 7).

Box 7. Esempi di aree di collaborazione strutturata tra i tre IRCCS

- protocolli di assistenza condivisi, al fine di operare la circolazione delle conoscenze con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate;
- realizzazione di una unità di trial clinici centralizzata "Clinical Trial Center" (sperimentazione fase I e successive) con particolare riferimento alle sperimentazioni indipendenti;
- miglioramento della gestione clinico/diagnostica per studi di intervento (terapeutico, preventivo ed amministrativo) sulle infezioni nel paziente oncologico e della gestione delle infezioni in chirurgia con particolare riferimento all'ortopedia (Centro di riferimento per Sarcomi ed Osteomieliti);
- Centralizzazione dei controlli biologici per la Banca di tessuto ovarico e la Banca tessuto muscolo scheletrico;
- Messa in comune dello stabulario e delle tecnologie dei modelli animali;
- Accesso ai laboratori di biocontenimento e alto biocontenimento per studi di ricerca traslazionale basati su vettori virali e sviluppo di vettori virali per programmi vaccinali contro il cancro;
- miglioramento dell'isolamento protettivo per pazienti oncologici e onco-ematologici (inclusi i trapiantati di midollo) gravemente immuni compromessi;
- utilizzo di expertise nel settore della spettrometria di massa per l'identificazione di nuovi marcatori tumorali;
- sviluppi di un piano sulla dermatologia infettiva e sulla prevenzione, diagnosi e terapia delle Malattie Sessualmente Trasmissibili;
- sviluppo di un approccio interdisciplinare per la ricerca, la diagnostica, gestione clinica ed il trattamento dei tumori virus correlati.

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

A tal fine saranno sviluppati modelli organizzativi funzionali (UNIT), che costituiscono uno strumento operativo per realizzare aggregazioni professionali focalizzate sul trattamento di pazienti con quadri morbosi che coinvolgono singoli organi o apparati privilegiando i maggiori "big killers" oncologici che interessano la mammella, il polmone, la prostata, il colon-retto e il pancreas.

INDICE

PARTE PRIMA ASPETTI GENERALI

- Art. 1: (Denominazioni, Sede e Sito Internet)
- Art. 2: (Loghi)
- Art. 3: (Mappe)
- Art. 4: (Patrimonio)
- Art. 5: (Personale e dotazione organica)
- Art. 6: (Istituti e relativi posti letto)
- Art. 7: (Articolazione interna)
- Art. 8: (Mission e Vision)
- Art. 9: (Finalità)
- Art.10: (Valorizzazione, formazione, tutela della salute e sicurezza del personale)
- Art.11: (Principi, modelli e funzioni organizzative)
- Art.12: (Governo clinico)
- Art.13: (Ambiti di applicazione del Governo Clinico)
- Art.14: (Organizzazione e Metodologia)
- Art.15: (Attività)
- Art.16: (Attività Interaziendali)

PARTE SECONDA ORGANI ED ORGANISMI COLLEGIALI PER IL GOVERNO STRATEGICO

- Art.17: (Organi)
- Art.18: (Direttore Generale)
- Art.19: (Consiglio di indirizzo e verifica)
- Art.20: (Collegio Sindacale)
- Art.21: (Direttori Scientifici)
- Art.22: (Collegio di Direzione)
- Art.23: (Ufficio di Direzione)
- Art.24: (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale)
- Art.25: (Incompatibilità dei Direttori Generale, Scientifici, Amministrativo e Sanitario)
- Art.26: (Direttori di Presidio)
- Art.27: (Comitati Tecnico- Scientifici)
- Art.28: (Comitato Etico)
- Art.29: (Organismo indipendente di valutazione della performance)
- Art.30: (Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili)
- Art.31: (Altri Comitati e Commissioni Aziendali)
- Art.32: (Organizzazione dell'Ente)
- Art.33: (Dipartimenti)
- Art.34: (Comitato di Dipartimento)
- Art.35: (Unità Operative Complesse)
- Art.36: (Unità Operative Semplici Dipartimentali)
- Art.37: (Unità Operative Semplici)
- Art.38: (Aree funzionali)

**PARTE TERZA
PERSONALE ED ORGANIZZAZIONE**

- Art.39: (Dotazione Organica)*
Art.40: (Ruolo della Dirigenza)
Art.41: (Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali)
Art.42: (Funzioni dei Direttori di Dipartimento)
Art.43: (Funzioni dei Direttori di Unità Operativa Complessa)
Art.44: (Funzioni dei Responsabili di struttura semplice)
Art.45: (Incarichi di natura professionale)
Art.46: (Posizioni Organizzative del Comparto)
Art.47: (Dipartimento delle Professioni Sanitarie)
Art.48: (Organizzazione degli Istituti)

**PARTE QUARTA
SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO / SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO /
BILANCIO ED ATTIVITA' ECONOMICO-FINANZIARIE ED AMMINISTRATIVE**

- Art.49: (Sistema di valutazione e controllo)*
Art.50: (Sistema Informativo Sanitario)
Art.51: (Bilancio economico di previsione /Bilancio d'esercizio)
Art.52: (Il Budget - Processo di Budget)
Art.53: (Budget per le attività di ricerca)
Art.54: (Attività contrattuale in materia di fornitura di beni e servizi)
Art.55: (Il Bilancio Sociale)

**PARTE QUINTA
PARTECIPAZIONE**

- Art.56: (La partecipazione e la tutela dei diritti degli utenti)*
Art.57: (La partecipazione nei confronti delle istituzioni)
Art.58: (La partecipazione nei confronti degli operatori)
Art.59: (La partecipazione nei confronti della società civile)
Art.60: (La partecipazione nei confronti delle Organizzazioni Sindacali)
Art.61: (Relazioni Sindacali)
Art.62: (La prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)
Art.63: (Principio della trasparenza)

**PARTE SESTA
NORME TRANSITORIE E FINALI**

- Art.64: (Norme transitorie e finali)*

PARTE PRIMA
ASPETTI GENERALI

Art. 1 (Denominazioni, Sede e Sito Internet)

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

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

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

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

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

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata: **ifo@pec.aruba.it**

Gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, ai sensi della recente normativa, saranno assolti attraverso la pubblicazione sul sito e/o presso l'albo dove è fissata la sede legale.

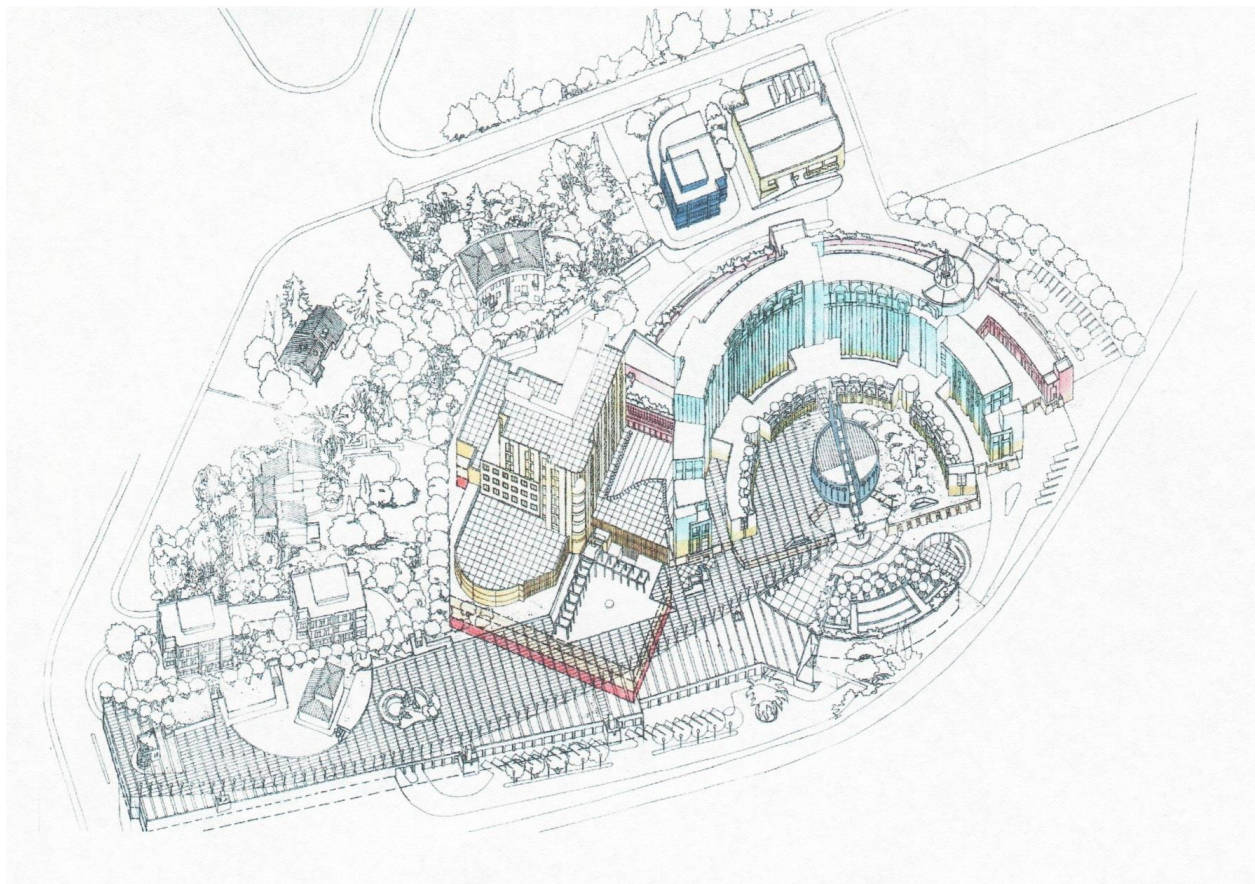
Art.2 (Loghi)

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



Art. 3 (Mappe)

IFO



Art. 4 (Patrimonio)

Il patrimonio degli Istituti, alla data di adozione del presente Regolamento, è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad esso appartenenti secondo le risultanze dello stato patrimoniale, nonché da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività ovvero a seguito di atti di liberalità.

L'articolazione dell'IFO, all'atto dell'adozione del presente Regolamento è la seguente:

- sede legale e centrale dell'Ente, (di proprietà dell'Ente), Via E. Chianesi, 53 - Roma;
- sede distaccata dell'Ente in Trastevere(di proprietà dell'Ente), Via di San Gallicano, 25 A - Roma;
- sede distaccata dell'Ente in Pietralata, (di proprietà del Demanio ed affidato all'Ente), Via delle Messi d'oro, 156 - Roma.

Art. 5 (Personale e dotazione organica)

I dati relativi al personale in servizio con rapporto di lavoro dipendente anche a tempo determinato aggiornati al 31.12.2013 distinto per ruoli di appartenenza viene evidenziato nel sottostante prospetto:

IFO PERSONALE DIPENDENTE AL 31 DICEMBRE 2013

RUOLI	PERSONALE			NOTE
	T.I.	T.D.	TOTALE	
SANITARIO				
Dirigenti Medici	249	6	255	(3 dirigenti in comando c/o INMP)
Dirigenti sanitari	45	1	46	
comparto tecnico-sanitario	435	11	446	(6 Religiose)
TOTALE SANITARIO	729	18	747	
PROFESSIONALE				
Dirigenti	2	1	3	
Assistente religioso	3		3	
TOTALE PROFESSIONALE	5	1	6	
TECNICO				
Dirigenti	4		4	
Comparto	94		94	
TOTALE TECNICO	98	0	98	
AMMINISTRATIVO				
Dirigenti	6	1	7	
Comparto	161	1	162	
TOTALE AMMINISTRATIVO	167	2	169	
TOTALE GENERALE	999	21	1020	

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

Art. 6 (Istituti e relativi posti letto)

Dotazione posti letto previsti dal DCA n. 386/2014:

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

Area	Codice Disciplina	Descrizione	PPLL ORD	PPLL DH
M		Area Medica	77	
	02	DH Multispecialistico		37
C		Area Chirurgica	103	
	12	Ch. Plastica	14	
	13	Ch. Toracica	20	
	30	Neurochirurgia	8	
	98	DS Multispecialistico		15
AC	49	Terapia intensiva	10	
Totale			232	52
				284

Art. 7 (Articolazione interna)

L'articolazione interna è qui di seguito rappresentata e meglio evidenziata negli allegati prospetti (organigramma):

Direzione Generale in staff

	UOS Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione
--	---

Risk Management
Servizio di Prevenzione e Protezione
Medicina del Lavoro
URP
Relazioni Esterne e Ufficio Stampa

Direzione Amministrativa

Strutture in Staff

	UOS SAR Servizio Amministrativo per la Ricerca
--	--

Dipartimento Interaziendale Tecnico-Amministrativo IFO-INMI

Il Dipartimento Interaziendale Tecnico Amministrativo è la struttura identificata per concorrere al raggiungimento degli obiettivi delle aree amministrative centrali con funzione di coordinamento dell'attività, oltre che strumento di condivisione ed integrazione di know-how, degli IRCSS Istituti Fisioterapici Ospitalieri e Lazzaro Spallanzani.

Trattasi di dipartimento strutturale volto all'individuazione di linee guida per l'ottimizzazione delle attività comuni ai due Enti e per l'omogeneizzazione dei relativi procedimenti amministrativi.

Le risorse del dipartimento sono quelle delle UU.OO. che ad esso afferiscono.

I centri di costo del dipartimento sono quelli delle UU.OO.CC. facenti parte dello stesso, così come già individuati a livello aziendale.

In particolare, il dipartimento tecnico amministrativo ha il compito di supportare l'attività del Direttore Amministrativo - il cui ruolo è unico per i due Enti - nelle seguenti funzioni:

- definizione e regolamentazione delle procedure operative, curandone l'integrazione perché siano utilizzabili contestualmente da più UU.OO.CC.;
- sviluppo e attivazione di progetti o procedure trasversali da attuarsi per il raggiungimento di specifici risultati, e che devono essere gestiti da equipe composte dalle diverse unità operative di area amministrativa;
- promozione delle azioni di monitoraggio della rispondenza delle decisioni e delle attività delle unità amministrative agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni della Direzione Aziendale, nel rispetto delle competenze attribuite o delegate agli altri livelli dirigenziali;
- rilevazione del fabbisogno formativo degli operatori e dei dirigenti responsabili delle unità.

Il regolamento di organizzazione del Dipartimento Interaziendale Tecnico Amministrativo viene redatto con apposito e separato atto.

Nell'ambito del Dipartimento Tecnico Amministrativo interaziendale sono individuate le strutture complesse e semplici di seguito elencate:

UOC Acquisizione Beni e Servizi (ABS)	
UOC Servizio Tecnico	UOS Ingegneria Clinica UOS Sistemi di Telecomunicazioni
UOC Risorse Umane	UOS Trattamento Economico UOS Formazione
UOC Affari Generali	UOS Assicurazioni e Contenzioso UOS Atti Deliberativi
UOC Risorse Economiche e Bilancio*	
UOSD Tecnologia e Sistemi Informatici	

*UOC Risorse Economiche IFO ad esaurimento.

Direzione Sanitaria Aziendale

UOC Direzione di Presidio Istituto Regina Elena	UOSD BTMS (struttura di rilevanza regionale afferente per la programmazione delle attività alla Direzione Strategica). SIO P.O. chirurgica
UOC Direzione di Presidio Istituto San Gallicano (UOC ad esaurimento. Successivamente trasformata in UOSD)	
UOC Farmacia IFO-INMI*	

Coordinamento Aziendale per Donazione di Organi e Tessuti a scopo di trapianto
Farmacovigilanza e Farmed
Ufficio Sistemi Informativi Sanitari e valutazione attività (SIAS-SISG-MEF)

* UOC Farmacia afferente funzionalmente al Dipartimento del Farmaco interaziendale con AO S Camillo Forlanini, ASL RMD. All'esito del processo di integrazione organizzativa con INMI una delle due UOC di Farmacia verrà trasformata in UOSD.

Dipartimento Clinico Sperimentale Oncologico

Area Chirurgia Oncologica 1	UOC Chirurgia Digestiva (UOC ad esaurimento. Successivamente trasformata in UOSD)	
	UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica	
	UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	
	UOC Ginecologia	
	UOC Ortopedia	
Area Chirurgia Oncologica 2	UOC Chirurgia Senologica e tessuti molli	
	UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale	
	UOC Chirurgia toracica	Endoscopia Toracica
Area Medicina Oncologica	UOC Urologia	
	UOC Neurochirurgia	
	UOC Oncologia Medica 1 (indirizzi: Neoplasie della mammella, Apparato gastrointestinali (inclusi i tumori eredo-familiari), Apparato riproduttivo femminile, Neoplasie epatobiliopancreatiche, Melanomi e Sarcomi).	
	UOC Oncologia Medica 2 (indirizzi: Neoplasie Testa-collo, Polmone, Apparato genitourinario, Neoplasie cerebrali).	
	UOSD Ematologia	
Area Servizi	Coordinamento Tumori Rari	
	Servizio Day Hospital e Terapia Ambulatoriale Oncologica	
	UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	DaySurgery
	UOSD Terapia del Dolore	
	UOSD Cardiologia	
	UOSD Endocrinologia	
	UOSD Neuroncologia	
UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva		
UOSD Fisiopatologia Respiratoria		
	Servizio di Psicologia	
	Servizio di Psichiatria	

Dipartimento Clinico Sperimentale Dermatologia

UOC Dermatologia Clinica
UOC Laboratorio Fisiopatologia Cutanea
UOSD Dermatologia Oncologica
UOSD Dermatologia MST, Ambientale Tropicale e Immigrazione
UOSD Chirurgia Plastica ad indirizzo dermatologico e rigenerativo
UOSD Prevenzione Oncologica
UOSD Patologia Clinica e Microbiologia
UOSD Porfirie e Malattie Rare
UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico
UOSD Dermatopatologia

Laboratorio galenico e Farmacia S. Gallicano
--

Dipartimento di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica

Area Funzionale di Ricerca Traslazionale	UOSD Oncogenomica ed Epigenetica	
	UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori	
	UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici	
	UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari	
	UOSD SAFU	
	UOSD Biostatistica e Bioinformatica	
	Servizio di Epidemiologia e Registro Tumori	
Area Funzionale Alte Tecnologie	UOC Anatomia Patologica	
	UOC Radioterapia	
	UOC Radiologia	Neuroradiologia Radiologia Interventistica Diagnostica Senologica
	UOSD Medicina Nucleare	
	UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti	
	UOSD Patologia Clinica	
Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale		
Biobanca tessuti e liquidi biologici		

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

UOC Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca (DITRAR)	Professioni sanitarie infermieristiche IRE e ISG Professioni sanitarie Tecniche IRE e ISG
--	--

Art. 8 (Mission e Vision)

Dotarsi di una *mission*, una *vision* ed un sistema di valori, comunicarli, dichiararli, è indispensabile per: stabilire la propria funzione ed identità, individuare un percorso, indicare un orizzonte di impegno.

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 di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico 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, 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* degli Istituti si caratterizza da un lato per l'attività di ricerca e dall'altro per la forte connotazione specialistica nel campo in cui essi operano.

La *vision* degli Istituti si allinea alla programmazione regionale prevedendo la creazione del nuovo Polo Scientifico degli IRCCS accorpati. In particolare, l'integrazione organizzativa si realizzerà nella definizione di un modello di Governance che, potenziando le sinergie, valorizzi nel contempo le peculiarità e specificità dei tre IRCCS IRE, ISG, INMI.

Il ruolo del nuovo Polo Scientifico sarà altamente qualificante e di interesse strategico nel contesto nazionale e per la Regione Lazio quale sede di tecnologie avanzate e qualificate professionalità. Esso sarà inoltre Centro di Riferimento nelle reti per le patologie dermatologiche, oncologiche e infettive, e per specifici aspetti di malattie di elevato impatto sociale e/o con rilevanza di sanità pubblica.

La maggiore attrattività e sviluppo della ricerca e dell'innovazione del nuovo Ente, rispetto a quella degli Istituti se considerati singolarmente, risiederà anche nella possibilità di realizzare un Clinical Trial Center unico con l'individuazione di iniziative comuni, mantenendo e rafforzando le singole progettualità di ricerca degli istituti, affidata ai tre 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 questo tipo di *vision* sia in grado di dare a quanti partecipano alle attività istituzionali una forte motivazione nel proprio quotidiano impegno di lavoro.

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

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

La “mission” specifica dell’IFO

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

La missione strategica dell’Ente è quindi quella di:

- a) perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico che in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- b) garantire prestazioni di eccellenza;
- c) dare risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime in campo oncologico e dermatologico, non solo in termini di prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma anche in termini di ricerca e prevenzione;
- d) consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
- e) integrarsi armonicamente, in un legame strategico con Regione, Ministero della Salute, Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, CNR, etc) e con altre strutture che operano negli specifici campi, in una logica di complementarità di ruoli e di continuità assistenziale;
- f) 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.

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

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

Tipologia della ricerca e suo finanziamento, brevetti e attività di formazione dei tre Istituti.

Tipologia della ricerca e suo finanziamento: l'attività di ricerca degli Istituti è distinta in ricerca "corrente", definita in concerto col Ministero della Salute e da questo finanziata, 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 cofinanziatrici è considerata un imprescindibile supporto alle attività di ricerca traslazionale. 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. Saranno quindi promosse ricerche biotecnologiche che generino un potenziale impatto industriale, indirizzando le risorse intellettuali verso la produzione di metodologie e/o strumentazioni sulle quali si possa affermare la proprietà intellettuale. La copertura mediante brevetto delle potenzialità applicative dei progressi scientifici e della conoscenza a essi connessa rappresenta un mezzo imprescindibile per il raggiungimento dello sviluppo e della commercializzazione delle idee innovative e per l'incremento delle possibilità di finanziamento.

Alta formazione: Gli IRCCS sono sede di molteplici livelli dell'organizzazione formativa, ivi compresa la formazione continua degli operatori sanitari, successiva all'abilitazione professionale. Nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Medica Continua prevista dal Ministero della Salute e della crescente disponibilità a collaborare con le Università nelle funzioni didattiche e formative, gli Istituti puntano a collocarsi come riferimento anche nel campo della formazione in oncologia, dermatologia ed infettivologia attraverso la istituzione della Scuola Aziendale di Alta Formazione.

I valori

Affidabilità

Gli istituti, nell'insieme delle loro componenti, agiscono adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti ed il servizio prodotto alle necessità degli

Assistiti, alle priorità ed agli obiettivi a tal fine fissati. Gli impegni vengono assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenze. Gli impegni presi sono rispettati da tutti gli Operatori, ognuno per gli aspetti di specifica competenza.

Centralità della Persona

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

Efficacia, Efficienza e Risultati

Devono essere perseguite:

- **l'efficacia attesa**, ovvero la capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti cui è rivolto;
- **l'efficacia pratica**, ovvero i risultati ottenuti dalla sua applicazione di routine;
- **l'efficienza**, ovvero capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile.

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

Equità

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

Flessibilità

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

Prevenzione della corruzione e Trasparenza

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 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”*), 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.

Viene altresì garantita la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati; garantisce altresì la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, nel suo ambiente interno ed in quello esterno. Viene 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. Viene garantita la trasparenza nelle decisioni ed 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.

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 fondati ed ai principi organizzativi rappresentati nel presente Atto.

- un'organizzazione secondo il sistema delle reti, differenziata ed integrata internamente e con l'ambiente esterno. Per perseguire questa strategia, l'azione degli Istituti è volta alla ricerca di sinergie a livello nazionale ed internazionale con altri Enti di Ricerca, con le Università, con gli IRCCS, con il Territorio ed i Medici di Medicina Generale.

L' Umanizzazione:

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

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

La Gestione:

Sul piano gestionale gli Istituti hanno come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e di ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il sistema attraverso strumenti quali:

- la quantificazione delle risorse, ivi comprese quelle della ricerca, in termini finanziari, strutturali, strumentali ed umani;
- l'individuazione dei criteri per l'allocazione delle risorse che garantiscano prestazioni efficaci, appropriate ed orientate al contenimento della spesa
- il rafforzamento del processo di aziendalizzazione mediante la realizzazione di politiche di investimento e la riconversione e la riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati (Day Hospital, DaySurgery, Day Service), nonché l'attuazione di modelli organizzativi più efficienti;
- l'aggiornamento di strumenti tecnologici e l'acquisizione di brevetti;
- la realizzazione di politiche per il personale e l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso la gratificazione di carattere non solo economico, siano strumenti per il raggiungimento degli obiettivi da parte di strutture, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore;
- la riconversione dei servizi e delle prestazioni che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza verso interventi di chiara e provata qualità.

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

Art. 9 (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 e dermatologico 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 rapporti 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 post laurea;
- 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 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. 10 (Valorizzazione, formazione, tutela della salute e sicurezza del personale)

La dotazione organica è determinata in relazione alla strutturazione e missione degli Istituti, ed al ruolo nell'ambito del SSR Lazio, al fine di pervenire ad una maggiore appropriatezza delle prestazioni, all'equilibrio tra valore della produzione e costi anche della ricerca nell'ambito di ciascun budget dipartimentale e del complessivo budget, nonché di perseguire una effettiva razionalizzazione dei costi e l'adeguamento agli indicatori di efficacia, efficienza ed economicità.

Infatti:

1. Le risorse umane rappresentano il più importante capitale intellettuale ed il mezzo principale per il pieno perseguimento della missione dei valori e degli obiettivi strategici. In tale ottica gli Istituti sviluppano sistemi di pianificazione nelle politiche per il personale, articolato nei rispettivi 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.
2. Gli Istituti pongono la massima attenzione alla valorizzazione, alla motivazione ed alla promozione della professionalità dei propri dipendenti nella consapevolezza che un 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.
3. Gli Istituti riconoscono altresì come fondamentale un rapporto di lavoro che premi la professionalità e il merito creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.
4. Gli Istituti riconoscono piena e pari dignità tra tutto il personale, medico, sanitario, professionale, tecnico e amministrativo ed assicurano la rimozione

degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

5. La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici, per evitare che le capacità professionali possano diventare superate rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica. In tal senso rappresenta un momento strategico dell'azione manageriale l'elaborazione del piano formativo aziendale annuale che sarà costituito da:

- l'attività formativa dinamicamente costituita nel corso dell'anno e pianificabile sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, nonché sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali e strategici;
- le iniziative formative promosse a livello centrale sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi ulteriori;

E' funzione delle strutture aziendali deputate alla formazione selezionare e proporre alla Direzione le attività formative da realizzare coerentemente con gli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali.

6. Gli obblighi e 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 hanno 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 deve essere la promozione di tutte quelle azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti.

Art. 11 (Principi, modelli e funzioni organizzative)

Gli Istituti sono soggetti di diritto pubblico che utilizzano anche mezzi e strumenti dell'imprenditoria al fine di perseguire gli obiettivi assegnati dalla Regione. L'attività è organizzata imprenditorialmente, anche se non persegue fini di lucro.

I due I.R.C.C.S. svolgono le attività di ricerca, nonché le attività sanitarie gestionali, organizzative e di coordinamento interaziendali delegate dalla Regione Lazio e dal Ministero della Salute, o da altre Istituzioni pubbliche o private compatibilmente con la propria natura giuridica e di soggetti del Servizio Sanitario.

Strumento fondamentale del sistema direzionale è il budget economico inteso quale programmazione dell'attività istituzionale, di governo e di controllo, di razionalizzazione delle risorse, di condivisione delle politiche istituzionali.

Il modello organizzativo dell'Ente è basato sulle 4 seguenti *macro-funzioni (a-d)*, che devono tener conto della specificità dei due Istituti IRE ed ISG:

a) la Funzione di Governo dell'Ente rappresenta l'insieme delle attività finalizzate alla pianificazione, alla programmazione ed all'assunzione delle decisioni di alta amministrazione.

In particolare si esercita nei seguenti ambiti:

- pianificazione strategica
- organizzazione istituzionale
- definizione degli investimenti
- politiche di bilancio
- politiche del personale
- programmazione, budget e controllo di gestione
- flussi informativi
- qualità delle cure ed umanizzazione
- comunicazione istituzionale
- formazione del personale.

b) la Funzione di Committenza per il suo alto valore strategico si colloca tra le funzioni di alta amministrazione, venendo esercitata per quanto di competenza, nei confronti di tutti i produttori di prestazioni e servizi sanitari e di ricerca. Tale funzione si esplica attraverso la valutazione e la definizione quali-quantitativa delle prestazioni sanitarie e delle attività necessarie per fornire un'adeguata risposta ai bisogni di prestazioni dei cittadini, in relazione anche agli obiettivi e compiti assegnati rispettivamente dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

La funzione di committenza viene individuata come strumento fondamentale:

- per garantire la compatibilità tra piano di attività e risorse a disposizione;
- per monitorare, controllare e verificare i risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore (Regione, Ministeri, Privati);
- per valorizzare le risorse umane cui si attribuisce piena capacità operativa e autonomia gestionale attraverso la netta distinzione tra chi decide quali attività sviluppare e chi sviluppa le diverse attività;

c) la Funzione di Produzione, esercitata dalle strutture e servizi sanitari e di ricerca 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) e di servizi e prestazioni di ricerca traslazionale e di base. Le strutture di produzione operano con autonomia tecnico-professionale e con autonomia gestionale nei limiti fissati dalla Direzione

Generale.

d)le Funzioni Strumentali e di Supporto, esercitate dalle strutture amministrative, tecniche e di staff, sono quelle finalizzate a coadiuvare la Direzione ed a consentire alle strutture interne di produzione di espletare al meglio la loro attività per il perseguimento degli obiettivi assegnati. Esse devono essere in sinergia con i servizi di produzione, con ciò garantendo l'efficienza e assicurando la qualità degli aspetti organizzativi di natura amministrativa e logistici.

Art. 12 (Governo Clinico)

Gli Istituti, in armonia con le vigenti disposizioni, adottano i principi e gli strumenti del *Governo Clinico* come elementi strategici del proprio modello organizzativo orientati al miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza e mirano all'attivazione di un percorso sistematico in grado di integrare la componente clinico-assistenziale con quella organizzativo-gestionale.

Tale politica gestionale tende ad assicurare il raggiungimento di specifici standard di eccellenza sia in termini di risultati raggiunti che di adozione di interventi di documentata efficacia.

La strategia che la Direzione intende perseguire basandosi sul sistema *Governo Clinico* si sviluppa nelle seguenti azioni:

- orientare e promuovere l'attività degli operatori sanitari e verso obiettivi di efficacia e appropriatezza mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale che si esplicitano attraverso la produzione e l'adozione di linee guida cliniche e clinico-organizzative;
- dare maggiore impulso alla formazione permanente quale leva strategica per la crescita professionale e personale dei dipendenti;
- implementare il ricorso all'utilizzo dell'*audit clinico* come strumento per favorire un confronto tra professionisti secondo la logica dell'autoapprendimento;
- garantire la sicurezza del paziente attraverso il monitoraggio, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi adottando un approccio strutturato di gestione del rischio;
- 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.

Art. 13 (Ambiti di applicazione del Governo Clinico)

a) Gestione del rischio clinico

- In conformità alla Linee Guida Regionali di cui alla Determina n. G04112 del 1° aprile 2014, gli Istituti hanno adottato il Piano Annuale per la gestione del rischio clinico (PARM).
- La gestione del rischio clinico, inteso come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo e di particolare significato, sia per la sicurezza dei cittadini, sia per la corretta erogazione di servizi sanitari di qualità.
- La Direzione adotta organicamente azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza alla vigente normativa che diventa prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico.
- Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 e s.m.i. in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, è prevista la figura del "**risk manager**", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.
Il "**risk manager**" opera per conto della direzione strategica ed assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

b) Qualità

- 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.
- Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, gli Istituti adottano il metodo della verifica e delle revisione della qualità e quantità delle prestazioni erogate. A tal fine il Direttore Generale specifica gli indicatori dell'azienda previsti per il riconoscimento di cui all'art. 13 comma 3, del D.Lgs di riordino n. 288/2003 e normativa seguente.
- Gli Istituti intendono dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo dell'attività anche attraverso percorsi di accreditamento e di certificazione.
- Attualmente presso IFO è stato adottato il modello di certificazione secondo lo standard ISO9001:2008. L'ultima certificazione ISO 9001:2008 per IRE è stata rilasciata da Bureau Veritas in data 04/03/2014 con scadenza 03/03/2017.
- L'ultima certificazione ISO 9001:2008 per ISG è stata rilasciata da Bureau Veritas in data 20/03/2013 con scadenza 19/03/2016
- Inoltre nella UOC di Ematologia sezione trapianti è stato ottenuto in data 21/01/2014 con scadenza 20/01/2018 l'accREDITAMENTO JACIE (The Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT).

- L'IFO ha intrapreso l'iter per accedere anche alla Certificazione Europea secondo standard OECD.

c) Percorsi di cura

- La Direzione Strategica assume come obiettivo da perseguire l'appropriatezza dei percorsi clinico-diagnostico-assistenziali attraverso l'elaborazione e sperimentazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e dei modelli organizzativi innovativi sostenuti dall'attività di ricerca.
- 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.

d) Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Gli Istituti adottano nell'ambito della normativa vigente tutte le possibilità di erogazione dei servizi collegati alla propria missione e correlati ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Art. 14 (Organizzazione e Metodologia)

1. 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.

Art. 15 (Attività)

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 IRCCS, con Università, con Istituti di Riabilitazione e con analoghe strutture a decrescente attività di cura, avvalendosi in particolare, delle Reti di cui all'art. 43 della L n. 3, del 16 gennaio 2003, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare appositi protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e terapie più avanzate.
4. Gli Istituti hanno facoltà di promuovere, esercitare o partecipare ad attività diverse da quelle istituzionali, purché con queste non in contrasto, mediante la stipula di accordi e convenzioni, la costituzione e partecipazione a consorzi, fondazioni, società di capitali, ad altri soggetti pubblici e privati, di cui siano accertate la capacità economica e finanziaria, nel rispetto dei seguenti principi:
 - compatibilità con le risorse finanziarie disponibili;
 - tutela della proprietà dei risultati scientifici;
 - obbligo di destinazione di eventuali utili al perseguimento degli scopi istituzionali, con particolare riguardo all'attività di ricerca.In particolare, osservando i medesimi principi, si può anche:
 - svolgere attività di sostegno e di sviluppo all'assistenza, alla ricerca, anche applicata, e formazione, anche di alta specialità;
 - realizzare e gestire strutture, infrastrutture e servizi per la ricerca;
 - attuare iniziative per la diffusione e il trasferimento dei risultati della ricerca e per la loro valorizzazione economica;
 - svolgere attività di servizio alle attività assistenziali, formative e gestionali, l'organizzazione di convegni, conferenze, seminari, corsi, ivi compresa la formazione a distanza;
 - amministrare e valorizzare il patrimonio immobiliare disponibile.
5. Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale e salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca, gli Istituti possono stipulare, ai sensi e con le modalità dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo 288/2003, accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi, società di persone o di capitali, con soggetti pubblici e privati di cui sia accertata la qualificazione e l'idoneità.
Nell'ambito dei progetti di ricerca di cui all'art. 8 del D.Lvo 288/2003 e senza oneri aggiuntivi, tenuto conto prioritariamente della compatibilità con i

compiti istituzionali, gli Istituti possono sperimentare nuove modalità di collaborazione con ricercatori medici e non medici, anche attraverso la contitolarità di quote o azioni negli enti e società precedentemente citati. In nessun caso eventuali perdite dei consorzi e delle società partecipate possono essere poste a carico della gestione degli Istituti.

6. Gli IFO informano la propria attività ai principi di cui all'art. 42, primo comma, lettera d), e), h), della L n. 3 del 16 gennaio 2003, e agli articoli 1 e da 6 a 11 del D.Lgs. n.288 del 16 ottobre 2003, nonché a quanto previsto dalla LR n. 2 del 23 gennaio 2006, alle norme ed alle disposizioni regionali in materia di assistenza sanitaria. Indirizzano e programmano le rispettive attività di ricerca verso obiettivi utili alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie nelle diverse specializzazioni disciplinari di riferimento. A tal fine, si dotano di strumenti e conoscenze necessarie per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca e riconosce l'importanza della certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

7. La Direzione riconosce l'importanza della comunicazione quale indispensabile strumento per sviluppare le relazioni con i cittadini, gli organi di informazione e le istituzioni, potenziare e armonizzare i flussi di informazioni all'interno e all'esterno, influire sulla positiva visibilità delle attività e sull'immagine aziendale anche riconoscendo le competenze specifiche e complementari delle attività di comunicazione e informazione.

A tal fine l'**Ufficio Stampa e Relazioni Esterne** cura, in diretta collaborazione con il Direttore Generale, i rapporti ufficiali con enti istituzionali italiani ed esteri, con i mezzi di informazione, con le associazioni professionali e del mondo della società civile, con le aziende, per migliorare in modo continuo il posizionamento e la tutela del nome e dell'immagine degli Istituti nella percezione del pubblico di riferimento, coerentemente con gli obiettivi strategici e con le più aggiornate strategie sul fronte della comunicazione pubblica e istituzionale e delle relazioni istituzionali.

Fanno parte delle attività istituzionali dell'Ufficio Stampa e Relazioni Esterne la gestione di crisi sul fronte della comunicazione, la cura del cerimoniale, l'ideazione, progettazione ed organizzazione di eventi, la produzione di prodotti editoriali e multimediali e l'organizzazione e la conduzione di incontri formativi interni ed esterni finalizzati allo sviluppo della cultura della comunicazione.

Art. 16 (Attività 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, in qualità di HUB, nuove forme sperimentali, quali i dipartimenti interaziendali.

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

PARTE SECONDA

**ORGANI ED ORGANISMI COLLEGIALI
PER IL GOVERNO STRATEGICO**

Art. 17 (Organi)

1. 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

2. 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. 18 (Direttore Generale)

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

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

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

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

- funzioni al medesimo esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili in tutto o in parte ai Direttori Sanitario ed Amministrativo ed agli altri dirigenti degli Istituti.

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

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

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

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

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

Il Direttore Generale, in particolare, provvede:

- alla nomina del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo;
- alla nomina del Collegio sindacale ed alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di direzione;
- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del D.Lgs. n. 150/2009;
- alla nomina del Collegio Tecnico, del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni di cui all'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;
- alla stipula del contratto dei Direttori Scientifici;
- alla presa d'atto della nomina del Consiglio di Indirizzo e Verifica e provvedimenti conseguenti;
- alla presa d'atto della nomina dei tre Comitati Tecnici Scientifici;
- all'adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (Atto Aziendale) e delle modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione dei Regolamenti interni aziendali;
- alla nomina ed alla revoca dei responsabili delle strutture operative degli Istituti, nonché dei responsabili dei Dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici e il conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP);

- 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 del Piano Aziendale di Prevenzione, del Modello Organizzativo Aziendale, alla nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
- all'adozione dei Regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente Atto;
- all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio.
- alla declinazione e/o determinazione degli obiettivi e delle priorità per la gestione dell'Ente, all'assegnazione delle relative risorse umane, finanziarie e strumentali;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa e della qualità dei servizi.

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

Art. 19 (Consiglio di indirizzo e verifica)

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

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

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

In particolare il Consiglio di Indirizzo e Verifica determina gli indirizzi e gli obiettivi dell'attività dell'Ente, 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 di Indirizzo e Verifica, inoltre, esprime parere obbligatorio in ordine agli atti del Direttore Generale di cui all'articolo 5, comma 4, lettere c), d) ed e) della LR n. 2/2006 e smi.

Il Consiglio stabilisce, nella sua prima riunione, le modalità del proprio

funzionamento interno, si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei componenti e delibera a maggioranza dei presenti. In caso di parità, prevale il voto del Presidente.

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

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

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

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

Art. 20 (Collegio Sindacale)

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

Detto organo:

- verifica l'amministrazione degli Istituti 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 degli Istituti e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- invia relazioni trimestrali sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità, alla Regione, ai Ministeri della Sanità e del Tesoro;
- esprime il parere obbligatorio entro quindici giorni sui budget, sui rendiconti e situazioni dei conti, nonché sui bilanci di esercizio;
- svolge ogni altra funzione ad esso affidata in materia contabile dalla normativa statale e regionale.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni, può essere rinnovato, ed elegge il Presidente nel corso della prima seduta, tra i componenti designati dalla Regione.

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

Art. 21 (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 contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale, ha natura esclusiva ed è incompatibile con l'incarico di direzione di struttura all'interno dell'Istituto e con qualsiasi altro incarico di direzione. Il trattamento economico dei Direttori Scientifici è commisurato, come limite massimo, a quello del Direttore Generale dell'Istituto.

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

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

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

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

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

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

Art. 22 (Collegio di Direzione)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 23 (Ufficio di Direzione)

Il Direttore Generale e i Direttori Scientifici IRE ed ISG coordinano le rispettive attività attraverso un Ufficio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale, al quale partecipano altresì il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario (art. 3 dall'Atto di intesa della Conferenza Stato-Regioni del 1° luglio 2004).

L'Ufficio di Direzione, preposto alla gestione complessiva degli Istituti, opera in modo collegiale assicurando il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali nell'ambito delle fasi di elaborazione e verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi realizzandone l'integrazione per definire le strategie aziendali. Definisce le strategie e i programmi aziendali e ne verifica la realizzazione.

Art. 24 (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale)

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo partecipano, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione strategica degli Istituti, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrendo al governo degli Istituti ed al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa, 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. Può essere rinnovato ma non prorogato.

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;
- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le parti di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal Direttore Generale e per gli importi determinati dallo stesso;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al

- Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

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

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, 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.

Funzioni del Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario dirige 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, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione del rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti; valutazione delle tecnologie (*technologyassessment*);
- coordinamento ed organizzazione delle attività di ricovero;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;
- coordinamento locale dei trapianti.

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

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove

e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito 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.

Funzioni del Direttore Amministrativo

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

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

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

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

Art. 25 (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.

Art. 26 (Direttori di Presidio)

I Direttori di Presidio dell'IFO (IRE ed ISG) assicurano la funzione di supporto, coordinamento, raccordo e continuità operativa con i direttori delle strutture complesse dei dipartimenti e la Direzione Sanitaria.

Essi curano l'integrazione dei processi organizzativi e l'implementazione delle procedure igienico-sanitarie in stretto collegamento con la Direzione Sanitaria Aziendale.

I Direttori di Presidio dirigono lo stesso ai fini igienico-organizzativi, e sono complessivamente responsabili dello sviluppo del governo clinico, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e dei processi organizzativi riguardanti la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti.

Oltre le attività di gestione ordinaria previste dalla legge per il Presidio Ospedaliero, le Direzioni di Presidio IRE e ISG curano sia per l'IRE che per l'ISG rispettivamente quanto segue:

- Direzione di Presidio IRE
 - Valutazione e controllo delle attività sanitarie erogate, attraverso applicazione del PRUO e valutazione APPRO3 delle schede RAD e delle cartelle cliniche;
 - Referente Regionale per le liste di attesa;
 - Organizzazione, gestione e controllo attività ALPI;
 - Applicazione controllo alimentare;
 - Referente Qualità, certificazione e accreditamento;
 - Coordinamento Aziendale per la donazione di cornee;
 - Ogni altro compito affidato dalla Direzione Sanitaria Aziendale.
- Direzione di Presidio ISG
 - Coordinamento Accettazione Amministrativa ambulatoriale e di ricovero;
 - Coordinamento delle attività dei Medici di Primo Intervento;
 - Gestione CIO;

- Coordinamento CVS IFO;
- Ogni altro compito affidato dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Art. 27 (Comitati Tecnico- Scientifici)

I Comitati Tecnico Scientifici 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 struttura complessa, di cui due eletti;
- b) due tra il personale medico dirigente, di cui uno eletto;
- c) uno eletto tra il personale sanitario dirigente;
- d) uno eletto tra il personale delle professioni sanitarie con incarichi dirigenziali.

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.

I componenti di ciascun Comitato Tecnico Scientifico cessano dalla carica allo scadere del mandato del Direttore Scientifico. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un suo componente, la relativa sostituzione ha luogo per il residuo periodo del mandato dei componenti in carica.

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

Art. 28 (Comitato Etico)

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

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

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

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

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

I componenti del Comitato Etico devono essere in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza, almeno biennale, nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali, dei dispositivi medici e delle altre materie di competenza del comitato. Nel Comitato Etico sono presenti tutte le professionalità previste dal D.M. 8 febbraio 2013.

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

- a) quattro clinici di cui due a chiamata;
- b) un medico di medicina generale territoriale;
- c) un pediatra;
- d) un biostatistico;
- e) un farmacologo
- f) due farmacisti

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

Saranno automaticamente recepite le eventuali disposizioni regionali che dovessero intervenire in materia di Comitati etici a seguito del preventivato accorpamento tra IFO e INMI.

Art. 29 (Organismo indipendente di valutazione della performance)

Ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009, nonché dall'art. 14 della Legge Regionale n. 1/2011, con deliberazione del Direttore Generale è istituito l'Organismo indipendente di valutazione della performance, che opera in staff alla direzione strategica, in posizione di autonomia.

L'Organismo indipendente della valutazione è costituito da 3 componenti di cui uno con funzioni di presidente, dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della pianificazione e controllo di gestione, della misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati. L'Organismo dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

L'OIV sostituisce il Nucleo di Valutazione e controllo strategico o altri analoghi organismi di controllo ed assume le funzioni previste dal CCNL vigenti per il nucleo di valutazione. Inoltre l'OIV:

- Monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione della prestazione organizzativa e individuale, a partire dalla definizione e assegnazione degli obiettivi fino alla misurazione e valutazione delle prestazioni, al fine di garantirne la correttezza nonché la conformità agli indirizzi regionali;
- Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.

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.

In caso di gravi inadempienze da parte dell'Organismo, il Direttore Generale può, motivando, deciderne lo scioglimento anticipato.

Ai sensi e per le finalità dell'art. 16 della Legge Regionale n. 1/2011 è costituita, senza nuovi o maggiori oneri, una Struttura tecnica di supporto permanente alle dirette dipendenze del Direttore Generale. 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 ed i compensi per i componenti, sono disciplinati in base alla vigente normativa.

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

Art. 30 (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 Gestione Risorse Economiche e Bilancio.

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. 31 (Altri Comitati e Commissioni Aziendali)

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

- a) Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;
- b) La Commissione per il prontuario terapeutico;
- 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 Valutazione Sinistri;
- g) L'organismo preposto al benessere degli animali.

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

Gli Istituti potranno costituire ulteriori Comitati o Commissioni, 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.

Art. 32 (Organizzazione dell'Ente)

L'organigramma dell'Ente è redatto in base a quanto disposto nel Decreto del Commissario ad Acta del 6 agosto 2014, n. U00259 "Approvazione dell'atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di Autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" che individua come destinatari degli indirizzi approvati con la deliberazione stessa direttamente o per analogia e compatibilmente con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento anche gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Regione Lazio.

Art . 33 (Dipartimenti)

Il Dipartimento costituisce un'articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, costituendo un'infrastruttura composta da UU.OO. i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

Al Dipartimento competono le funzioni di *governo clinico*, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria ed, 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 di tutti i dirigenti e del 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 utilizzando pienamente le attività di day hospital e di daysurgery;
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.

La composizione, l'organigramma, i compiti e le modalità di funzionamento dei Dipartimenti vengono disciplinati da specifici regolamenti.

Art. 34 (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 strutture complesse aggregate nel Dipartimento;
- c) i Responsabili delle strutture semplici dipartimentali;
- d) il Responsabile dell'area infermieristica, tecnico sanitaria e della riabilitazione, ove previsti nel 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.

Art. 35 (Unità Operative Complesse)

Si caratterizzano, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, 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.

Art. 36 (Unità Operative Semplici Dipartimentali)

Le unità operative semplici dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale.

Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre Unità Operative del Dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

Art. 37 (Unità Operative Semplici)

Sono articolazione di una UOC definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

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

Art. 38 (Aree funzionali)

Le Aree funzionali aggregano UOC, UOSD e UOS, con caratteristiche sia intradipartimentali che interdipartimentali, concorrono alla realizzazione di specifici obiettivi aziendali strategici e trasversali. Esse hanno quale principale obiettivo quello di migliorare per particolari settori e/o patologie la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

In tali articolazioni organizzative si realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali allo scopo di perseguire obiettivi e finalità comuni.

Con successivi atti amministrativi sarà definito il regolamento e l'organizzazione delle Aree Funzionali.

In questa prima fase vengono individuate all'interno di due Dipartimenti le seguenti Aree:

Dipartimento di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica

1. Area Funzionale di Ricerca Traslazionale
2. Area Funzionale Alte Tecnologie

Dipartimento Clinico Oncologico

1. Area Dipartimentale di Chirurgia Oncologica 1
2. Area Dipartimentale di Chirurgia Oncologica 2
3. Area Dipartimentale di Medicina Oncologica
4. Area Dipartimentale dei Servizi

Nel Regolamento di attuazione verranno specificate le afferenze e i legami strutturali tra le UU.OO. delle diverse aree secondo i seguenti principi:

- Le UU.OO. delle Aree Chirurgiche struttureranno programmi di collaborazione intra ed interarea di Chirurgia, si interfaceranno con l'Area dei Servizi con particolare attenzione ai programmi di sala operatoria e attiveranno rapporti strutturati con le UU.OO. dell'Area Medica in relazione a specifici programmi assistenziali condivisi.
- Le UU.OO. dell'Area dei Servizi oltre a supportare le due Aree di Chirurgia Oncologica e l'Area di Medicina Oncologica formalizzeranno rapporti operativi privilegiati in relazione a specifiche esigenze di trattamento: esempio UOSD Gastroenterologia con UOC Chirurgia Digestiva e UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica; UOSD Neuroncologia con UOC Neurochirurgia.
- Le UU.OO. dell'Area di Medicina Oncologica oltre a svolgere la propria specifica funzione clinica trasversale, formalizzeranno rapporti operativi privilegiati in particolare con le due Aree Chirurgiche in relazione a specifici programmi assistenziali.

PARTE TERZA

PERSONALE ED ORGANIZZAZIONE

Art. 39 (Dotazione Organica)

Si definisce come dotazione organica il fabbisogno di risorse umane stabilito previo espletamento di consultazione con le organizzazioni sindacali ed approvato con il piano/programma annuale aziendale.

L'assunzione in servizio è disposta nei limiti dei posti vacanti, mediante pubblici concorsi, banditi ed espletati nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali al riguardo.

Si applicano le disposizioni di legge vigenti sulle assunzioni obbligatorie, sulle riserve di posti e sulle preferenze.

Con apposito Regolamento sono disciplinate le procedure comparative adottate per il conferimento di incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, 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 ai progetti di ricerca sulla base di specifici requisiti di natura professionale, come previsto dall'art. 11, comma 2, ultimo alinea del Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i. Ai sensi di detto articolo di legge, negli Istituti non trasformati in fondazione è consentita l'assunzione diretta con contratto di diritto privato a tempo determinato, per incarichi afferenti a progetti finalizzati 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 e dermatologico e infettivo logico dell'organizzazione sanitaria, della ricerca di base, traslazionale, finalizzata, istituzionale e sperimentazioni gestionali.

Art. 40 (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 costanti basate sulla trasparenza ed efficacia dei processi decisionali nonché sull'efficienza operativa.

Art. 41 (Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali)

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

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

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto, in ottemperanza a quanto disposto dal DCA n. 259/2014, verrà adottato un sistema di governo delle risorse umane che favorisca la valorizzazione delle singole professionalità prevedendo anche percorsi di sviluppo per le nuove risorse e per i professionisti inseriti nelle reti, nonché per la graduazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative e di coordinamento, nel rispetto delle risorse disponibili nei fondi contrattuali costituiti e gestiti nel rispetto delle norme e dei CCNL.

Nel medesimo termine verrà adottato un regolamento con il quale verranno fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali (nel rispetto di quanto disposto dalla legge n.122/2010) e delle posizioni organizzative e di coordinamento, in base ai criteri di trasparenza e pubblicità e nel rispetto della vigente normativa e dei CCNL.

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

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

Art 42(Funzioni dei 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. 43(Funzioni dei 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 Struttura 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, strumentali e finanziarie.

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. 44 (Funzioni dei Responsabili di struttura semplice)

Gli incarichi di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale, possono essere attribuiti ai dirigenti sanitari, nel numero massimo previsto dal presente Regolamento.

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 struttura semplice è sottoposta a verifica per la valutazione della rispondenza dei risultati ottenuti con gli obiettivi fissati.

Art.45 (Incarichi di natura professionale)

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

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

Art. 46(Posizioni Organizzative del Comparto)

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

Tali posizioni organizzative possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

Art.47 (Dipartimento delle Professioni Sanitarie)

Il Dipartimento delle Professioni sanitarie, in applicazione della Legge n.-251/2000 è una struttura articolata in una UOC denominata Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca (DITRAR) e da due UOS (Professioni sanitarie infermieristiche IRE ed ISG, Professioni Sanitarie Tecniche IRE ed ISG) con il compito di garantire le necessarie funzioni di indirizzo e coordinamento in un settore di attività di primaria rilevanza e che vede coinvolti circa 750 operatori. La Unità complessa e le Unità semplici assicurano un’assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti garantendo l’impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche. Supportano altresì le attività di ricerca nel rispetto dei compiti e delle attribuzioni previste per le singole professioni sanitarie.

I Dirigenti sanitari responsabili di dette unità operative sono operatori appartenenti alle professioni sanitarie in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente. Essi sono nominati dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura espletata nel rispetto della vigente normativa.

Funzioni:

- curare i processi assistenziali ed organizzativi inerenti le attività tecnico-infermieristiche e ausiliarie
- assicurare e razionalizzare l'adozione e lo sviluppo di strumenti di integrazione assistenziale
- collaborare per la definizione di metodi e percorsi per promuovere la tutela e la sicurezza degli operatori
- promuovere iniziative di formazione e aggiornamento

Art. 48 (Organizzazione degli Istituti)

L'organizzazione interna viene configurata nei seguenti termini:

Organi, organismi e strutture:

- Direzione Generale;
- Ufficio di Direzione;
- Direzione Sanitaria;
- Direzione amministrativa;
- Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- Collegio sindacale;
- Collegio di direzione;
- Organismo indipendente di valutazione della performance (IFO-INMI);
- Altri organismi di carattere consultivo;

Strutture dell'IRE - ISG:

- Presidi ospedalieri;
- Dipartimenti e strutture ad essi afferenti:
 1. *Dipartimento Clinico Sperimentale Oncologico;*
 2. *Dipartimento Clinico Sperimentale Dermatologia;*
 3. *Dipartimento di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica;*

Dipartimenti Interaziendali:

- *Dipartimento del Farmaco.*

Il servizio farmaceutico IFO farà parte del Dipartimento Interaziendale del Farmaco con la ASL RMD e L'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e l'INMI.

In questa prima fase la direzione del Dipartimento è in capo alla ASL RmD e l'inserimento degli Istituti all'interno del Dipartimento avrà caratteristiche di tipo funzionale.

Nell'ambito del Dipartimento verranno definite ed analizzate le dinamiche di prescrizione ed utilizzo dei farmaci al fine di ottimizzare l'impiego degli stessi, nel rispetto delle specificità dei singoli enti appartenenti al Dipartimento.

Modelli di funzionamento

Al di là dei Dipartimenti, il modello ordinario di funzionamento, sinteticamente rappresentato nell'allegata tabella denominata *Governance Complessiva* si distinguerà per:

- La presa in carico globale del paziente;
- L'approccio multiprofessionale e interdisciplinare;
- L'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base.
-

A tal fine, il modello di funzionamento utilizzerà specifici strumenti atti a definire la programmazione ottimale degli interventi eseguiti, validi per specifiche procedure assistenziali, adattabili al singolo paziente, e costruiti in maniera multidisciplinare e interdisciplinare. Questo al fine di perseguire il modello dell'accreditamento, che consenta di raggiungere requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali tali da assicurare un'elevata qualità assistenziale. L'adozione di tali strumenti rappresenterà un passaggio fondamentale del processo di integrazione, realizzando connessioni e modelli di collaborazione professionale e gestionale che sia ponte tra le differenti discipline (oncologia e dermatologia) che rappresentano il "core business" del nuovo soggetto istituzionale.

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

ClinicalPathways - PDTA

- Percorsi Clinico-assistenziali ("ClinicalPathways - PDTA"), 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 alla 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;

Disease Management Team - DMT

- Gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia ("Disease Management Team - DMT), che 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'EvidenceBased 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;

Translational Research Interest Groups - TRIG

- Gruppi di Ricerca Traslazionale ("TranslationalResearchInterestGroups- TRIG"), costituiti da clinici, epidemiologi e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari (oncologia, malattie infettive, dermatologia), al fine sia di elaborare modalità efficienti di trasferimento di risultati della ricerca bio-medica nella pratica clinica (bio-marcatore 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

Per la concreta attuazione dei modelli descritti e per la piena valorizzazione del personale dirigente medico/sanitario e per assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, saranno individuate attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ai sensi del vigente CCNL.

PARTE QUARTA

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

Art. 49 (Sistema di valutazione e controllo)

Il sistema di controllo interno rappresenta un fondamentale strumento di governo aziendale volto all'aggiungimento di obiettivi gestionali di attendibilità delle informazioni, quale che sia la loro natura, ed obiettivi di rispetto delle leggi e delle norme in genere.

La rilevanza della funzione di Valutazione e Controllo è direttamente correlata alla configurazione aziendalistica ed al conseguente impianto di una contabilità analitica per centri di costo conformi all'organizzazione degli istituti.

La funzione di valutazione e controllo di gestione risponde all'esigenza di verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati) e dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione sanitaria e amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.

La funzione di verifica e controllo di gestione viene assicurata secondo parametri, procedure ed indicatori annualmente determinati, utili a valutare la capacità aziendale ad acquisire fattori operativi per la produzione delle prestazioni o dei servizi da erogare, l'efficienza nell'impiego delle risorse umane e strumentali, nonché la produttività dei predetti fattori garantendo l'obiettività, l'imparzialità e la trasparenza delle valutazioni.

Ai fini di cui sopra è assicurata la tenuta della contabilità analitica e la metodica budgetaria, nel rispetto delle indicazioni regionali.

Gli istituti pertanto, assumono la strategia di integrare, all'interno dei propri sistemi operativi (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione), sistemi di indicatori e/o obiettivi di appropriatezza e di governo clinico.

Art. 50 (Sistema informativo Sanitario)

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

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

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

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

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

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

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

Art. 51 (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 e operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Ministero della Salute e dalla Regione garantendo la qualità, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate ai cittadini.

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

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

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

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

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

Art. 52 (Il Budget - Processo di Budget)

Lo strumento di programmazione annuale utilizzato è il Budget. Deve prevedere un significativo coinvolgimento dei responsabili dei centri di attività e di risorsa, in quanto ha come finalità la responsabilizzazione economica dei dirigenti sugli obiettivi.

Il sistema di budget utilizza:

- tecniche di misurazione continua, che riguardano i costi, le attività, i ricavi le cui dimensioni sono effettivamente controllabili da chi è responsabilizzato nella gestione: oggetti della misurazione sono i centri di responsabilità;
- il "reporting" che è un meccanismo operativo costruito sulla base dei risultati delle misurazioni, per garantire il monitoraggio delle attività e dei costi.
- Il percorso di budget si concretizza in un documento a valenza annuale, in cui sono definiti gli obiettivi di produzione specifici per le singole unità operative che compongono l'Ente e le risorse assegnate per il raggiungimento di tali obiettivi. Il budget è consolidato nel bilancio di previsione ai sensi delle vigenti disposizioni di legge regionale.

Il Direttore Generale, previa negoziazione con i Direttori di Dipartimento, approva il budget di ciascun Dipartimento per l'anno successivo definendo i programmi, i progetti, le attività da realizzare e gli obiettivi da raggiungere ed assegna le risorse umane, tecniche, strumentali ed economiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

Il Direttori di Dipartimento, sulla base di quanto concordato con il Direttore Generale, stabiliscono, sentito il Comitato di Dipartimento, l'articolazione del budget assegnato, destinando specifiche risorse alle UO afferenti al Dipartimento previo concordamento con i rispettivi Responsabili, sui programmi e i piani di

attività che le singole strutture dovranno svolgere nell'ambito degli obiettivi programmati.

L'impiego delle risorse, nel loro complesso, è verificato in termini di risultati, prodotti e obiettivi raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati ed ai relativi indicatori quali-quantitativi.

Art. 53 (Budget per la 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 assegnato dai Direttori Scientifici alle UUOO afferenti le diverse linee per la ricerca.

Art. 54 (Attività contrattuale in materia di fornitura di beni e servizi)

Gli Istituti disciplinano con apposito Regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia nel quale sono individuati, con riguardo alle proprie specifiche esigenze, l'ambito oggettivo degli acquisti in economia ed i limiti di importo delle singole voci di spesa.

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

Regione Lazio.

Art. 55 (Il Bilancio Sociale)

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

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

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

Esso ha lo scopo di fornire notizie utili circa:

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

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

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

PARTE QUINTA
PARTECIPAZIONE

Art. 56 (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 promuove lo sviluppo e ne favorisce l'apporto per l'esercizio delle proprie competenze.

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

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

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

a) La Carta dei servizi

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

b) I Protocolli d'intesa e gli accordi

I protocolli d'intesa e gli Accordi rappresentano lo strumento attraverso il quale 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) stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l'eventuale concessione in uso dei locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. Il Direttore Generale può altresì stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza.

c) L'Audit Civico

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

Al fine di evitare modalità autoreferenziali, gli Istituti promuovono un Tavolo permanente di ascolto delle Associazioni e dei cittadini per misurare la qualità percepita e modificare i comportamenti organizzativi e professionali.

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

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

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle

prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. 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'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli assistiti appartenenti a diverse etnie.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

Art. 57(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. 58(La partecipazione nei confronti degli operatori)

Gli Istituti, riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, nelle quali intravedono il vero capitale della sua dotazione, 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 sindacali; 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.59(La partecipazione nei confronti della società civile)

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.

Art. 60(La partecipazione nei confronti delle Organizzazioni sindacali)

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

Art. 61 (Relazioni sindacali)

Il sistema delle relazioni sindacali è improntato a criteri di trasparenza e di chiaro rispetto e distinzione dei ruoli.

L'Amministrazione, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, favorisce lo sviluppo delle relazioni sindacali e la partecipazione delle rappresentanze del personale alla vita degli Istituti, al fine di garantire adeguati livelli di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari e di ricerca ed amministrativi attraverso il miglioramento delle condizioni di lavoro nei suoi vari aspetti e la crescita professionale dei dipendenti.

La Direzione Generale, attraverso gli Istituti della concertazione, informazione, consultazione e partecipazione, riconosce il ruolo fondamentale delle Organizzazioni Sindacali nei processi di cambiamento e di razionalizzazione degli Istituti.

Art. 62 (La prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)

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

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

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

- l'individuazione delle attività amministrative più esposte al rischio di corruzione individuate dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quali:
 - ✓ autorizzazione o concessione;
 - ✓ scelta del contraente nell'affidamento di lavori, forniture e servizi;
 - ✓ concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale;
- la mappatura delle restanti aree a rischio;
- il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure e di monitoraggio per l'implementazione del Piano;
- il monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- la rilevazione, in rapporto al grado di rischio, delle misure di contrasto e delle misure di carattere generale da adottarsi per prevenire il rischio di corruzione, mediante l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione ed all'emersione di vicende di possibile esposizione a rischio corruttivo;
- l'adozione di adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio;
- l'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui ai c. 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190 ed al successivo D.L.vo 8 aprile 2013, n. 39;
- l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
- l'adozione di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al responsabile anticorruzione dell'amministrazione ed ai dirigenti competenti per le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance.

Art. 63 (Principio della trasparenza)

1. Il D.Lgs. 20 aprile 2013, n. 133 raccoglie, in un unico atto normativo, le numerose disposizioni legislative in materia di obblighi di informazione, trasparenza e pubblicità da parte delle pubbliche amministrazioni.
2. Il decreto impone alle aziende sanitarie l'adempimento di tutti gli obblighi di Pubblicazione previsti dalle singole disposizioni secondo quanto previsto dall'allegato denominato "struttura delle informazioni sui siti istituzionali".

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

PARTE SESTA

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64 (Norme transitorie e finali)

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

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 di funzionamento.

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

Per quanto non previsto nel presente Regolamento si rinvia alle normative nazionali, regionali, ai contratti collettivi nazionali di lavoro e alle disposizioni degli Istituti.

Si dà atto che il presente regolamento assume, comunque, una valenza transitoria e che alcune parti dovranno necessariamente essere riviste a seguito della prevista e formale istituzione di un nuovo soggetto giuridico costituito dall'accorpamento dei tre IRCCS (IRE-ISG-INMI) così come previsto nei decreti dei Piani Operativi Regionali.

ALLEGATI

1. Funzionigramma
2. Schemi di riorganizzazione
3. Economie conseguenti alla riorganizzazione
4. Lettera dei tre Direttori Scientifici

FUNZIONIGRAMMA

STRUTTURE	TIPOLOGIA DEGLI ATTI	CATEGORIA	
<p align="center">U.O.C. AFFARI GENERALI U.O.S. Assicurazioni e Contenzioso U.O.S. Atti Deliberativi</p>	Convenzioni e consulenze attive e passive	A	
	Gestione contratti di assicurazione e di brokeraggio assicurativo e adempimenti conseguenti	A/C	
	Tenuta Repertorio Contratti e connessi adempimenti di legge – Ufficiale Rogante	C	
	Tenuta Albo aziendale: pubblicazione e raccolta di atti deliberativi e determine	C	
	Registrazione atti deliberativi e determine e loro formale diffusione	C	
	Raccolta e conservazione degli atti istituzionali di peculiare interesse per l’Istituto	C	
	Gestione del protocollo informatico e connesso archivio documentale	C	
	Coordinamento delle segreterie degli Organi e organismi previsti dalla legge e relativo supporto tecnico-normativo	C	
	Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti che non rientrano nelle specifiche competenze delle singole strutture e a quelli di emanazione della Direzione Aziendale	C	
	Trasmissione alle competenti Istituzioni e Organi degli atti soggetti a controllo	C	
	Supporto tecnico-normativo e collaborazione diretta per lo svolgimento dei compiti istituzionali della Direzione Aziendale	C	
	Gestione abbonamenti a riviste e pubblicazioni ad eccezione di quelli afferenti l’area scientifica	B	
	Coordinamento del contenzioso ed in particolare:		
	Istruttoria sulle controversie che coinvolgono l’Istituto	C	
	Affidamenti incarichi e patrocini legali - Parcelle legali	A/B	
	Transazioni - accordi bonari	A	
	Seggi elettorali e elezioni	B	
	Rapporti istituzionali	C	
	Organizzazione e coordinamento eventi aziendali	C	
	Semplificazione, trasparenza amministrativa, privacy	A	
	Coordinamento funzionale e gestionale delle segreterie della Direzione Aziendale	C	
	Supporto agli Organi – CIV e Collegio Sindacale	C	
	Cura dei rapporti con il C.R.A.L. aziendale e monitoraggio dei relativi contratti	C	
	Liquidazione fatture di competenza	C	
	Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C	
	Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	C	
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale	B	
	<p align="center">U.O.S. PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE</p>	Aggiornamento del piano dei CdiC, dei CdiR e dei fattori produttivi	A
		Classificazione e gestione dei costi e ricavi - Parametrizzazione delle attività – Metodologia di ribaltamento dei costi generali	B
		Predisposizione schede di Budget per le UU.OO.	A
		Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi legati alla programmazione aziendale	A
		Verifiche trimestrali dei budget, analisi degli scostamenti	C
Tenuta Contabilità Analitica		C	
Predisposizione Piano della Performance e supporto all’OIV per valutazione		A	
Predisposizione Piano Strategico		A	
Predisposizione Modello LA e correlata Relazione		C	
Flussi informativi utili al sistema di programmazione e controllo di gestione		C	
Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme		C	
Sviluppo di sistemi di controllo, analisi dei risultati e degli scostamenti per il rispetto delle strategie aziendali		C	
Redazione del sistema di reporting direzionale		C	

SERVIZIO DI PREVENZIONE, PROTEZIONE	Deleghe in materia di sicurezza e di tutela della salute	A
	Individuazione e valutazione fattori di rischio – Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi	A
	Applicazione Regolamento D.L.vo 81/2008 s.m.i.- Collaborazione per l'elaborazione di Piani di Emergenza	C
	Informazione e formazione per la sicurezza – Elaborazione di programmi di informazione e formazione ai dipendenti dell'Istituto – Coordinamento corsi di formazione sulla sicurezza	C
	Raccolta informazioni su episodi di infortuni sul lavoro	C
	Collaborazione per l'elaborazione dei Documenti Unici di Valutazione dei rischi di interferenza (DUVRI) per le attività affidate a ditte esterne	C
	Supporto nei rapporti con Organi di Vigilanza – gestione delle prescrizioni impartite	C
	Predisposizione atti e partecipazione periodica a riunioni su prevenzione e protezione – Supporto alla Direzione Generale nei rapporti con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)	C
	Gestione debito informativo interno e esterno - 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	C
U.O.C. SERVIZIO TECNICO UOS Ingegneria Clinica U.O.S. Sistemi di Telecomunicazioni	Redazione dei Capitolati Tecnici e successiva valutazione delle offerte	C
	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare – manutenzioni, servizi e forniture di importo superiore ad euro 40.000,00 IVA esclusa, fino alla soglia comunitaria	A
	Atti relativi all'aggiudicazione gare – manutenzioni, servizi e forniture – fini ad euro 40.000,00 IVA esclusa	B/C
	Gestione Infrastruttura Centrale Telefonica	C
	Gestione terminali telefonici fissi e mobili	C
	Gestione sistemi di reperibilità fissa e mobile	C
	Gestione Centralino – Call Center	C
	Istruttoria finalizzata alla liquidazione delle fatture di competenza	C
	Pianificazione e programmazione manutenzioni e lavori – Predisposizione Piano Pluriennale Investimenti	A
	Programmazione delle opere di nuova realizzazione e degli interventi di adeguamento del patrimonio immobiliare	A
	Progettazione, Direzione, contabilità, liquidazione e collaudi lavori eseguiti direttamente o mediante affidamento esterno	A/B
	Gestione degli immobili, impianti e attrezzature in uso all'Istituto	B
	Monitoraggio e coordinamento sull'esecuzione degli interventi di manutenzione, trasformazione e adeguamento necessari a garantirne la funzionalità, sicurezza, rispondenza normativa ed economicità di gestione	B/C
	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare lavori di importo superiore ad euro 40.000,00 IVA esclusa	A
	Atti relativi all'aggiudicazione gare lavori di importo fino ad euro 40.000,00 IVA esclusa	B/C
	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare manutenzioni di importo superiore ad euro 40.000,00 IVA esclusa	A
	Atti relativi all'aggiudicazione gare manutenzioni fino ad euro 40.000,00 IVA esclusa	B/C
	Atti relativi alla progettazione e direzione lavori, interna ed esterna, per nuove opere e grandi ristrutturazioni	C
	Atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione dei contratti	C
	Atti relativi alla gestione della manutenzione degli immobili e loro pertinenze, degli impianti e delle attrezzature non sanitarie	B/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
	Atti relativi alla gestione informatizzata ordini lavori, manutenzioni impianti e attrezzature sanitarie e non - Gestione fatture relative	C
	Svincolo cauzioni	B/C
	Liquidazioni fatture di competenza	C
	Energy Management	A/B/C
	Gestione dei contratti Servizio Energia	B/C
	Gestione utenze riferite al patrimonio (energia elettrica, acqua, gas)	B/C
	Aggiornamento Censimento e valorizzazione del "parco attrezzature" sanitarie, da laboratorio e scientifiche	C
	Valutazione obsolescenza finalizzata alla messa in fuori uso "parco attrezzature"	C

	Proposte di sostituzione e/o up-grade e potenziamento tecnologico “parco attrezzature”	C
	Valutazione tecnico/economica delle strumentazioni sanitarie, da laboratorio e scientifiche, e delle tecnologie atte a garantire elevati standard qualitativi delle attività assistenziali e di ricerca scientifica svolte dall’Istituto	C
	Pianificazione dei fabbisogni del parco attrezzature e programmazione acquisizioni in ordine alle priorità	A
	Redazione dei Capitolati Tecnico/Prestazionali e successiva valutazione delle offerte	C
	Atti relativi alla gestione delle manutenzione del parco attrezzature: pianificazione delle attività per garantire la sicurezza del paziente, dell’operatore, e il mantenimento dell’efficienza degli standard funzionali e la continuità delle attività assistenziali erogate	B/C
	Regolare Tenuta e aggiornamento continuo del c.d. “Fascicolo Macchina”	C
	Razionalizzazione della gestione del parco attrezzature	C
	Attività di collaudo tecnico/amministrativo delle apparecchiature di nuova acquisizione	C
	Gestione del budget stanziato per le manutenzioni straordinarie urgenti e indifferibili sulle apparecchiature	C
	Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C
	Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza	C
	Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	C
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	Pianificazione e programmazione acquisti di Beni e Servizi	A
	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare per beni e servizi di importo superiore ad euro 40.000 IVA esclusa	A
	Atti relativi all’aggiudicazione gare per beni e servizi di importo fino ad euro 40.000 IVA esclusa	B/C
	Atti relativi all’aggiudicazione gare per beni e servizi con Fondi della ricerca di importo fino ad euro 40.000 IVA esclusa	B/C
	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare per beni e servizi con Fondi della ricerca di importo superiore a euro 40.000 IVA esclusa	A
	Atti conseguenti all’adozione delle deliberazioni e delle determinazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione dei contratti	B/C
	Svincolo cauzioni	C
	Liquidazioni fatture di competenza	C
	Tenuta e aggiornamento elenchi fornitori	B
	Gestione beni mobili in comodato o di proprietà di terzi	C
	Gestione e contabilità della cassa economale – Rendicontazione Corte dei Conti – Agente contabile	B/C
	Vigilanza sull’Esecuzione dei contratti di fornitura beni e servizi appaltati	C
	Gestione del parco automezzi e trasporto interno	C
	Gestione magazzino economale	C
	Tenuta e aggiornamento dell’inventario del magazzino economale	C
	Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C
	Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza	C
	Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	C
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	U.O.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E BILANCIO	Svolge le funzioni di Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili - art. 4-bis L.R. n. 16/2001
Anticipazioni ordinarie e straordinarie di cassa		C/A
Gestione servizio di Tesoreria		B
Gestione cessioni di credito		C
Certificazioni di credito		B
Situazione e verifiche di cassa		B/C
Verifica e controllo scadenziario fatture passive		C
Gestione finanziaria fornitori – Monitoraggio e controllo situazione Debitoria		C
Gestione finanziaria creditori – Monitoraggio e controllo situazione creditoria – Recupero crediti		C

	Pianificazione e programmazione Finanziaria	A
	Sottoscrizione ordinativi di pagamento e d'incasso	C
	Predisposizione e trasmissione dei flussi economici e finanziari alle competenti Istituzioni	C
	Proposta di adozione del Bilancio Preventivo Economico Annuale - Budget aziendale, e Pluriennale	A
	Proposta di adozione del Bilancio Esercizio	A
	Gestione tributaria e fiscale	B/C
	Tenuta dei libri contabili obbligatori	C
	Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C
	Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza	C
	Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	C
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale	B
	Ricezione, controllo e registrazione delle fatture passive e inoltro alle UU.OO. per la successiva liquidazione	B
	Registrazione fatture passive ed emissione fatture attive di competenza Ricerca e inoltro alle UU.OO. per i successivi adempimenti	C
	Gestione partitario fornitori e scadenzario fatture	C
	Emissione fatture attive	C
	Emissione e controllo di mandati di pagamento e reversali d'incasso relativi a fatture passive e attive	C
	Redige gli schemi contabili di Bilancio Preventivo Economico Annuale Budget aziendale	B/C
	Redige gli schemi contabili: CE trimestrali, Bilancio d'esercizio	B/C
	Assegnazione Budget annuale alle strutture ordinanti per conto	A/B
	Assegnazione stanziamenti budget alle strutture su delibere aziendali con verifica disponibilità	B/C
	Aggiornamento e controllo periodico con monitoraggio andamento scostamenti Budget	C
	Rilascio istanze di certificazione richieste dai fornitori su piattaforma MEF	B/C
	Regolarizzazione pignoramenti subiti	B/C
	Regolarizzazione stipendi dipendenti, consulenti, redditi assimilati ai dipendenti, organi direttivi e collegio sindacale	C
	Emissione mandato e modello F24 EP Entratel per versamento contributi e ritenute fiscali	C
	Imposta di bollo virtuale dichiarazione e versamenti modelli F23	B/C
	Elaborazione e chiusura mensile IVA con relativo versamento F24 EP Entratel	C
	Dichiarazioni Intrastat flusso traffico intracomunitario	C
	Dichiarazione annuale IRES / IRAP / IVA con relativi versamenti imposte mod F24 EP Entratel	C
	Pagamento Tributi Locali / Accise	C
	Procedure per sdoganamento c/o Agenzia delle Dogane degli acquisti extra-UE	C
	Registri Iva Acquisti / Vendite / Corrispettivi con relativi sezionali per le contabilità separate	C
	Registrazione e quadratura giornaliera incassi CUP	C
	Contabilità commerciale	B/C
	Contabilità separata ALPI -	C
	Quadratura con la Contabilità generale dei ricavi e costi per conto economico	C
	Gestione contabile del fondo economale	C
	Relazioni sindacali	B/C
	Applicazione istituti contrattuali o disposizioni di legge a carattere discrezionale concernenti lo stato giuridico ed economico del personale	A
	Applicazione istituti contrattuali o disposizioni di legge a carattere vincolato concernenti lo stato giuridico ed economico del personale	B
	Programmazione annuale assunzioni	A
	Indizione concorsi e avvisi (T.I. e T.D.) - Ammissione candidati - Approvazione graduatorie - Assunzioni	A
	Nomina Commissioni	A
	Stipula contratti di lavoro subordinato, a tempo determinato e indeterminato, al personale dipendente	B
U.O.C. RISORSE UMANE UOS Trattamento Economico UOS Formazione		

Conferimento incarichi di collaborazione coordinata e continuativa a carico Ente, con relativo contratto	A
Conferimento e revoca incarichi ai dirigenti	A
Collegi Tecnici	A
Risoluzione, recesso e sospensione cautelare	A
Cessazioni servizio – Aspettative e part-time	A
Riammissione e trattenimento in servizio	A
Riconoscimento 150 ore diritto allo studio -	B
Ripartizione monte ore - permessi sindacali	B
Mobilità esterna, interna e comandi	A
Certificati di servizio	C
Indizione avvisi T.D. Ricerca - Ammissione candidati - Approvazione graduatorie – Assunzioni	A
Conferimento incarichi di collaborazione coordinata e continuativa concernenti l'attività di Ricerca e sottoscrizione del relativo contratto	A
Incarichi occasionali concernenti l'attività di Ricerca	C
Gestione e liquidazione competenze contratti di Ricerca	C
Determinazione fondi contrattuali dirigenza e comparto - Liquidazione produttività e risultato	A
Gestione e liquidazione compensi e competenze stipendiali personale dipendente- Assegni familiari	C
Liquidazione indennità accessorie – Rimborsi spese	A/B
Cause di servizio - Equo indennizzo	A
Gestione Conto Terzi - Cessioni stipendio, ecc.	B
Pensioni – Riscatti e ricongiunzioni	B
Gestione, monitoraggio e modificazioni alla dotazione organica	A/C
Denunce Annuali: Conto Annuale, Onaosi, Inail , mod. 770 – Denunce mensili	B/C
Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C
Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza	C
Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	C
Atti a carattere vincolato in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
Redazione ed aggiornamento del regolamento per la formazione e l'aggiornamento professionale dell'Azienda	B
Redazione ed aggiornamento del regolamento dei tirocini effettuati presso l'Azienda	B
Proposta del piano annuale e triennale della formazione per il personale sulla base della rilevazione dei fabbisogni e degli indirizzi strategici aziendali	A
Promozione di iniziative finalizzate al miglioramento continuo delle conoscenze, delle capacità gestionali, manageriali, tecnico-professionali e collaborative del personale mediante progettazione ed attuazione di corsi di formazione in Azienda (eventi e progetti)	A/B
Sviluppo di processi formativi volti agli aspetti di metodologia del lavoro per una migliore organizzazione dei servizi, per l'impiego ottimale delle risorse umane e materiali e per lo sviluppo di capacità atte a costruire rapporti sempre più efficaci con gli utenti (interni ed esterni)	B/C
Informazione e sensibilizzazione sulle opportunità formative obbligatorie e facoltative	C
Attuazione dei processi di riqualificazione previsti dalle normative di legge e contrattuali	B/C
Definizione con apposita procedura delle modalità operative per il reperimento delle risorse professionali, tecniche, strutturali ed economiche necessarie alla realizzazione dei programmi di attività formative	A/B
Attività relative alla formalizzazione – coordinandosi con la UOC AA.GG. – di convenzioni con Università, Scuole di specializzazione, scuole superiori ed altri istituti pubblici e privati ai fini dell'effettuazione di tirocini e stage formativi	A
Regolamentazione, monitoraggio e gestione delle procedure per la frequenza da parte dei volontari delle strutture aziendali	C

	Gestione delle attrezzature didattiche e dei materiali di documentazione e studio	C	
	Assistenza organizzativa alle iniziative di formazione e aggiornamento	C	
	Gestione dell'anagrafe e dei crediti formativi.	C	
<i>UOSD Tecnologie e Sistemi Informatici</i>	Reingegnerizzazione delle strategie informative e informatiche a livello aziendale	A	
	Definizione di procedure DLgs. 82/2005 s.m.i Codice dell'Amministrazione Digitale per la redazione firma e conservazione dei documenti redatti in formato digitale – Dematerializzazione	B	
	Coordinamento della gestione del sistema informativo aziendale	C	
	Gestione debito informativo interno e esterno – Supporto invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C	
	Predisposizione ed aggiornamento del piano di informatizzazione aziendale	B	
	Aggiornamento del Documento Programmatico della Sicurezza relativo alla gestione/trattamento dati informatizzati	A/B	
	Definizione degli standard aziendali in termini di attività di hardware e software	C	
	Istruttoria relativa alle richieste di acquisto di hardware e software nel rispetto degli standard informatici aziendali	C	
	Interfaccia con le aziende esterne affidatarie di procedimenti afferenti l'area informatica	C	
	Monitoraggio del parco attrezzature informatiche e relativi investimenti	C	
	Redazione dei Capitolati Tecnici e successiva valutazione delle offerte	C	
	Gestione manutenzioni e assistenza sistemica, hardware e software al fine di garantire continuità agli applicativi di supporto sanitario, diagnostico, gestionale e contabile	C	
	Atti relativi a indizione e aggiudicazione gare – manutenzioni, servizi e forniture di importo superiore ad euro 40.000,00 IVA esclusa, fino alla soglia comunitaria	A	
	Atti relativi all'aggiudicazione gare – manutenzioni, servizi e forniture – fini ad euro 40.000,00 IVA esclusa	B/C	
	Sviluppo e gestione della rete intranet e dei sistemi internet di interesse dell'azienda, dei sistemi di posta elettronica ordinaria e certificata	C	
	Gestione Sistemi Informatici Centrali	C	
	Gestione Sistemi Informativi Amministrativi e Sanitari	C	
	Gestione Infrastruttura rete attiva	C	
	Gestione Hardware Periferico	C	
	Gestione Infrastruttura rete passiva	C	
	Elaborazione di direttive circa il lecito e corretto utilizzo dei software installati sulle apparecchiature informatiche	C	
	Istruttoria e coordinamento delle manutenzioni dell'hardware e software – gestione dei rapporti con i fornitori	C	
	Configurazione hardware e software delle postazioni informatiche	C	
	Istruttoria finalizzata alla liquidazione delle fatture di competenza	C	
	Atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione dei contratti	C	
	Svincolo cauzioni	B/C	
	Liquidazioni fatture di competenza	C	
	Valutazione obsolescenza finalizzata alla messa in fuori uso "parco attrezzature"	C	
	Proposte di sostituzione e/o up-grade e potenziamento tecnologico "parco attrezzature"	C	
	Pianificazione dei fabbisogni del parco attrezzature e programmazione acquisizioni in ordine alle priorità	A	
	Redazione dei Capitolati Tecnico/Prestazionali e successiva valutazione delle offerte	C	
	Attività di collaudo tecnico/amministrativo delle apparecchiature di nuova acquisizione	C	
	Gestione del budget stanziato per le manutenzioni straordinarie urgenti e indifferibili sulle apparecchiature	C	
		Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza	C
		Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	C
		Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
		Adempimenti connessi all'accettazione di donazioni, lasciti, ecc. vincolati all'attività di ricerca	A

<i>U.O.S. S.A.R. Servizio amministrativo per la ricerca</i>	Procedure amministrative per la gestione dei progetti di ricerca	C
	Predisposizione rendicontazione economica dei Progetti di Ricerca	C
	Attestazioni e certificazioni varie	A/C
	Tenuta contabilità per singolo Progetto di Ricerca afferente alle rispettive direzioni Scientifiche	C
	Attività di supporto nelle controversie di specifica competenza	C
	Atti conseguenti all'adozione delle deliberazioni e delle determinazioni adottate	C
	Gestione debito informativo interno e esterno - Invio dei dati informativi ai diversi soggetti istituzionali nei tempi stabiliti dalle norme	C
	Approvazione protocolli sperimentali e stipula eventuali convenzioni con gli sponsor	A
	Liquidazione gettoni presenza al Comitato Etico	A
	Contabilità dei proventi da sperimentazione e relativa distribuzione come da regolamento	B/C
	Istruttoria e conseguenti adempimenti relativi a richieste di accesso ex L. 241/90 s.m.i ad atti di specifica competenza	B/C
	Atti a carattere vincolato derivanti da disposizioni di legge o in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore generale	B
	Tenuta contabilità per singolo Progetto di Ricerca afferente alle rispettive direzioni Scientifiche	C

In staff alla Direzione Aziendale vengono individuate le seguenti funzioni:

- Responsabile della trasparenza e prevenzione e della corruzione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012 e dall'art. 43 del D. Lgs. n. 33/2013;
- Responsabile Sviluppo Organizzativo - Supporta la Direzione e le strutture operative nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo - (P.A.C.);
- UOS Attività amministrative presso l'INMI – Il dirigente amministrativo di Presidio, gerarchicamente dipendente dal Direttore Amministrativo, garantisce il funzionamento di tutti i processi amministrativi di Presidio.

A- deliberazioni;

B- determinazioni dirigenziali;

C- atti vari diversi dalle determinazioni dirigenziali.

Tavola I GOVERNANCE

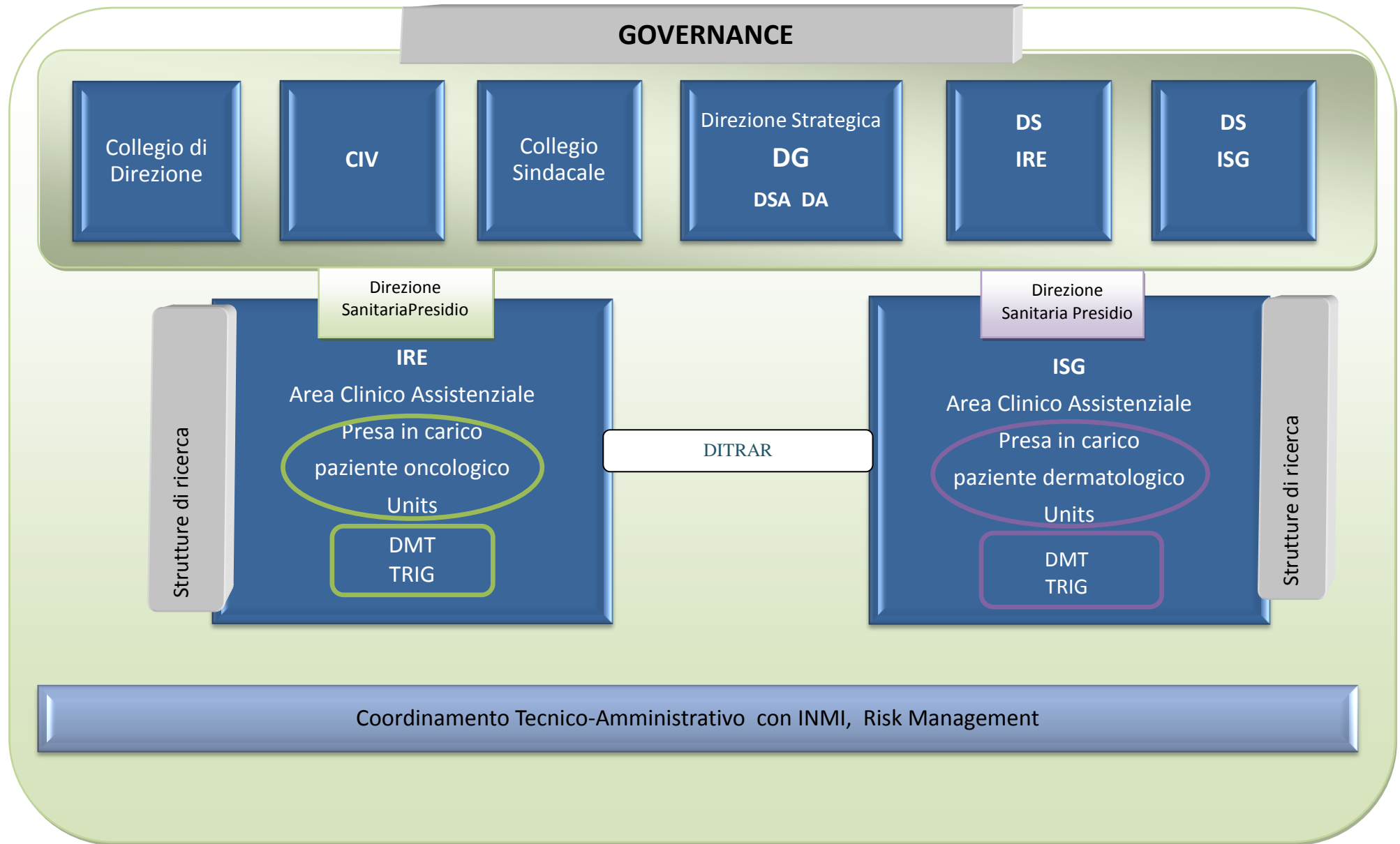
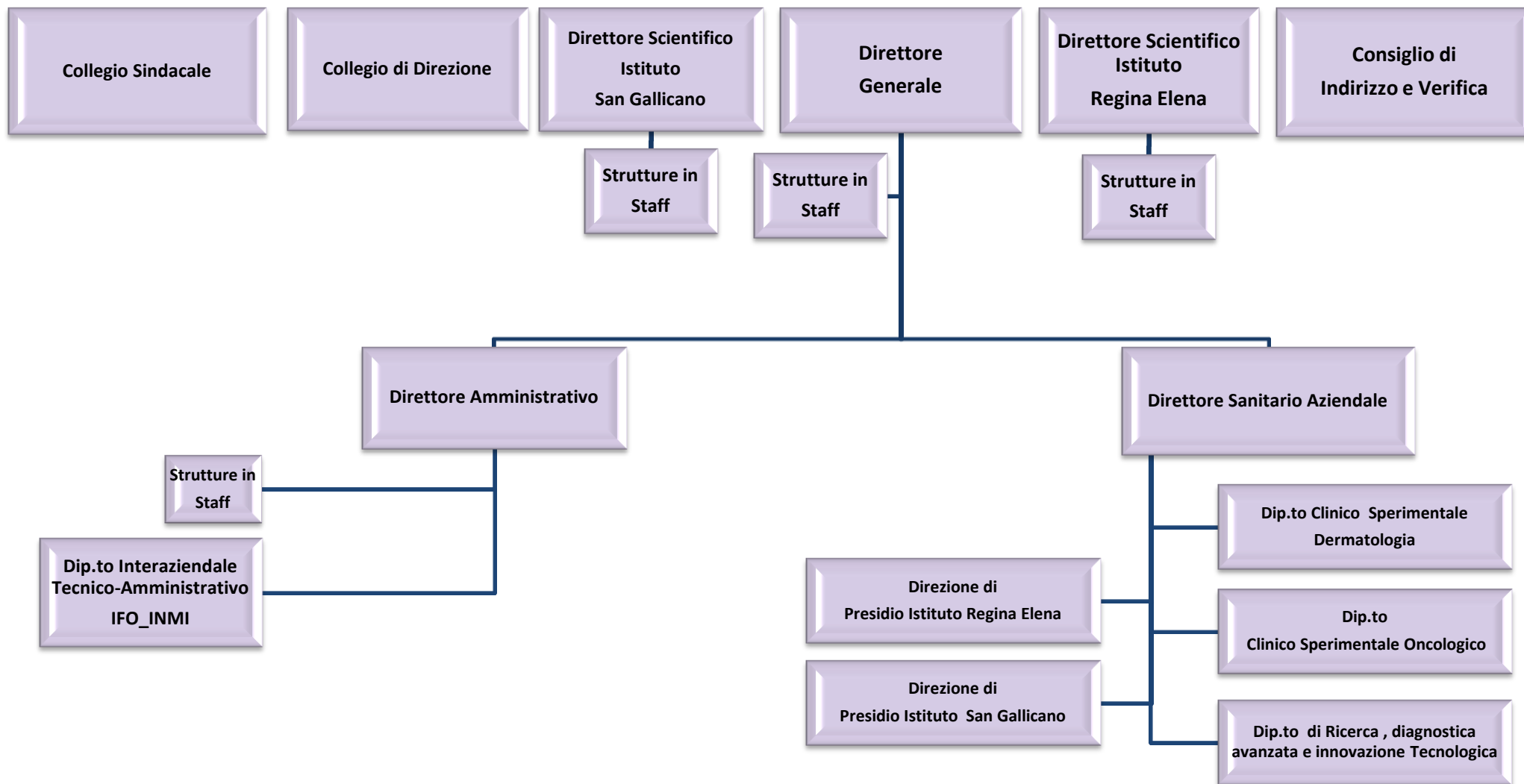


Tavola II UFFICIO DI DIREZIONE



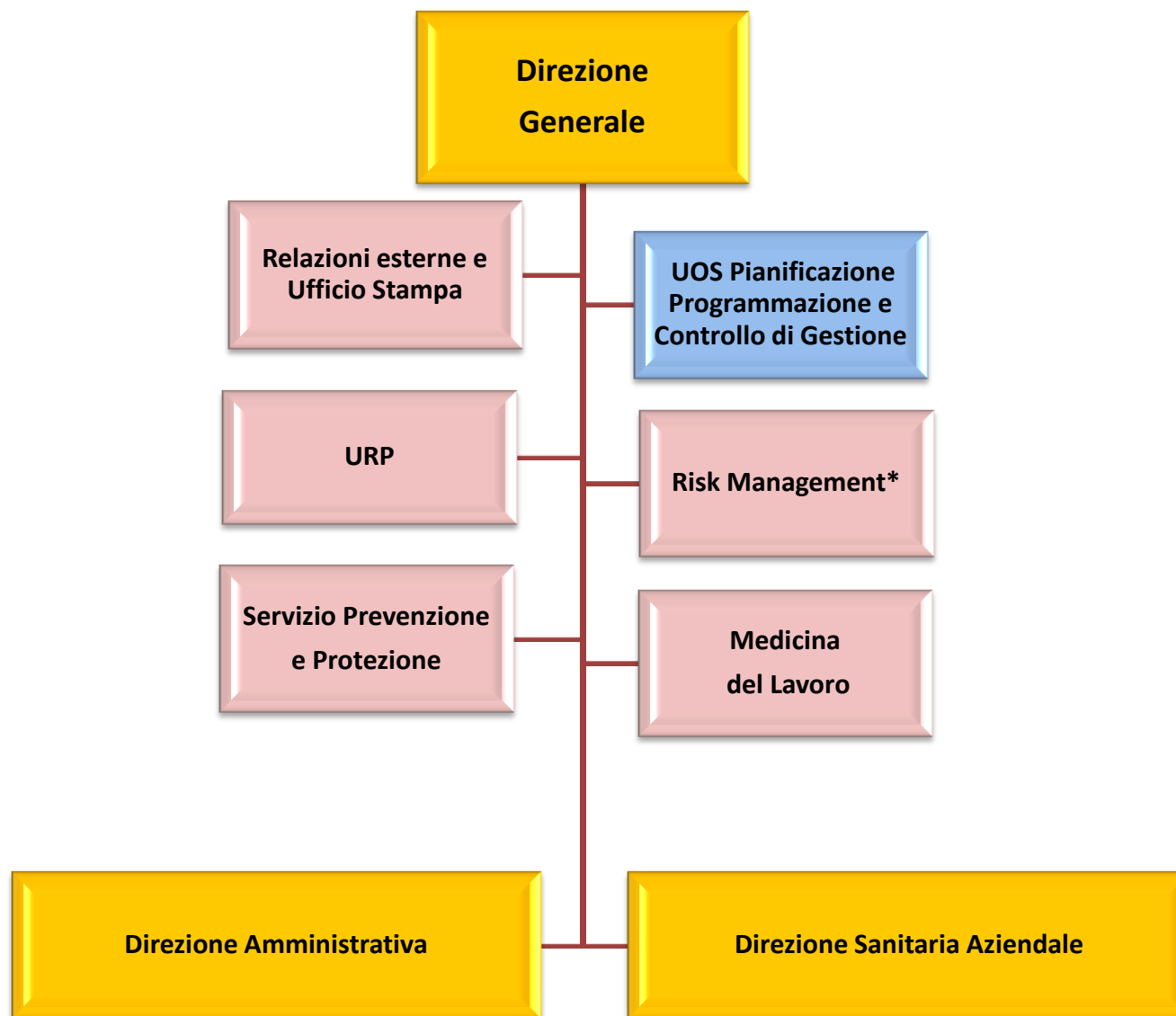
Tavola III ORGANIZZAZIONE AZIENDALE IFO

Comitato Etico Centrale IRCCS
 Comitato Tecnico Scientifico IRE
 Comitato Tecnico Scientifico ISG
 Organismo Indipendente di Valutazione della Performance*



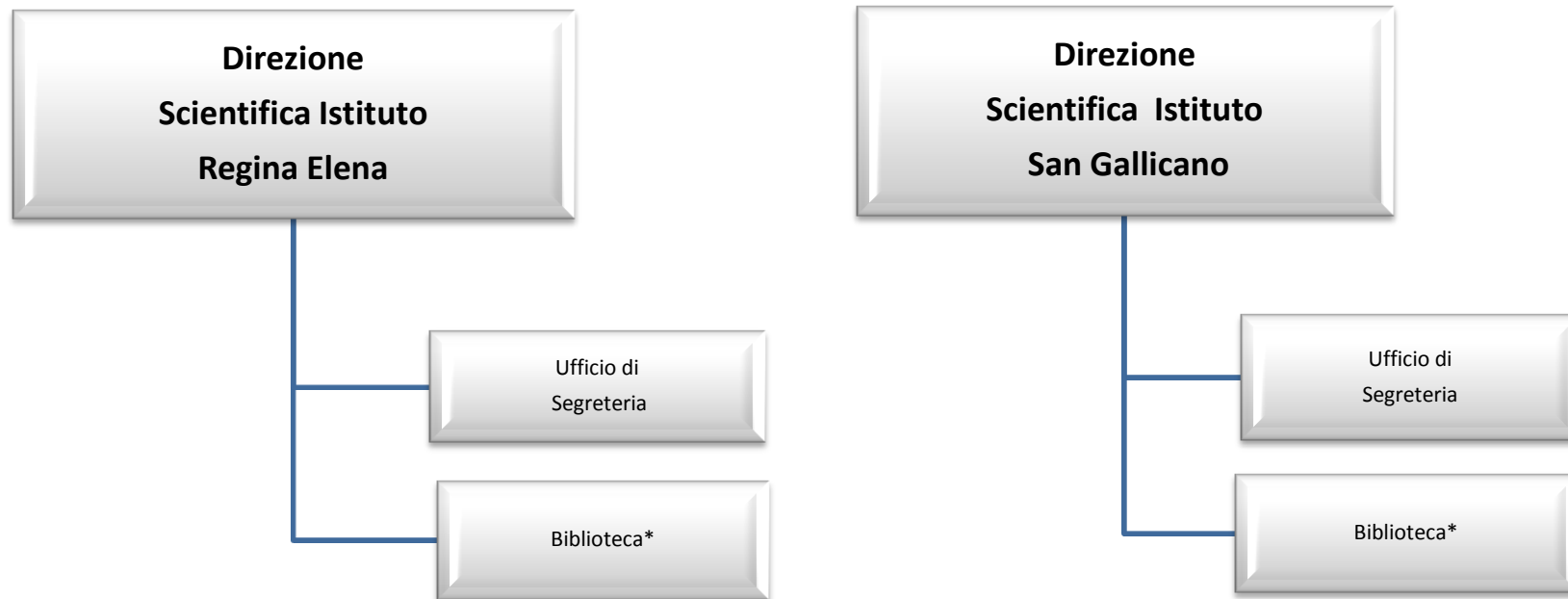
*Unico OIV IFO-INMI

Tavola IV DIREZIONE GENERALE



* la funzione sarà svolta dal Risk Management dell'INMI

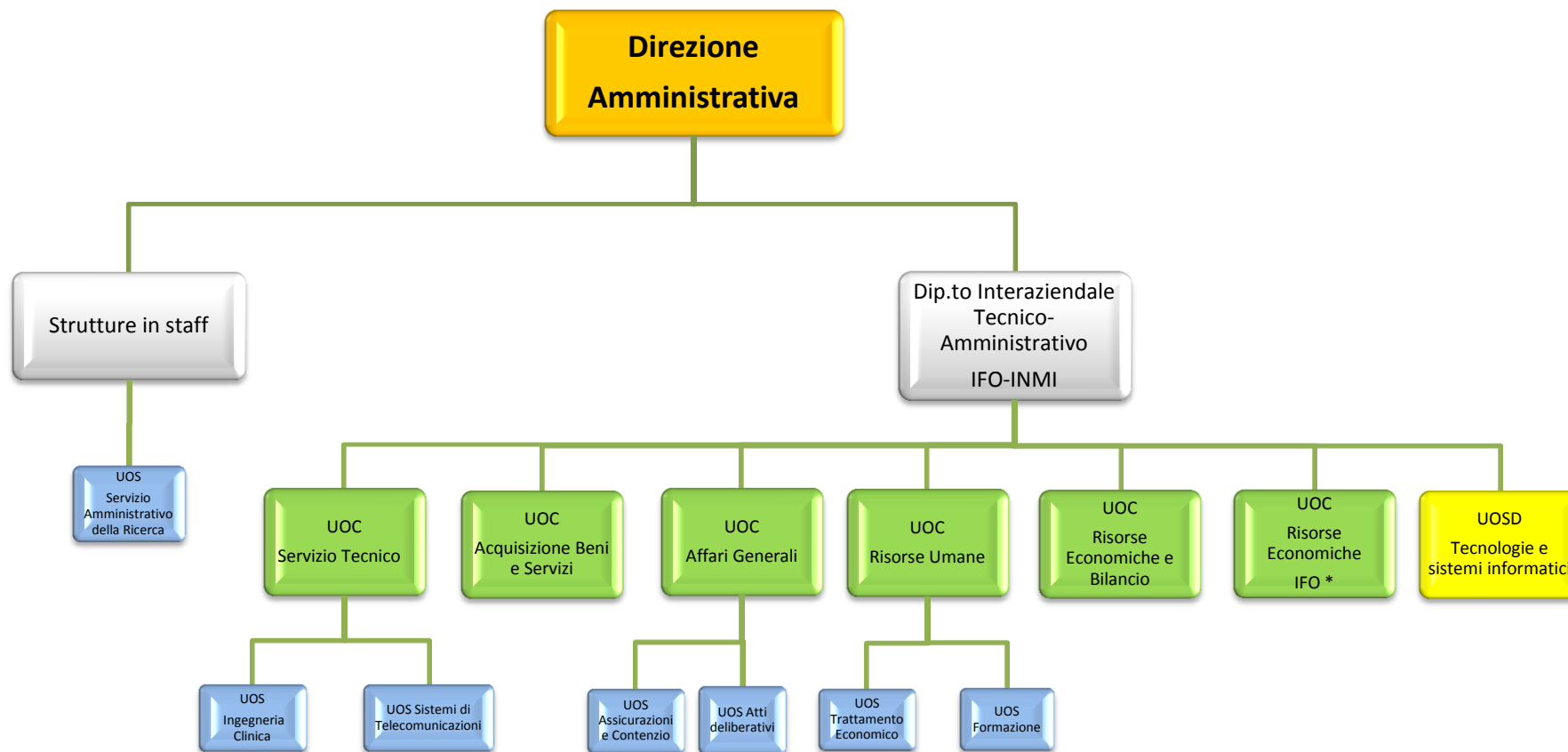
Tavola V DIREZIONI SCIENTIFICHE



Per gli aspetti amministrativi della ricerca ogni Direzione Scientifica mantiene una propria attività che si conetterà con il S.A.R. presente in staff alla Direzione Amministrativa.

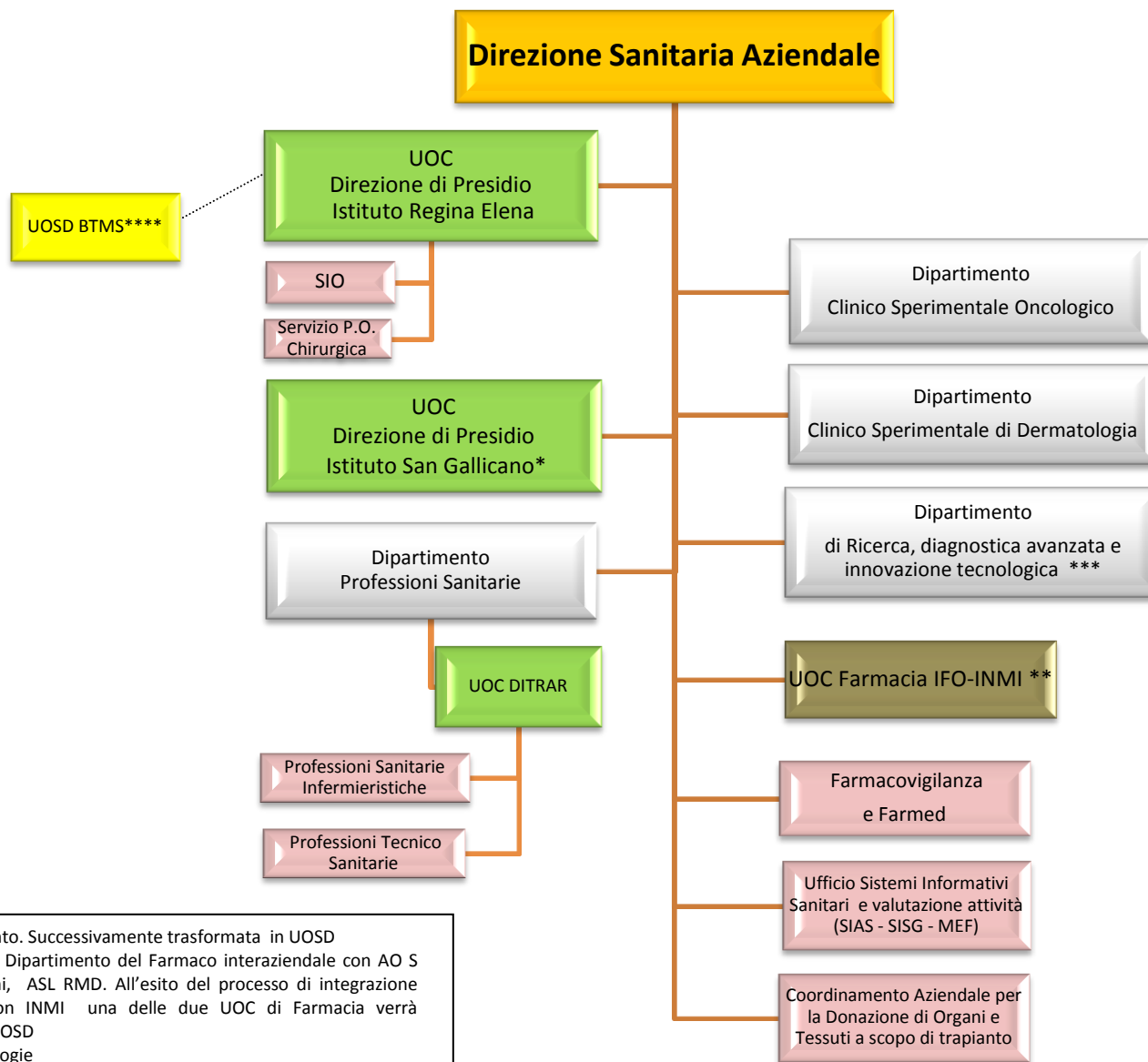
*Accorpabili se e in quanto possibile

Tavola VI DIREZIONE AMMINISTRATIVA



* ad esaurimento.

Tavola VII DIREZIONE SANITARIA



* UOC ad esaurimento. Successivamente trasformata in UOSD
 ** UOC afferente al Dipartimento del Farmaco interaziendale con AO S Camillo Forlanini, ASL RMD. All'esito del processo di integrazione organizzativa con INMI una delle due UOC di Farmacia verrà trasformata in UOSD
 *** Area Alte Tecnologie
 **** Struttura a valenza regionale afferente per la programmazione delle attività alla Direzione Strategica

Tavola VIII ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

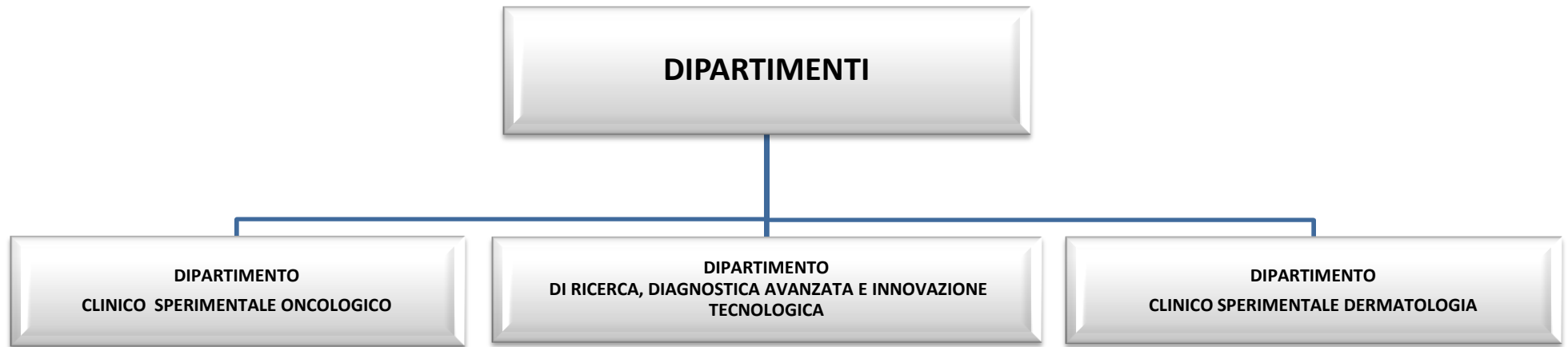
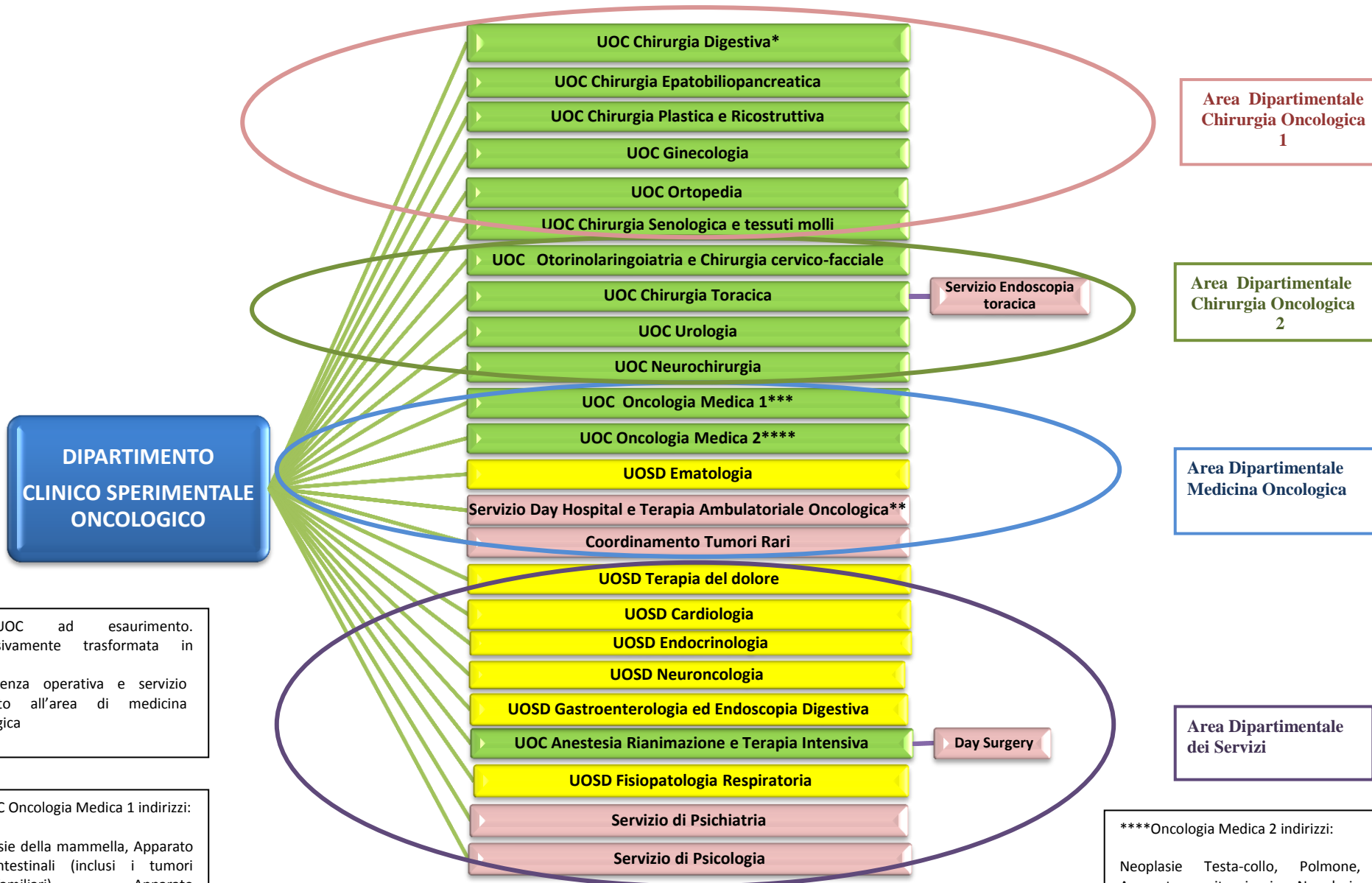


Tavola IX DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO



* UOC ad esaurimento. Successivamente trasformata in UOSD
 **Afferenza operativa e servizio collegato all'area di medicina oncologica

***UOC Oncologia Medica 1 indirizzi:
 Neoplasie della mammella, Apparato gastrointestinali (inclusi i tumori eredo-familiari), Apparato riproduttivo femminile, Neoplasie epatobiliopancreatiche, Melanomi e Sarcomi.

****Oncologia Medica 2 indirizzi:
 Neoplasie Testa-collo, Polmone, Apparato genitourinario, Neoplasie cerebrali.

Tavola X DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO - CONNESSIONI

Nel Regolamento di attuazione verranno specificate le afferenze e i legami strutturati tra le UU.OO. delle diverse aree secondo i seguenti principi:

Le UU.OO. delle Aree Chirurgiche struttureranno programmi di collaborazione intra ed interarea di Chirurgia, si interfaceranno con l'Area dei Servizi con particolare attenzione ai programmi di sala operatoria e attiveranno rapporti strutturati con le UU.OO. dell'Area Medica in relazione a specifici programmi assistenziali condivisi

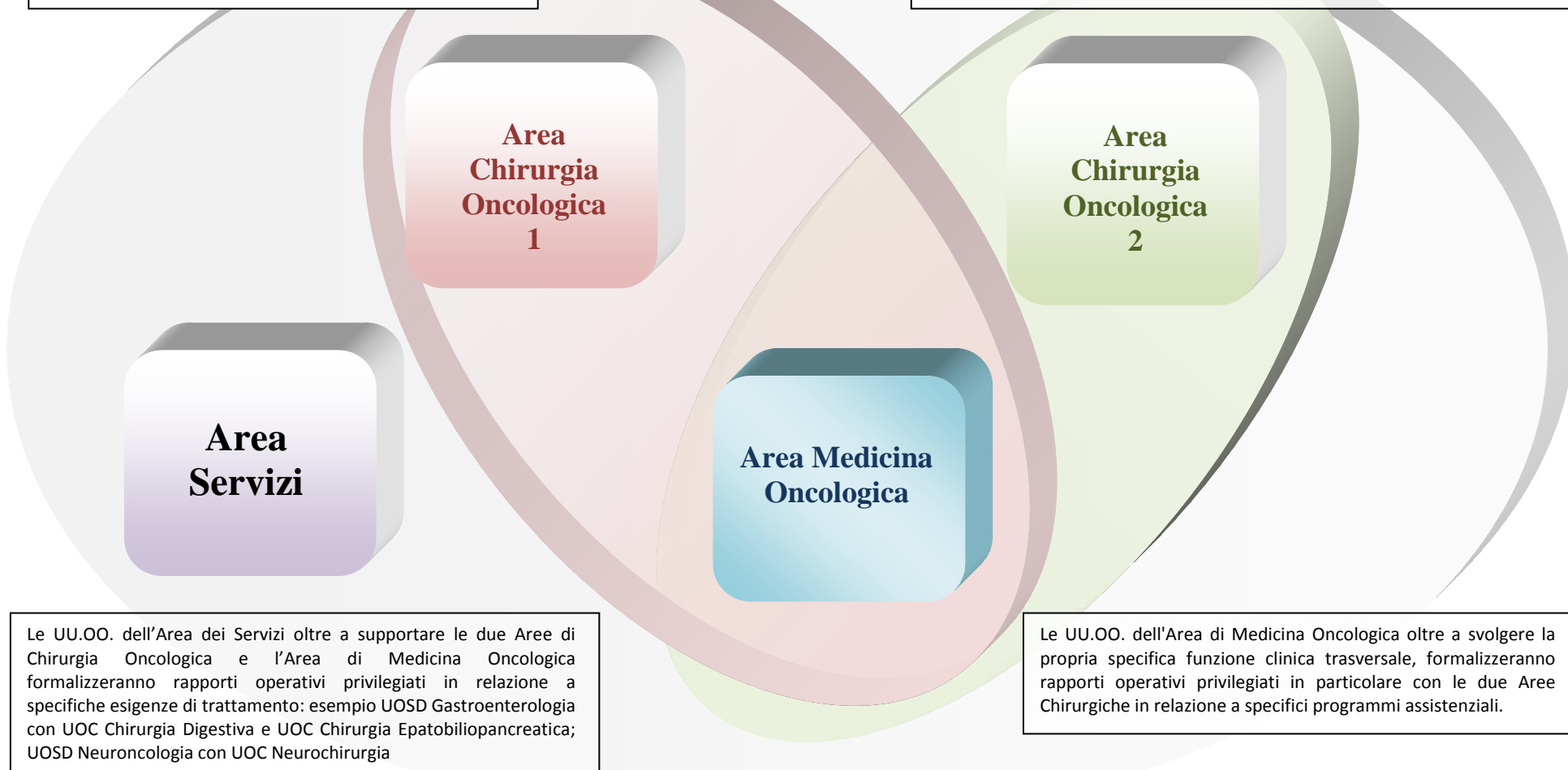


Tavola XI DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA

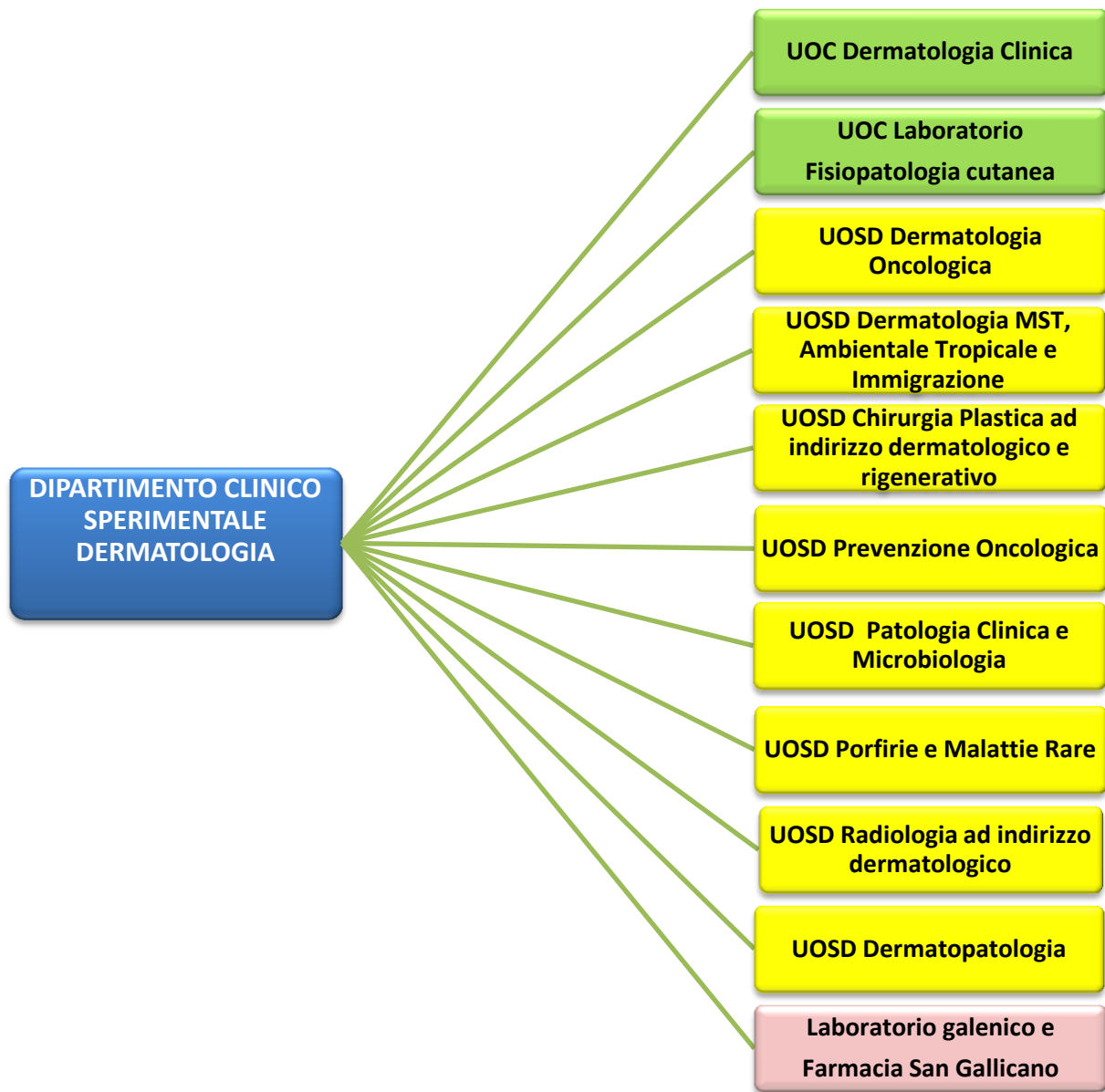


Tavola XII DIPARTIMENTO RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA

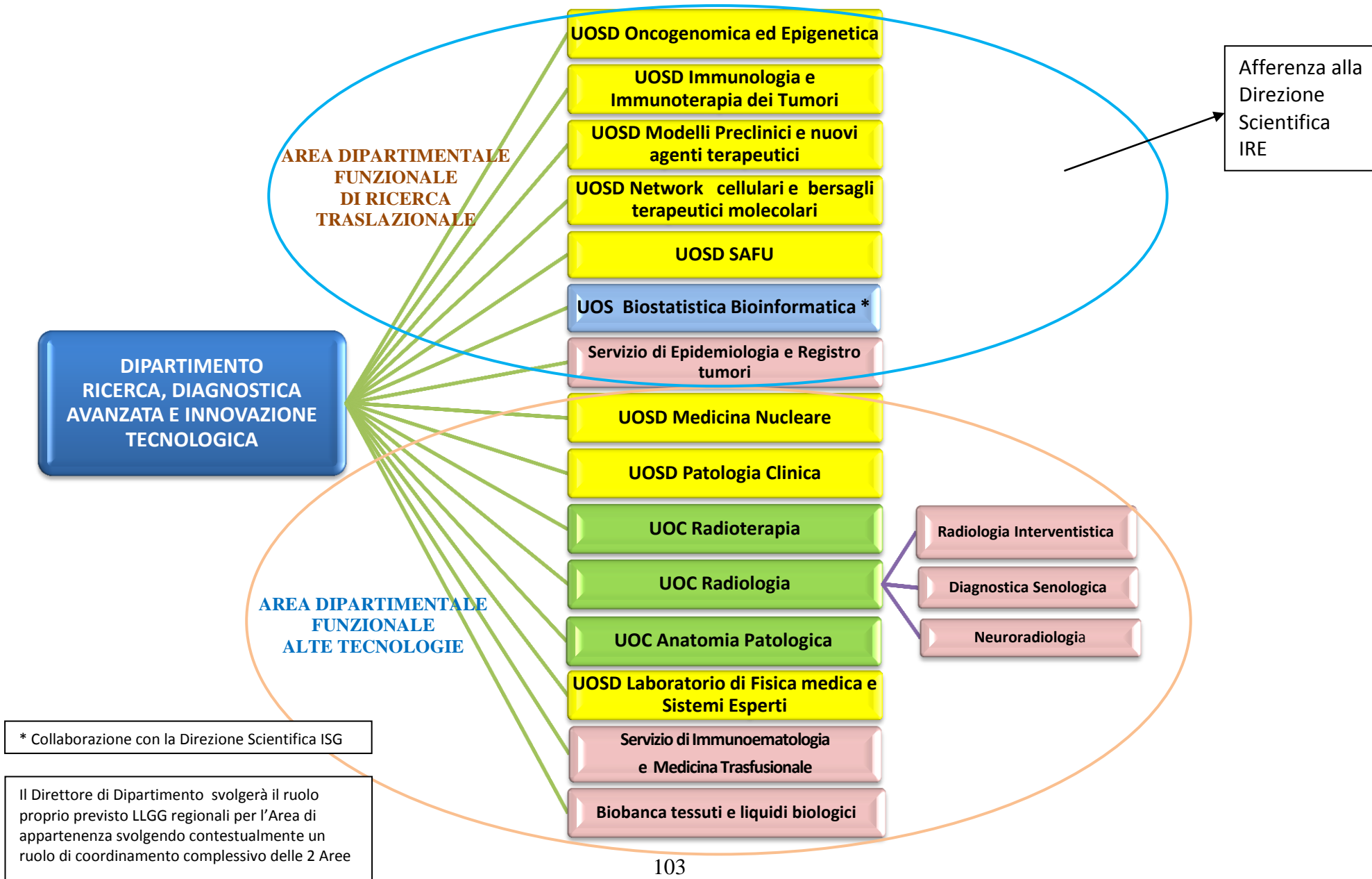


Tavola XIII STRUTTURE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEL FARMACO



Tavola XIV CONNESSIONI INTERDIPARTIMENTALI PER LA RICERCA IFO

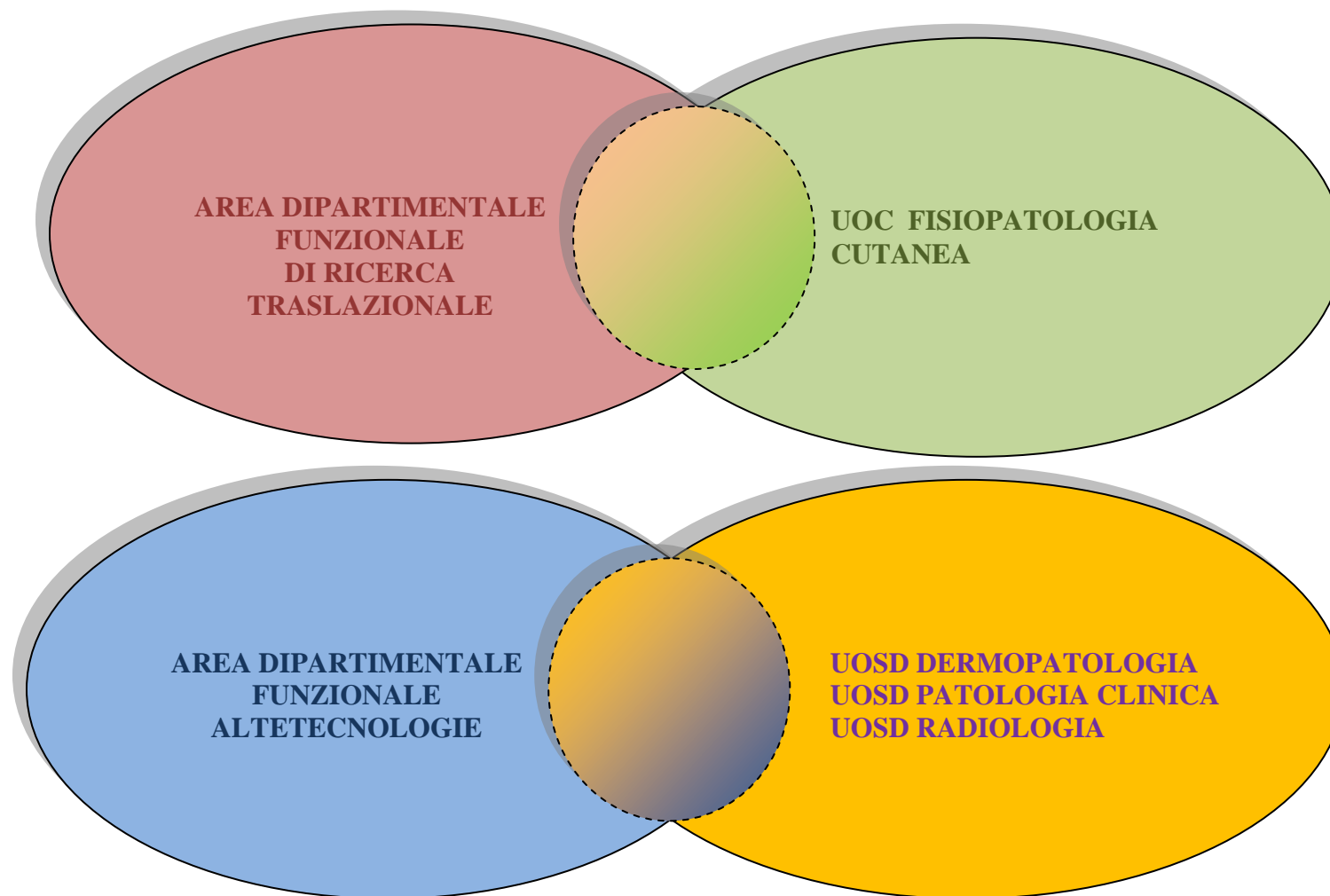


Tavola XV MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA



Esempi:

- Breast Unit
- Melanoma Unit
- Psoriasi Unit
- Vitiligo Unit



Esempi:

- Mammella
- Colon Retto
- Polmone
- Sarcoma

Tavola XVI RAPPORTI RICERCA ASSISTENZA



Es: I TRIG attivati per l'IRE riguardano:

- 1) Tumori dell'Ovaio
- 2) Tumori dell'Apparato Digerente
- 3) Tumori del Polmone
- 4) Sarcomi
- 5) Tumori Cerebrali
- 6) Tumori Urologici (Rene e Prostata)

Economie conseguenti alla riorganizzazione

Le attuali strutture complesse dell'IFO sono 39 con 8 Dipartimenti.

Nel corso del 2013 sono state messe in atto revisioni della struttura organizzativa che hanno comportato la **soppressione di due Dipartimenti e di 18 strutture complesse**, come di seguito riportato:

Dipartimento per lo Sviluppo dei Programmi Terapeutici;

- Lab. "A" aggregato al Dipartimento Chirurgia Oncologica;
- Lab. "B" aggregato al Dipartimento Oncologia Medica;
- Lab. "C" aggregato al Dipartimento Diagnostica Oncologica;
- Lab. "D" aggregato al Dipartimento Neuroscienze.

Dipartimento di Oncologia Sperimentale:

- Lab. "A" Chemioterapia Sperimentale Preclinica;
- Lab. "B" Immunologia;
- Lab. "C" Oncogenesi Molecolare;
- Lab. "D" Virologia.

Altre strutture soppresse:

- Patologia Clinica Istituto Regina Elena;
- Servizio Integrato di Epidemiologia e Servizi Informativi;
- Anestesia Istituto San Gallicano
- Cardiologia
- Dermatologia Infiammatoria ed Allergologica
- Neurologia
- Servizio per la Promozione delle attività istituzionali, delle attività didattiche e formative, delle relazioni esterne e delle attività di prevenzione;
- Amministrativa Contratti e Convenzioni ;
- Amministrativa Beni Immobili, Brevetti e Inventari;
- Servizio Amministrativo Risorse Strumentali.

Proposta di riorganizzazione

Ridimensionamento Dipartimenti			
	Pregresso	Attuale	Proposta
N° TOT.	10	8	3
% riduzione		20%	37.5%

Ridimensionamento UOC			
	Pregresso	Attuale	Proposta
N° TOT.	57	39	22
% riduzione		31.6%	43.6%

* UOC Risorse Economiche IFO ad esaurimento

I Dipartimenti IFO vengono ridotti da **8 a 3** con una riduzione del 37,5%.

Direttore Generale	1 IFO - INMI	1 IFO - INMI
Direttore Sanitario	1	1 IFO - INMI
Direttore Amministrativo	1	1 IFO - INMI
Direttori Dipartimenti	8	3
Direttore Affari Generali	2	1 IFO - INMI
Direttore Bilancio *	1	1 IFO - INMI
Direttore Risorse Umane	1	1 IFO - INMI
Direttore Provveditorato ed Economato	1	1 IFO - INMI
Direttore Servizio Tecnico	1	1 IFO - INMI
Direttore Formazione	1	1 IFO - INMI

La seguente tabella riporta l'elenco delle strutture che sono state **soppresse, trasformate e riorganizzate**.

Sono state **soppresse o trasformate e riorganizzate** le seguenti Strutture:

STRUTTURA UOC SOPPRESSE	ISTITUTO	TRASFORMATE IN UOSD	TRASFORMATE IN UOS	NUOVA DENOMINAZIONE
Medicina immig. e Dermatologia tropicale	IFO/ISG		-----SOPPRESSA-----	
Chirurgia plastica ISG	IFO/ISG	√		UOSD Chirurgia plastica ISG
Patologia Clinica e Microbiologia	IFO/ISG	√		UOSD Patologia Clinica e Microbiologia
Rianimazione	IFO/IRE	√		UOSD Terapia del dolore e Cure Palliative
Dermatologia Infettiva MST	IFO/ISG	√		UOSD Dermatologia MST, Ambientale, Tropicale e dell'Immigrazione
Dermatologia Oncologica	IFO/ISG	√		UOSD Dermatologia Oncologica
Medicina Nucleare	IFO/IRE	√		UOSD Medicina Nucleare
Ematologia	IFO/IRE	√		UOSD Ematologia
Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti	IFO	√		UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti
SAR	IFO		√	UOS SAR
Farmacia*				Farmacia IFO-INMI

*All'esito del processo di integrazione organizzativa con INMI una delle due UOC di Farmacia verrà trasformata in UOSD.

Lettera dei tre Direttori Scientifici

L'anno 2014, il giorno 19 del mese di novembre, alle ore 11.00, presso il Ministero della Salute si sono incontrati i Direttori Scientifici dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, dell'Istituto Regina Elena e dell'Istituto San Gallicano in relazione alla richiesta del Commissario Straordinario di fornire informazioni sulle possibili aree di collaborazione e sulle possibili attività di integrazione funzionale tra gli IRCCS pubblici romani.

I Direttori Scientifici dei 3 IRCCS esprimono grande apprezzamento per l'impegno del Commissario nel cercare di definire un assetto organizzativo dei tre Istituti e sono convinti della necessità di supportare il Commissario affinché negli atti prodotti vengano evidenziate le peculiarità dei singoli Istituti e ne venga preservata l'autonomia, l'indipendenza e l'immagine individuale in quanto ognuno di essi ha una valenza storica, a livello nazionale sul piano clinico-assistenziale e a livello internazionale nell'ambito della ricerca traslazionale. Il nuovo modello di gestione deve invece rappresentare il punto di partenza per un ulteriore progresso nelle specifiche discipline, consolidandone la competitività a livello nazionale e alimentando la propensione all'eccellenza degli Istituti che devono competere per l'accesso ai fondi comunitari con gli Istituti di pari grado dei paesi avanzati, dotati di finanziamenti dedicati molto cospicui e di strutture e attrezzature tecnologiche di ultima generazione.

I Direttori Scientifici concordano che sia indispensabile che la Regione Lazio, che promuove il modello di gestione unificata degli IRCCS pubblici presenti sul proprio territorio, si impegni a:

- approvare in tempi brevi uno strumento normativo/legislativo che garantisca agli IRCCS pubblici uno status di coordinatori delle attività di ricerca svolte nel Lazio sulle tematiche di riconoscimento;
- affidare agli IRCCS pubblici il coordinamento delle reti regionali assistenziali di patologia delle aree di competenza;
- demandare agli IRCCS pubblici (per area di competenza) il coordinamento della partecipazione a programmi di finanziamento nazionale in cui sia

prevista la partecipazione attraverso le Regioni (esempio: CCM, mattone Internazionale);

- privilegiare gli IRCCS pubblici negli investimenti sulle tecnologie innovative, come i finanziamenti in Conto capitale, con l'impegno degli IRCCS pubblici a metterle a disposizione delle altre strutture di assistenza e ricerca presenti sul territorio, sviluppando sinergie con le università, le aziende sanitarie, nonché con le imprese del/presenti nel Lazio;
- garantire agli IRCCS pubblici un finanziamento almeno pari a quello erogato dal Ministero della salute, come previsto dalle normative vigenti e già effettuato da altre regioni per i propri IRCCS e come anche indicato dalla Corte dei Conti.

In particolare i Direttori Scientifici intendono smentire che sia in corso un processo per arrivare ad un unico dipartimento di ricerca per i 3 Istituti, che verrebbe ad annullare anzitutto l'autonomia scientifica ed inoltre la peculiarità dei propri modelli organizzativi e gestionali. In particolare sono concordi nell'affermare che l'unico modello sostenibile di ricerca per ottenere risultati significativi nella ricerca traslazionale all'interno dei singoli Istituti sia l'integrazione tra ricerca e assistenza.

Proprio a questo fine ritengono sia importante promuovere modelli di collaborazione strutturata tra gli Istituti, sia assistenziale che scientifica, in un modello di tipo consortile che riduca al minimo le duplicazioni e le ridondanze, permetta una concentrazione di attività per competenze, consenta l'accesso reciproco e bilaterale a *core facilities* dei singoli Istituti e ad attrezzature di ricerca avanzate anche al fine di realizzare un maggior tempo di utilizzo delle macchine, favorisca la costruzione di nuove competenze su aspetti innovativi (es. bioinformatica) in cui i volumi di attività sono essenziali al fine della messa a punto degli strumenti non disponibili commercialmente, permetta di realizzare economie di scala, accresca la massa critica dei singoli Istituti.

Esempi di possibili aree di collaborazione strutturata sono:

- realizzazione di una unità di trial clinici centralizzata (sperimentazione fase I e successive), ma che figuri funzionalmente indipendente per area di riconoscimento. Tale unità dovrebbe essere coordinata direttamente dalle tre direzioni scientifiche per fornire un supporto alle sperimentazioni cliniche, fermo restando che gli eventuali proventi delle sperimentazioni, detratti i costi ribaltati per la gestione dell'Unità, vengano reinvestiti nell'Istituto a cui afferisca la ricerca. Nell'ambito di una tale struttura inoltre l'INMI, che ha una

UOC di epidemiologia clinica di alto livello, può offrire il supporto metodologico alla pianificazione e gestione di studi clinici, sempre con particolare riferimento alle sperimentazioni indipendenti;

- l'INMI potrebbe mettere a disposizione dell'IRE le proprie competenze (cliniche e diagnostiche) sia per la gestione clinica/diagnostica che per studi di intervento (terapeutico, preventivo ed amministrativo) delle infezioni nel paziente oncologico;
- IRE potrebbe sviluppare con l'INMI un programma di chirurgia della tubercolosi, che potrebbe essere effettuata presso una stanza multifunzionale (operatoria/autoptica) della nuova struttura di alto isolamento dell'INMI, nonché delle ricerche microbiologiche, cliniche e terapeutiche correlate;
- INMI potrebbe implementare con l'IRE e l'ISG il programma di epidemiologia, monitoraggio clinico/biologico/farmacologico e prevenzione delle complicanze infettive in pazienti oncologici trattati con farmaci biologici già messo a punto dall'INMI in collaborazione con il Royal Free Hospital di Londra;
- IRE potrebbe accedere al programma dell'INMI per la gestione delle infezioni in ortopedia, con particolare riferimento alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamenti di tali infezioni, anche attraverso studi preclinici e clinici con nuovi farmaci antibiotici non ancora commercialmente disponibili (modello Investigational New Drugs-IND);
- IRE potrebbe utilizzare l'INMI per effettuare i controlli biologici per la Banca di tessuto ovarico (che può essere estesa per gli embrioni e alla manipolazione dello sperma per la rimozione di agenti infettivi) e la Banca tessuto muscolo scheletrico. Ciò anche tenendo in considerazione che l'INMI dispone dell'unica banca per materiali infetti in alto biocontenimento (livello 3);
- INMI potrebbe avere accesso allo stabulario e alla tecnologie sviluppate dall'IRE nell'ambito dell'imaging metabolico dei modelli animali;
- IRE potrebbe utilizzare i laboratori di biocontenimento e alto biocontenimento per studi di ricerca traslazionale che prevedano l'impiego di vettori adenovirali, retrovirali e lentivirali, nonché per lo sviluppo di vettori virali da utilizzare in programmi vaccinali contro il cancro, come anche utilizzare le

degenze in alto isolamento per studi di fasi 1 che prevedano l'impiego sull'uomo di vettori virali (al fine di monitorare lo shedding virale);

- INMI potrebbe accogliere nell'area delle degenze ad alto isolamento, e fornire diagnostica avanzata, i pazienti oncologici e onco-ematologici (inclusi i trapiantati di midollo) dell'IRE gravemente immuni compromessi al fine di realizzare un isolamento protettivo e conseguentemente di ridurre i rischi infettivi;
- INMI potrebbe avere il supporto di IRE per la gestione clinica e a fini di ricerca dei tumori in pazienti con infezione da HIV;
- L'INMI ha una notevole expertise nel settore della spettrometria di massa e possiede una *facility* con attrezzature moderne e particolarmente performanti che potrebbero essere di grande ausilio alla ricerca traslazionale dell'IRE, sia per l'identificazione di nuovi marcatori tumorali, sia per l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici;
- ISG potrebbe sviluppare con l'INMI un piano sulla dermatologia infettiva, con particolare riguardo alla leishmaniosi e tubercolosi cutanea, sulle infezioni cutanee da Stafilocco, con particolare riferimento ai soggetti atopici;
- ISG potrebbe sviluppare con l'INMI un piano sulla prevenzione, diagnosi e terapia delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST), e costituire per il Centro-Sud un importante punto di riferimento della rete dermato-venereologica.
- IRE, INMI e ISG potrebbero sviluppare un approccio comune interdisciplinare per migliorare la ricerca, la diagnostica, gestione clinica ed il trattamento (chemioterapico, antinfettivo e radioterapico) sul sarcoma di Kaposi, sulla patologia HPV-correlata, e sul tumore di Merkel (poliomavirus). L'approccio interdisciplinare dovrebbe mirare a costituire poli di competenza a livello regionale e nazionale per tali patologie.

Aldo di Carlo

Ruggero De Maria

Giuseppe Ippolito