

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 4 luglio 2019, n. U00259

**Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018*)

**OGGETTO:** Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI:**

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e s.m.i.;
- il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale." e s.m.i.;

**VISTE:**

- la deliberazione di Giunta Regionale 12 febbraio 2007 n. 66 "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";
- la deliberazione di Giunta Regionale 6 marzo 2007 n. 149 "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";
- la legge statale 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, 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;

**DATO ATTO** che, con la deliberazione del Consiglio dei Ministri 10 aprile 2018, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale secondo i programmi operativi di cui al citato articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

**VISTA** la deliberazione di Giunta regionale n. 271 del 05.06.2018, con cui è stato conferito al Dott. Renato Botti, soggetto esterno all'amministrazione regionale, l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

**VISTO** l'Atto di Organizzazione n. G14565 del 14/11/2018 con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area "Coordinamento Contenzioso, Affari Legali e Generali", alla Dott.ssa Pamela Maddaloni;

**VISTA** la determinazione del 2 ottobre 2018, n. G12275 "Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257", come modificata dalle determinazioni n. G12533 del 5 ottobre 2018, n. G13374 del 23 ottobre 2018, n. G13543 del 25 ottobre 2018 e n. G02874 del 14 marzo 2019, con la quale è stato definito l'assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria e approvate le declaratorie delle competenze delle Aree e degli Uffici;

## IL COMMISSARIO AD ACTA

*(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)***VISTI:**

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni” e, in particolare, l’articolo 3, comma 1 bis, ai sensi del quale 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 dalle disposizioni regionali;
- la Legge regionale 6 giugno 1994, n. 18 e s.m.i. “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 e delle aziende ospedaliere”;
- il Decreto del Ministro della Sanità e del Ministro dell’Università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997 recante “*Linee guida per la stipula dei protocolli d’intesa università-regioni*”;
- il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i. concernente “*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419*” che dispone tra l’altro:
  - a) all’articolo 1, comma 3 che: “*I protocolli d’intesa di cui al comma 1 stabiliscono altresì, anche sulla base della disciplina regionale di cui all’articolo 2, comma 2-sexies, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, criteri generali per l’adozione, da parte del direttore generale delle aziende di cui all’articolo 2, degli atti normativi interni, ivi compreso l’atto aziendale previsto dall’articolo 3.*”
  - b) all’articolo 3, comma 2, che: “*Nell’atto aziendale di cui all’articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono altresì disciplinati, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d’intesa tra regione e università, la costituzione, l’organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria.*”;
  - c) all’articolo 3, comma 3, che “*L’atto aziendale è adottato dal direttore generale, d’intesa con il rettore dell’università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al comma 2.*”;
- il DPCM 24 maggio 2001, recante: “*Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell’art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517*”;
- la Legge 30 dicembre 2010 n. 240 concernente “*Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l’efficienza del sistema universitario*”;

**VISTI** tra gli altri:

- 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”,

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018*)

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 e, 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 2 aprile 2015 n. 70 del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, concernente il Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- il Decreto del Commissario ad Acta n U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto “Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”;

**VISTO** il DCA 6 agosto 2014, n. U00259 concernente “Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”, che, al punto 11, prevede, tra l’altro, quanto segue:

“L’atto aziendale e le successive modifiche (che non rivestano carattere meramente formale) dello stesso necessitano di specifica approvazione regionale mediante Decreto del Commissario ad acta.

Di norma, le proposte di modifica degli atti aziendali approvati potranno essere presentate alla Regione, per il relativo esame, una volta l’anno nel periodo temporale intercorrente tra il 15 settembre ed il 15 novembre di ogni anno.

La proposta di atto aziendale e/o modifica dello stesso è adottata dal direttore generale con atto deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari”;

**VISTO** il DCA n. U00208 del 8 giugno 2016 con cui si è proceduto alla “Presenza d’atto del protocollo d’Intesa tra la Regione Lazio e l’Università degli Studi di Roma “La Sapienza” per il triennio 2016-2018 così come osservato dai Ministeri affiancanti Salute ed Economia e Finanze, unitamente agli Allegati 1 e 2 che ne costituiscono parte integrante e sostanziale” e, in particolare, l’articolo 15 in materia di Atto Aziendale;

**CONSIDERATO** che l’Atto Aziendale è l’atto di organizzazione e funzionamento di diritto privato necessario all’Azienda Ospedaliero Universitaria per l’esercizio delle proprie attività e trova fondamento nell’articolo 3 del D. Lgs. 502/1992, nell’articolo 3 del D. Lgs n. 517/99 e s.m.i., e nel citato articolo 15 del Protocollo d’Intesa;

**TENUTO CONTO** che l’Atto Aziendale dell’Azienda Ospedaliero Universitaria è adottato, nel rispetto dell’Atto di Indirizzo regionale approvato con il DCA U00259/2014, dal Direttore

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
*(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)*

Generale d'intesa con il Rettore dell'Università per quanto concerne le strutture di cui all'articolo 3, commi 2 e 3, del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.;

**VISTA** la nota acquisita al protocollo regionale n. I. 0737783 del 22.11.2018 con cui il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I ha trasmesso alla Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria copia della proposta di Atto Aziendale, inviata in pari data sia al Magnifico Rettore, ai fini dell'espressione dell'intesa prevista dall'articolo 15 comma 2 del Protocollo d'Intesa, sia alle Organizzazioni Sindacali Universitarie e Ospedaliere della Dirigenza e del Comparto;

**CONSIDERATO** che l'Atto Aziendale è stato esaminato, per i diversi aspetti di competenza, dai Dirigenti delle Aree della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria competenti per materia;

**TENUTO CONTO** che l'Atto di Indirizzo per l'adozione degli Atti Aziendali approvato con il DCA n. U00259/14 ha recepito gli standard elaborati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012 per l'individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, come di seguito indicati:

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

**TENUTO** che l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I ha una dotazione di posti letto da Rete ospedaliera regionale pari a 1.235, suddivisi in 1.097 ordinari e 138 day hospital, e che, in applicazione di tale parametro, l'Azienda ha a disposizione 70 strutture complesse (posti letto/17,5) e 92 strutture semplici e semplici dipartimentali (strutture complesse x 1,31);

**DATO ATTO** che l'Atto di indirizzo per l'adozione degli Atti Aziendali approvato con il DCA n. U00259/14 ha disposto di riservare alla Regione, dal numero totale delle unità operative complesse ospedaliere e non ospedaliere di tutte le Aziende Sanitarie, calcolate sulla base dell'applicazione dei citati parametri fissati dal Comitato LEA, la quota del 5% del plafond globale, al fine di riequilibrare situazioni di effettiva disparità di complessità strutturale tra Aziende, nonché di garantire l'assolvimento di funzioni di rilevanza regionale o comunque sovra aziendale;

**DATO ATTO** che, all'esito dell'istruttoria condivisa tra l'altro con il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I nel corso dell'incontro tenutosi presso gli uffici regionali in data 20 febbraio 2019, il Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, con nota prot. U. 0179333 del 06.03.2019, ha espresso le proprie osservazioni, rilevando una eccedenza di strutture complesse proposte, pari a 102, rispetto al totale disponibile di 70, risultante dall'applicazione del citato parametro LEA posti letto/17,5, nonché una eccedenza di strutture semplici e semplici dipartimentali proposte, pari a 121, rispetto alle 92 disponibili;

**CONSIDERATO** che gli uffici della Direzione regionale, al fine di determinare la congruenza o meno delle strutture complesse proposte in esubero rispetto al totale disponibile, non contando l'eventuale accessibilità di strutture dalla quota di riserva regionale, hanno

## IL COMMISSARIO AD ACTA

*(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)*

effettuato una valutazione in termini di corrispondenza ai criteri del D.M. n. 70/15, nonché in termini di misurazione e valutazione comparativa degli esiti e dei processi sanitari;

**DATO ATTO** che il Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sulla base delle risultanze istruttorie dalle quali sono emerse eccedenze di strutture complesse clinico assistenziali riferite a specifiche discipline, nonché duplicazioni delle stesse non riconducibili a particolari caratterizzazioni specialistiche, ha ritenuto opportuno proporre al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, con la nota prot. n. U. 0179333 del 06.03.2019, una razionalizzazione dell'assetto organizzativo presentato, con previsione di 82 strutture complesse totali, al netto di 11 strutture complesse da porre ad esaurimento nell'arco di vigenza dell'Atto Aziendale e, comunque, alla data di quiescenza del relativo titolare;

**DATO ATTO** che il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, sulla base delle citate osservazioni regionali e raggiunta l'intesa con il Rettore ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs n. 517/99 e s.m.i. e del vigente Protocollo d'Intesa ex DCA n. U00208/16, fatte salve alcune specifiche richieste, ha rimodulato la proposta di Atto Aziendale, dandone comunicazione alla Regione con la nota acquisita al protocollo regionale n. I. 0241642 del 28.03.2019 e trasmettendone copia con la nota acquisita al protocollo regionale n. I. 370835 del 15.05.19, dando evidenza di aver raggiunto l'Intesa con il Rettore espressa dal medesimo con la prot. n. 0040131 del 03.05.2019, di aver reso informativa alle Organizzazioni Sindacali dell'Università e di aver acquisito il parere favorevole del Collegio di Direzione nel corso della seduta del 4 aprile u.s.;

**TENUTO CONTO** che il Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria ha espresso i rilievi definiti sull'Atto Aziendale con la nota prot. n. U. 0453899 del 13.06.2019, ritenendo lo stesso approvabile con un totale di 82 strutture complesse, al netto di 12 strutture da porre ad esaurimento;

**CONSIDERATO** che l'eccesso di strutture complesse rispetto al totale disponibile da applicazione del predetto parametro elaborati dal Comitato LEA viene fatto gravare sulla citata quota di riserva regionale;

**CONSIDERATO** che il numero totale di strutture semplici e semplici dipartimentali proposto pari a 128, funzionale al modello organizzativo adottato, è sostenibile a livello regionale, atteso che rientra nel conteggio totale disponibile su base regionale;

**PRESO ATTO** della nota acquisita al protocollo regionale n. I. 0491651 del 26.06.2019, con cui il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I ha trasmesso la raggiunta Intesa con il Rettore in ordine agli ultimi rilievi regionali, nonché della nota prot. n. U. 0495446 del 27.06.2019 con cui il Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria ha invitato il Direttore Generale ad adottare formalmente l'Atto Aziendale, nel rispetto di tutti i passaggi istituzionali previsti dal Protocollo d'Intesa e dall'Atto di Indirizzo regionale, al fine di procedere alla successiva approvazione con decreto del Commissario ad acta e pubblicazione sul Bollettino Ufficiale;

**VISTA** la deliberazione n. 542 del 01.07.2019 con cui il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I ha adottato l'Atto Aziendale, dando evidenza di aver esperito i passaggi istituzionali formali previsti dall'Atto di Indirizzo e dal Protocollo d'Intesa, nonché di aver convocato in data 20.06.2019 le Organizzazioni Sindacali per informarle delle modifiche apportate all'Atto Aziendale rispetto alla versione originaria del 21.11.2018;

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
*(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)*

**RITENUTO OPPORTUNO**, pertanto, approvare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 542 del 01.07.2019, 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:

- di approvare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 542 del 01.07.2019, 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 ZINGARETTI**



### Deliberazione del Direttore Generale n. 0000542 del 01/07/2019

<b>Oggetto:</b> Adozione Atto Aziendale
<b>Struttura proponente:</b> UOD PROGRAMMAZIONE VALUTAZIONE E CONTROLLO
<p><b>A cura della struttura proponente</b>          Il Responsabile della UOC/Ufficio e/o il Responsabile della proposta sotto riportati con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Prov. 659 attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico</p> <p>Hash .pdf (SHA256): 29db701772f637fa9397649e899544ddfafc638fb50cd661752e07f28555d61a</p> <p>L'Estensore: Maria Giuseppina D'Ambrosio          Il Responsabile della proposta: Maria Giuseppina D'Ambrosio          Il Responsabile della Struttura proponente: Maria Giuseppina D'Ambrosio</p>
<p><b>A cura della UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</b>          Il Responsabile della UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e/o il Responsabile della verifica contabile sotto riportati con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Prov. 659 attestano:</p> <p>Il presente atto:   NON Comporta Spesa                                    NON comporta scostamenti dal BEP</p> <p>Il Responsabile della verifica contabile: Paola Passon          Il Dirigente: Paola Passon</p>
<p><b>PARERE</b> del Direttore Amministrativo: Giuliana Bensa          Parere DA: <b>Favorevole</b></p> <p><b>PARERE</b> del Direttore Sanitario: Ferdinando Romano          Parere DS: <b>Favorevole</b></p>

IL DIRETTORE GENERALE (\*)  
 Vincenzo Panella

(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I**

**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**IL DIRIGENTE DELLA UOD PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO**

- VISTA** la delibera n. 1273 dell'11 dicembre 2017 con la quale il Dott. Vincenzo Panella, in pari data, ha formalmente assunto le funzioni di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, a seguito della nomina con Decreto del Presidente della Regione Lazio del 7 dicembre 2017 n. T00231, avvenuta d'intesa con il Rettore di Sapienza Università di Roma;
- VISTO** il D.Lgs n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 421 del 23 ottobre 1992" e ss.mm.ii. e, in particolare, l'art. 3 comma 1 bis secondo cui le Aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione e il proprio funzionamento con Atto Aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti dalle disposizioni regionali;
- VISTO** il D.Lgs n. 517/1999 e, in particolare, il comma 3 dell'art. 3 in cui si stabilisce che l'Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al comma 2 dello stesso articolo;
- VISTO** il DCA n. U00259 del 06.08.2014 avente per oggetto "Approvazione dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio";
- VISTO** il DCA n. U00208 del 08.06.2016 avente per oggetto "Presenza d'atto del Protocollo di Intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", stipulato tra Regione Lazio e SAPIENZA Università di Roma in data 10 febbraio 2016;
- RICHIAMATO** in particolare, l'art. 15 comma 2 del predetto Protocollo in cui si stabilisce che *"il Direttore Generale dà informativa alle organizzazioni sindacali del comparto Università e degli altri comparti interessati"*;
- VISTA** la proposta di Atto Aziendale trasmessa dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. n. 0038432 del 21/11/2018;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I**

**SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA**

- ATTESO CHE** con nota prot. n. 0038435 del 21/11/2018, a firma del Direttore Generale, è stata data informativa alle Organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza del SSN e dell'Università circa la predisposizione della proposta di Atto Aziendale corredata dei relativi allegati ed è stata messa a disposizione, su supporto elettronico, copia integrale dell'intero documento inviato in regione, comprensivo di tutti gli allegati;
- CONSIDERATO** che alla proposta di Atto Aziendale è stata data pubblicità attraverso la pubblicazione sulla pagina iniziale del sito intranet aziendale;
- ATTESO CHE** con nota prot. n. 0039804 del 04/12/2018, a firma del Direttore Generale, è stato dato avvio alla consultazione sindacale sulla proposta di Atto Aziendale con le Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medico Veterinaria, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza dell'Area VII Universitaria, che sono state convocate, a tale scopo, per il giorno 17 dicembre 2018, alle ore 14:30 presso il salone della Direzione Generale;
- ATTESO CHE** con nota prot. n. 0039805 del 04/12/2018, a firma del Direttore Generale, è stato dato avvio alla partecipazione sindacale sulla proposta di Atto Aziendale con le RSU e le Organizzazioni sindacali del Comparto Sanità e del Comparto Istruzione e ricerca, che sono state convocate, a tale scopo, per il giorno 17 dicembre 2018 alle ore 12:00 presso il salone della Direzione Generale;
- CONSIDERATO** che la consultazione sull'Atto Aziendale è proseguita con le Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medico Veterinaria, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza dell'Area VII Universitaria, nelle seguenti date:
- 8 gennaio 2019: riunione convocata con nota prot n. 0041224 del 14/12/2018;
  - 14 gennaio 2019: riunione convocata con nota prot n. 0041224 del 14/12/2018;
- CONSIDERATO** che il confronto sull'Atto Aziendale è proseguito con le RSU e le Organizzazioni sindacali del Comparto Sanità e del Comparto Istruzione e ricerca, nelle seguenti date:
- 8 gennaio 2019: riunione convocata con nota prot n. 0041225 del 14/12/2018;
  - 14 gennaio 2019: riunione convocata con nota prot n. 0041225 del 14/12/2018;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I**



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

- 21 gennaio 2019: riunione convocata con nota prot n. 0001877 del 17/01/2019;

**TENUTO CONTO** delle osservazioni sulla proposta di Atto Aziendale inviate dalle Organizzazioni sindacali relative a richieste di modifica e integrazione dello stesso, alcune delle quali sono state recepite, compatibilmente con i vincoli dettati dal Protocollo di Intesa tra la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e nel rispetto della normativa vigente;

**VISTE** le osservazioni trasmesse dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. N. U.0179333 del 06/03/2019, finalizzata alla condivisione di una prima istruttoria effettuata dagli uffici regionali in merito alla proposta d'Atto Aziendale;

**PRESO ATTO** che il Collegio di Direzione, come da verbale della seduta del 4 aprile 2019, convocata con nota prot. n. 0012642, ha approvato la proposta di Atto Aziendale, formulando in proposito alcune osservazioni;

**PRESO ATTO** che l'Organo di Indirizzo, come da verbale della seduta del 4 aprile 2019, convocata con nota prot. n. 0012642, ha condiviso l'impianto complessivo della proposta di Atto Aziendale, nonché l'iter seguito per la sua stesura;

**CONSIDERATO** che con nota prot. n. 0014896 del 15/04/2019, il Direttore Generale, recependo le osservazioni trasmesse dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. N. U.0179333 del 06/03/2019, formula richiesta di intesa al Magnifico Rettore sulla proposta di Atto Aziendale;

**VISTA** l'intesa espressa dal Magnifico Rettore con nota prot. n. 0040131 del 03/05/2019, subordinatamente all'accoglimento delle osservazioni e delle richieste di modifica e integrazione dettagliate nell'allegato 1 della suddetta nota;

**RITENUTO** di recepire le osservazioni di integrazione/modifica dell'Articolato e dell'Organigramma dell'Atto Aziendale contenute nell'allegato 1 della sopra citata nota prot. n. 0040131 del 03/05/2019, compatibilmente con le osservazioni formulate dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. N. U.0179333 del 06/03/2019 e con i vincoli economico-finanziari e il rispetto dei requisiti minimi di cui al DM 70/2015;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO ISAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

- CONSIDERATO** che con nota prot. n. 0018077 del 14/05/2019 il Direttore Generale ha trasmesso, alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai fini di acquisire il parere definitivo, la proposta di Atto Aziendale modificata e integrata come sopra specificato;
- VISTE** le ulteriori osservazioni formulate dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. n. U.0453899 del 13/06/2019 riferite in particolare alla impossibilità di accogliere la richiesta di mantenimento della UOC Tecnologie Cardiochirurgiche Innovative e della UOC Malattie infettive e Tropicali e la necessità di prevedere a regime solo una struttura complessa di Chirurgia Vascolare;
- DATO ATTO** che in data 20/06/2019 il Direttore Generale ha provveduto a convocare nuovamente le Organizzazioni sindacali per informarle sulle modifiche intervenute rispetto alla proposta originaria trasmessa con nota prot. n. 0038435 del 21/11/2018 ;
- VISTA** l'intesa espressa dal Magnifico Rettore con nota prot. n. 0057140 del 25/06/2019 con la quale, nel prendere atto delle richieste della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria circa la necessità di fissare a 82 il numero totale di strutture complesse, al netto di quelle poste ad esaurimento, chiede l'istituzione di tre strutture semplici dipartimentali, al posto delle ulteriori tre UOC disattivate;
- VISTA** la nota prot. n. 0023082 del 25/06/2019 con la quale il Direttore Generale nel richiedere alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria il parere definitivo sulla proposta di Atto Aziendale, trasmette la nota di intesa del Magnifico Rettore, rappresentando il recepimento di quanto richiesto Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e la condivisione con il Magnifico Rettore circa l'opportunità della contestuale attivazione di un numero di strutture semplici dipartimentali equivalente a quello delle strutture complesse disattivate;
- VISTA** la nota prot. n. U.0495446 del 27/06/2019 con la quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, prendendo atto del recepimento delle indicazioni espresse e della raggiunta intesa col Magnifico Rettore, invita a



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I**



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

procedere con l'adozione formale dell'Atto Aziendale, ai fini della successiva approvazione con decreto del Commissario ad acta e pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio;

**ATTESTATO** che il Responsabile del Procedimento coincide con il Responsabile della Proposta che ha dato avvio all'iter procedimentale valutando, ai fini istruttori, le condizioni di ammissibilità, i requisiti di legittimazione ed i presupposti rilevanti per l'emanazione del presente provvedimento, avendo accertato d'ufficio i fatti;

**ATTESTATO** con assunzione unilaterale di responsabilità amministrativa e tecnica, che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'articolo 1 della Legge n. 20/1994 e successive modificazioni, nonché rispondente ai criteri di economicità e di efficacia di cui all'articolo 1, primo comma, della Legge n. 241/1990 e successive modificazioni ed integrazioni;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento è stato redatto nel rispetto dei principi e delle disposizioni in materia di trattamento dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) per quanto concerne la pubblicazione sull'Albo Pretorio Online;

#### **PROPONE**

per le motivazioni e valutazioni riportate in narrativa, che si intendono integralmente richiamate:

- di adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di inviare il provvedimento alla Regione Lazio per le procedure di competenza.

#### **IL DIRETTORE GENERALE**

**PER EFFETTO** dei poteri previsti:

- dal D.Lgs. n. 517/1999 in combinato disposto con l'articolo 3, comma 6, del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm. e ii.;
- dall'articolo 8, comma 3 e 7 della L.R. 16 giugno 1994, n. 18 e ss.mm. e ii.;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

- LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Responsabile dell'Unità Organizzativa indicata in frontespizio;
- PRESO ATTO** di tutto quanto esposto in narrativa;
- VISTI** i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

#### **DELIBERA**

- di adottare la proposta di deliberazione avente ad oggetto " Adozione Atto Aziendale"

e, conseguentemente:

- di adottare l'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di inviare il provvedimento alla Regione Lazio per le procedure di competenza.

Il provvedimento è posto in pubblicazione sull'Albo on line aziendale per n. 15 giorni consecutivi ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dell'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n. 69 e ss.mm.ii. e dell'art. 31 della L.R. 31 ottobre 1996 n. 45 e ss.mm.ii.

Il provvedimento è trasmesso al Collegio dei Sindaci ai sensi del comma 2, articolo 11 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.



REGIONE  
LAZIO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

# Atto Aziendale





## Sommario

PREMESSA.....	5
TITOLO I – L’AZIENDA: IDENTITA’, MISSIONE E VALORI .....	6
<b>Art. 1 – ISTITUZIONE E RAGIONE SOCIALE .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 2 – SEDE, LOGO E SITO INTERNET .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 3 - PATRIMONIO AZIENDALE .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 4 - MISSIONE .....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 5 – VALORI .....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 6 - VISIONE.....</b>	<b>11</b>
TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI, ORGANISMI E COMITATI.....	13
<b>Art. 7 – GLI ORGANI DELL’AZIENDA.....</b>	<b>13</b>
Art. 7.1 – IL DIRETTORE GENERALE.....	13
Art. 7.2 – L’ORGANO DI INDIRIZZO .....	14
Art. 7.3 – IL COLLEGIO SINDACALE .....	15
Art. 7.4 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE.....	16
<b>Art. 8 – LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE .....</b>	<b>16</b>
Art. 8.1 – IL DIRETTORE SANITARIO .....	16
Art. 8.2 – IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO .....	17
<b>Art. 9 – GLI ORGANISMI, I COMITATI, LE COMMISSIONI .....</b>	<b>18</b>
Art. 9.1 – IL CONSIGLIO DEI SANITARI .....	18
Art. 9.2 – L’ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE .....	18
Art. 9.3 – IL COMITATO ETICO .....	19
Art. 9.4 – IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA’, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG) .....	19
Art. 9.5 – LA COMMISSIONE PER IL PRONTUARIO TERAPEUTICO .....	19
Art. 9.6 – IL COMITATO BUON USO DEL SANGUE .....	20
Art. 9.7 – IL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA (CICA) .....	20
Art. 9.8 – IL COMITATO PER L’OSPEDALE SENZA DOLORE .....	21
Art. 9.9 – IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CAVS).....	21
TITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	22
<b>Art. 10 – ASSETTO ORGANIZZATIVO.....</b>	<b>22</b>



<b>Art. 11 – AREE DI GOVERNO AZIENDALE .....</b>	<b>23</b>
Art. 11.1 – LE FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE.....	23
Art. 11.2 – IL DIPARTIMENTO ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA .....	24
Art. 11.3 – IL DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO .....	24
Art. 11.4 – IL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE .....	25
<b>Art. 12 – STRUTTURE OPERATIVE CLINICHE.....</b>	<b>25</b>
Art. 12.1 – I DIPARTIMENTI AD ATTIVITA’ INTEGRATA.....	25
Art. 12.1.1 – ORGANISMI DEL DIPARTIMENTO AD ATTIVITA’ INTEGRATA .....	26
Art. 12.1.1.1 –IL DIRETTORE DEL DAI.....	27
Art. 12.1.1.2 –IL COMITATO DEL DAI.....	28
Art. 12.2 – AREE FUNZIONALI DI COORDINAMENTO INTRA- O INTER-DIPARTIMENTALI .....	28
Art. 12.3 – UNITA’ OPERATIVE COMPLESSE .....	29
Art. 12.4 – UNITA’ OPERATIVE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE e INTERDIPARTIMENTALE .....	30
Art. 12.5 – UNITA’ OPERATIVE SEMPLICI.....	30
Art. 12.6 – INCARICHI DI RESPONSABILITA’ DI PROGRAMMA (PRGM) .....	31
<b>Art. 13 – STRUTTURE OPERATIVE AMMINISTRATIVE, PROFESSIONALI E TECNICHE .....</b>	<b>31</b>
<b>TITOLO IV - STRUMENTI DI GOVERNO AZIENDALE.....</b>	<b>32</b>
<b>Art. 14 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA E IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E BUDGET.....</b>	<b>32</b>
Art. 14.1 - IL PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA’ .....	32
Art. 14.2 - IL CICLO DELLA PERFORMANCE .....	33
<b>Art. 15 – GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E PATRIMONIALE, CONTABILITA’ E BILANCIO.....</b>	<b>34</b>
Art. 15.1 - IL DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI .....	34
Art. 15.2 - I PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC) .....	35
Art. 15.3 - IL PIANO DI RIENTRO REGIONALE E IL PIANO DI RIENTRO AZIENDALE .....	35
<b>ART. 16 – IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RISCHI E IL SISTEMA DEI CONTROLLI .....</b>	<b>36</b>
Art. 16.1 - IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RISCHI .....	36
Art. 16.2 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI.....	36
<b>ART. 17 – IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE .....</b>	<b>37</b>
Art. 17.1 - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE .....	38
Art. 17.2 – LA FORMAZIONE .....	39
Art. 16.3 – I RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI .....	39
<b>TITOLO V - STRUMENTI DI TUTELA DEI CITTADINI .....</b>	<b>40</b>
<b>Art. 18 – PRINCIPI GENERALI .....</b>	<b>40</b>
<b>Art. 19 – L’UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP) .....</b>	<b>40</b>
<b>Art. 20 – IL PROCESSO DI AUDIT CIVICO .....</b>	<b>41</b>
<b>Art. 21 – LA CARTA DEI SERVIZI .....</b>	<b>41</b>
<b>Art. 22 – ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI PAZIENTI .....</b>	<b>42</b>



---

TITOLO VI - STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO .....	43
ART. 23 – IL GOVERNO CLINICO .....	43
ART. 24 – LE RETI INTERAZIENDALI.....	43
ART. 25 – I PERCORSI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO – ASSISTENZIALI (PDTA) E LE UNIT.....	44
ART. 26 – L’UNITA’ OPERATIVA A GESTIONE INFERMIERISTICA (UOGI) .....	45
ART. 27 – L’UNITA’ DI RICERCA CLINICA E CLINICAL COMPETENCE (URCCC) .....	45
TITOLO VII - NORME FINALI E TRANSITORIE.....	46
ART. 28 – NORME FINALI E TRANSITORIE.....	46
ALLEGATO 1 – ORGANIGRAMMA	
ALLEGATO 2 – FUNZIONIGRAMMA	





## PREMESSA

L'Atto Aziendale, di diritto privato, costituisce lo strumento di autogoverno e di funzionamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma, finalizzato a valorizzarne l'autonomia imprenditoriale in conformità alle previsioni del Protocollo d'Intesa stipulato, in data 10 febbraio 2016, tra Sapienza Università di Roma e Regione Lazio.

Il suo contenuto riflette i valori ed i principi generali di organizzazione e di funzionamento volti a promuovere l'integrazione delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

L'Atto Aziendale ha l'obiettivo primario di esprimere la "missione" aziendale, esplicitarne la "visione" perseguita, nonché i principi ed il sistema di valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi.

Definisce i principi generali di organizzazione e delinea la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo dell'azienda, individuando un modello idoneo ad assicurare la funzionalità e la coerenza fra le attività di assistenza e quelle di didattica e di ricerca (d.lgs 165/2001 e d.lgs 517/1999). Disciplina, inoltre, i livelli di competenza e responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda.

L'Atto Aziendale costituisce la cornice di riferimento di una serie di regolamenti interni che definiscono sul piano organizzativo e gestionale le regole di funzionamento e il sistema delle responsabilità.

L'Atto Aziendale è redatto in ottemperanza a quanto previsto dal DCA U00259 del 6 agosto 2014 in materia di "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" e dal vigente Protocollo d'Intesa stipulato tra l'Università Sapienza e la Regione Lazio ed è adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore della Sapienza Università di Roma, per quanto concerne le strutture di cui all'art. 3, commi 2 e 3 del d.lgs. 517/99.



## TITOLO I – L’AZIENDA: IDENTITA’, MISSIONE E VALORI

### Art. 1 – ISTITUZIONE E RAGIONE SOCIALE

L’Azienda Policlinico Umberto I (di seguito PUI) è stata istituita con Decreto Legge 1 Ottobre 1999, convertito con modificazioni in Legge 2 Dicembre 1999, n. 453.

L’Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e si qualifica come ente strumentale della Regione ai fini dell’erogazione delle prestazioni assistenziali.

L’organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dal presente atto, conformemente ai principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali.

Il PUI costituisce per la Sapienza Università di Roma (di seguito SAPIENZA) Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina.

Nella sua attuale configurazione, di Azienda Ospedaliero-Universitaria (art. 2 comma 1 e 3 D.lgs 517/1999), l’Azienda Policlinico si caratterizza come strumento per la realizzazione, in forma integrata, delle finalità inerenti la tutela della salute della collettività, obiettivo istituzionale del S.S.N, e la funzione didattico-formativa e di ricerca propria dell’Università.

L’Azienda Policlinico Umberto I è un’azienda sanitaria di livello nazionale e di alta specializzazione nonché sede di DEA di secondo livello.

### Art. 2 – SEDE, LOGO E SITO INTERNET

L’Azienda (codice fiscale e partita IVA 05865511009) ha sede legale in Roma presso il suo insediamento principale ubicato in Viale del Policlinico n. 155, CAP. 00161.

Il logo dell’Azienda è il seguente:



In tutta la documentazione aziendale, pertanto, il logo esprime sia l’appartenenza dell’Azienda al Sistema Sanitario Regionale, sia il ruolo di azienda di riferimento dell’Università per le attività assistenziali, essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina.



Il sito internet aziendale, per mezzo del quale si fornisce uno strumento informativo all'utenza e si assolvono, altresì, gli obblighi di pubblicità degli atti, provvedimenti, documenti e dati, nel rispetto delle vigenti norme in tema di trasparenza e anticorruzione, è il seguente: [www.policlinicoumberto1.it](http://www.policlinicoumberto1.it)

### **Art. 3 - PATRIMONIO AZIENDALE**

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, quali risultano dall'inventario, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri Enti Pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle attività o a seguito di atti di liberalità.

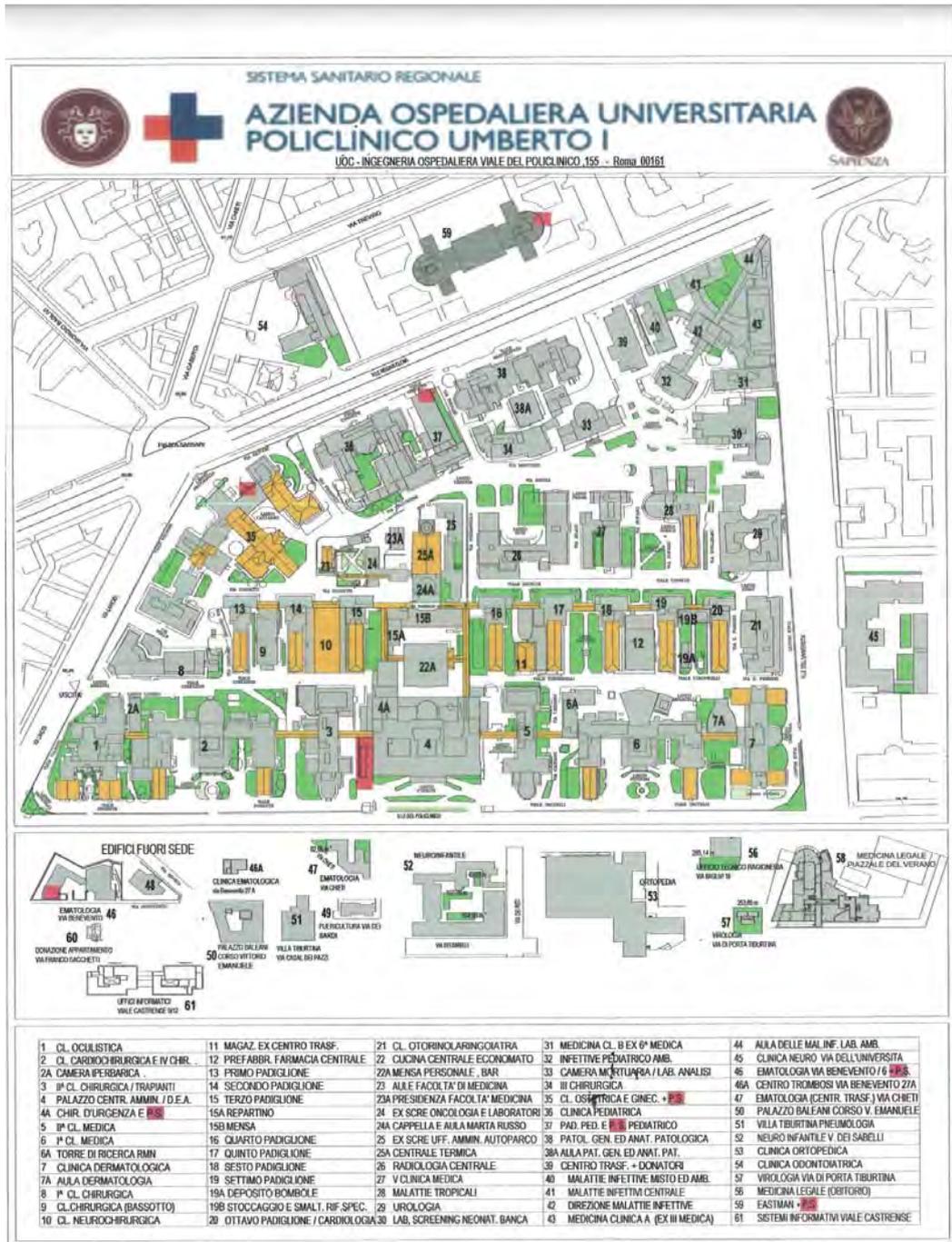
Gli immobili utilizzati dall'Azienda e destinati ad usi assistenziali, sono stati trasferiti con Atto del 15/10/2009 dall'Agenzia del Demanio all'Università degli Studi di Roma "Sapienza" che ha concesso l'utilizzo, con successivo Atto del 20/12/2010, all'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, disciplinandone le modalità d'uso (assistenziale perpetuo) e di manutenzione.

Gli immobili di proprietà derivano da un lascito del 2010 (atto notarile rep. N. 6817 e raccolta n. 4567 del 03/11/2010) a favore del reparto di pediatria dell'Azienda, in conseguenza di un testamento olografo. Il patrimonio immobiliare è pertanto costituito da: a) appartamento sito in via Franco Sacchetti n. 127 scala sinistra interno 7 (foglio 273, particella 1883, sub 76, zona censuaria 4, categoria A/2, classe 3, vani 5, rendita catastale € 1.213,67 – valore € 472.068); b) box n. 14 sito in via Franco Sacchetti n. 135 (foglio 273, particella 1881, sub 58, zona censuaria 4, categoria C/6, classe 8, mq. 22, rendita catastale € 214,74 – valore € 99.050).

La consistenza del patrimonio è rappresentata nello stato patrimoniale allegato all'ultimo bilancio di esercizio approvato. Nel Protocollo d'Intesa, stipulato in data 10 febbraio 2016 tra Sapienza Università di Roma e Regione Lazio e pubblicato sul BURL n. 49/2016 si è stabilito di specificare anche le modalità di ripartizione delle spese di gestione per il reciproco utilizzo dei locali e delle attrezzature.

Gli edifici su cui insistono le attività dell'Azienda sono elencati e mappati nel prospetto presentato di seguito. La maggior parte di essi si trova all'interno delle mura perimetrali del PUI. La planimetria descrive separatamente gli edifici "fuori sede" distinguendo gli edifici situati all'interno della città universitaria da quelli dislocati esternamente, anche in zone di Roma distanti dal corpus principale del PUI.

Relativamente all'edificio dell'ex presidio ospedaliero George Eastman, dopo la riacquisizione in proprietà da parte della ASL RM1, a seguito di quanto disposto dalla DGR n. 808 del 29/11/2017, è in corso la procedura per la definizione del contratto in comodato d'uso gratuito.





#### Art. 4 - MISSIONE

Il PUI, quale ente strumentale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e in coerenza agli indirizzi programmatori della Regione Lazio, concorre a garantire l'assistenza sanitaria per il territorio regionale e garantisce l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico anche in ambito sovregionale in quanto hub e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

Il PUI, in quanto sede di riferimento per le Facoltà di Medicina e Odontoiatria e Farmacia e Medicina, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca concorrendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università anche attraverso la valorizzazione del personale in formazione.

Il PUI organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente che attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione regionale, favorendo il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione ed adozione di nuove tecnologie nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi.

Il PUI assicura lo svolgimento delle proprie attività istituzionali nella prospettiva di:

- assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo i principi di qualità e sicurezza delle cure e del rispetto dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- perseguire la soddisfazione dei bisogni complessivi di salute delle persone che si rivolgono ad essa;
- creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

Gli obiettivi aziendali, intesi quali risultati concreti che le aziende devono raggiungere per realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione sanitaria regionale e assegnati ai direttori generali all'atto del conferimento del loro incarico, armonizzando gli obiettivi di programmazione assistenziale con quella universitaria. Tali obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente l'autonomia imprenditoriale, di cui l'atto aziendale è strumento.

#### Art. 5 – VALORI

Rappresentano i principi che orientano le azioni e i comportamenti di tutti coloro che, a vario titolo, operano nel PUI e contribuiscono al compimento della sua missione. Il PUI, quale parte del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed in relazione alla sua matrice istituzionale di integrazione con l'Università, adotta i seguenti valori di riferimento:

##### ✓ Centralità della Persona

- Individuare correttamente dei bisogni di salute nella loro globalità, pianificando un programma assistenziale attento ai bisogni "specifici" della singola persona assistita;
- Realizzare una risposta assistenziale che coniuga l'elevato livello professionale e tecnico-scientifico agli aspetti relazionali e all'umanizzazione dell'assistenza;
- valorizzare il ruolo degli assistiti nelle politiche di miglioramento della qualità;



- diffondere la cultura dell'*empowerment* quale strumento per consentire di compiere, in modo libero e consapevole, le scelte e le azioni che riguardano il proprio stato di salute;
- garantire una informazione trasparente sull'utilizzo e valorizzazione delle risorse assegnate.

✓ **Equità**

- Rendere disponibili e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni offerte;
- Garantire, in base al bisogno, pari opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda;
- Ridurre la variabilità dell'assistenza allineando le competenze professionali richieste a standard di eccellenza e monitorandone l'aderenza nella pratica clinica;
- Garantire l'accesso alle attività erogate in qualità di centro hub, sviluppando modalità organizzative capaci di rispondere alle richieste attraverso la creazione di "reti";
- Contribuire al superamento di barriere ideologiche, culturali, sociali e religiose.

✓ **Qualità dell'attività assistenziale**

- Implementare percorsi clinico-assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, evidence-based, sicura nonché ispirata al principio delle cure progressive;
- Adeguare con continuità il servizio prodotto ai bisogni della persona assistita, agli obiettivi fissati e alle priorità dell'Azienda, allo scopo di assicurare la compatibilità delle azioni e dei risultati con gli impegni assunti, tenendo in considerazione i risultati del monitoraggio degli outcome e della soddisfazione degli assistiti;
- Offrire prestazioni in condizione di tutela del rischio legato a possibili fattori ambientali relativamente agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia nei confronti dell'utente che dell'operatore;
- Garantire la corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi decisionali clinici ponendo la massima attenzione al trattamento dei dati concernenti lo stato di salute della persona assistita.

✓ **Qualità dell'attività amministrativa**

- Adottare procedure amministrative volte a prevenire e ridurre i rischi dell'attività amministrativa e a garantire la massima efficienza, assicurandone l'uniformità di applicazione e l'integrazione a livello aziendale;
- Utilizzare le innovazioni tecnologiche, informatiche e gestionali come strumento per conseguire la semplificazione dell'attività amministrativa e la coerenza dei comportamenti degli uffici e servizi;
- Adottare i principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità quali principi guida dell'azione amministrativa.

✓ **Didattica e formazione**

- Rappresentare sede qualificata per la formazione specifica di SAPIENZA garantendo lo svolgimento delle funzioni didattiche previste dai percorsi formativi dei corsi di laurea e di specializzazione, attivati principalmente dalle Facoltà di Medicina e Odontoiatria e di



Farmacia e Medicina, anche integrando e valorizzando il personale del SSN in possesso dei necessari requisiti di qualificazione scientifica e professionale;

- Promuovere ed investire nel sistema di formazione continua del personale allo scopo di garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali in sintonia con il progresso tecnico-scientifico relativo agli ambiti specifici di ogni professionalità coinvolta nei diversi processi clinici, assistenziali e amministrativi.

#### ✓ Ricerca e innovazione

- Promuovere l'attivazione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative collegate allo sviluppo dell'attività di ricerca in stretta collaborazione con l'Università e con altre strutture regionali, nazionali ed internazionali;
- Promuovere l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi;
- Riconoscere il valore della ricerca clinica e gestionale, sia finalizzata che attivata sulla base di specifici progetti, assicurando equivalenti opportunità e modalità di partecipazione sia al personale universitario che a quello ospedaliero;
- Assicurare lo sviluppo delle attività di ricerca presso le proprie articolazioni organizzative anche attivando specifiche funzioni di promozione, coordinamento e monitoraggio;
- Valorizzare il patrimonio biomedico, conoscitivo e gestionale derivante dell'assistenza erogata a sostegno dell'attività di ricerca ed innovazione.

#### ✓ Eticità

- Riconoscere la rilevanza delle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi nei rispettivi ambiti anche attraverso la creazione di organismi dedicati.

#### ✓ Trasparenza

- Assicurare visibilità e chiarezza nei rapporti sia interni che esterni, in una logica di responsabilità dei risultati così da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- Sviluppare un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione, verso l'interno e verso l'esterno, garantendo massima trasparenza verso il cittadino e le forze sociali, politiche ed economiche del territorio in cui opera;
- Rendere visibile e comprensibile il processo decisionale, all'interno e all'esterno dell'Azienda, attraverso la disponibilità al confronto e la definizione di regole esplicite.

### Art. 6 - VISIONE

L'Azienda intende:

- ✓ Realizzare la piena integrazione nel SSR, concorrendo con le altre Aziende Sanitarie nonché con gli altri Soggetti Istituzionali e non, all'erogazione dell'assistenza;



- ✓ Ricoprire il ruolo istituzionale di "Azienda di riferimento regionale", declinato nell'ambito dell'alta specialità, della didattica, della ricerca e dell'innovazione gestionale e tecnologica. Ciò è garantito dal sistema integrato di competenze avanzate consentito dalla sinergia con l'Università;
- ✓ Consolidare e sviluppare il ruolo dell'Azienda come nodo della rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti.



## TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI, ORGANISMI E COMITATI

### Art. 7 – GLI ORGANI DELL’AZIENDA

Sono organi istituzionali dell’Azienda Ospedaliero-universitaria Policlinico Umberto I, ai sensi dell’art 3 quater del D.Lgs. 502/92 s.m.i. e dell’art 4 del D.Lgs. 517/99:

- a) il Direttore Generale;
- b) l’Organo di Indirizzo;
- c) il Collegio Sindacale;
- d) il Collegio di Direzione.

#### Art. 7.1 – IL DIRETTORE GENERALE

Il **Direttore Generale** nominato dal Presidente della Giunta Regionale con proprio decreto, d’intesa congiunta con il Rettore di SAPIENZA, secondo la normativa vigente, è l’organo dell’Azienda cui competono tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell’Azienda, di cui ha la responsabilità della gestione complessiva. Riveste, inoltre, la qualifica di datore di lavoro ex d.lgs 81/2008 e s.m.i.

E’ coadiuvato, nell’esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni nelle forme della direzione strategica, dell’indirizzo, del coordinamento e del controllo, assume la responsabilità della gestione complessiva dell’Azienda, come espressamente previsto dall’art. 3, comma 1 quater, del d.lgs n. 502/92 e s.m.i. E’ responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell’Azienda nonché dell’attività assistenziale complessiva.

Esercita le funzioni di programmazione e di indirizzo strategico attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, in relazione alle finalità dell’Azienda, nel rispetto dei principi di imparzialità e di trasparenza, nonché dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione aziendale.

Le funzioni attribuite al Direttore Generale si distinguono in funzioni connesse direttamente al governo complessivo dell’Azienda e funzioni di gestione e possono essere, in tutto o in parte, delegabili al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e agli altri dirigenti del PUI che in conseguenza della delega, si assumono le connesse responsabilità.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione ("di governo") e quelle connesse alla funzione di datore di lavoro ancorché integrata con le deleghe al personale dirigenziale per la medesima funzione, mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative del PUI, mediante adozione di atti e/o provvedimenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati.



Spettano, in particolare, al Direttore Generale:

- a) Tutti i poteri di governo e gestione dell'Azienda;
- b) La nomina di: Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario (e loro eventuale revoca con provvedimento motivato), Collegio di Direzione, Organismo Indipendente di Valutazione, Collegi Tecnici, Collegio Sindacale, Consiglio dei Sanitari;
- c) Le attività di pianificazione e controllo da attuare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale attraverso la definizione del Piano Strategico Triennale del PUI; l'adozione di direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione dell'Azienda; l'adozione dei provvedimenti attuativi del D.Lgs.n.286 del 30.07.1999 in materia di disciplina dei controlli interni; la definizione dei criteri di valutazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario; la verifica di rispondenza dei risultati di gestione alle direttive generali impartite, con il supporto degli organismi di controllo a ciò espressamente preordinati;
- d) L'adozione dell'Atto Aziendale, previa intesa con il Rettore di SAPIENZA per quanto concerne le strutture di cui all'art. 3, commi 2 e 3, del d. lgs. 517/99 e secondo quanto previsto dal comma 2 dell'art. 15 del Protocollo di intesa (DCA 208/16);
  - a) La promozione dei valori aziendali a garanzia dell'impegno dell'Azienda a perseguire le condizioni per il miglioramento continuo del servizio offerto;
  - b) L'adozione dei provvedimenti interni di carattere generale per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento dell'Azienda;
  - c) La responsabilità della sicurezza dei lavoratori secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 81 del 09.04.2008;
  - d) L'adozione di tutti i provvedimenti che la normativa, ivi compresi i Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro (CC.NN.LL.), attribuisce alla competenza del Direttore Generale in quanto titolare della funzione di governo dell'Azienda, nonché tutte le competenze gestionali, non riconducibili alle competenze di governo, che, in ragione della loro specifica attinenza ai procedimenti di attuazione tecnica, organizzativa ed operativa, sono connesse e conseguenti all'esercizio delle attività di governo e comunque necessarie al funzionamento dell'Azienda per il conseguimento dei risultati programmati.

Le competenze del Direttore Generale possono – in caso di assenza o impedimento – essere delegate al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario; in mancanza di delega, le medesime funzioni sono svolte dal direttore più anziano per età ai sensi dell'art. 3, c. 6 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

I provvedimenti assunti dal Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni di governo e di gestione complessiva dell'Azienda sono atti amministrativi disciplinati dal diritto pubblico, assumono la forma della deliberazione e sono soggetti ai controlli interni ed esterni previsti dalla legge.

Insieme al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, costituisce la Direzione Strategica Aziendale.

#### Art. 7.2 – L'ORGANO DI INDIRIZZO

L'**Organo di Indirizzo**, in attuazione di quanto previsto dall'art. 4 comma 4 del D.Lgs. 517/99 e dall'art. 9 del Protocollo d'intesa (DCA 208/16) ha funzioni di garantire la coerenza e l'integrazione della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e ricerca scientifica dell'Università.



La composizione dell'Organo di Indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, è stabilita nel Protocollo d'Intesa stipulato in data 10 febbraio 2016, tra Sapienza Università di Roma e Regione Lazio e pubblicato sul BURL n.49/2016. Il Presidente è scelto all'interno del medesimo Organo ed è nominato dalla Regione d'intesa con il Rettore. I componenti dell'Organo di Indirizzo sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, durano in carica quattro anni e possono essere confermati. Sono membri di diritto dell'Organo di indirizzo i Presidi delle Facoltà di Medicina. Non possono far parte dell'Organo di Indirizzo né i dipendenti dell'Azienda, né altri componenti delle Facoltà di Medicina.

Il Presidente dell'Organo di Indirizzo lo convoca, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno.

Il Direttore Generale partecipa ai lavori dell'Organo di Indirizzo senza diritto di voto.

All'Organo di Indirizzo possono partecipare il Rettore ed il Presidente della Regione.

#### Art. 7.3 – IL COLLEGIO SINDACALE

Il **Collegio Sindacale** (previsto dall'art. 3-ter del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dall'art. 4, comma 3, D.Lgs. 517/1999) è un organo collegiale, titolare della funzione di controllo istituzionale relativa all'andamento delle attività dell'Azienda e dalla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità e di economicità, con particolare riferimento agli aspetti economico-finanziari.

Il Collegio dura in carica tre anni ed è composto da tre membri nominati secondo quanto previsto dall'art. 13 del Patto per la salute 2014-2016 e dall'art.8 del vigente Protocollo d'Intesa (DCA 208/16).

Il Presidente del Collegio viene eletto dai suoi componenti all'atto della prima seduta.

Ai membri del Collegio Sindacale spetta un'indennità annua lorda nella misura prevista dalla legislazione vigente.

Il Collegio Sindacale esercita, in ottemperanza a quanto espressamente previsto dalla legge, le seguenti funzioni di vigilanza e controllo:

- vigila sull'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- 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;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

Il Collegio Sindacale esercita le proprie funzioni collegialmente e, pertanto, le attività da svolgere richiedono che le relative decisioni siano prese a maggioranza assoluta. Ad ogni sindaco, individualmente, è consentito procedere ad un'attività di ispezione e controllo, ossia ad iniziative di carattere istruttorio, propedeutiche all'assunzione di decisioni che rimangono comunque sempre collegiali.

Per quanto non previsto, si fa espresso rinvio alle disposizioni contenute nell'art. 3ter del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.



#### Art. 7.4 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE

Il **Collegio di Direzione**, previsto dall'art. 17 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., è l'organo tecnico collegiale con funzioni consultive che concorre al governo delle attività cliniche e che partecipa alla programmazione delle attività integrate nonché alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle Aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche

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

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata;
- Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- Responsabile della Farmacia.

In rapporto a singoli argomenti trattati, potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di Dirigenti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza.

Partecipano alle riunioni i Presidi delle Facoltà di Medicina e il Magnifico Rettore, se invitato.

#### Art. 8 – LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla Direzione Strategica dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza per quanto attiene l'area dei servizi sanitari e, rispettivamente, l'area dei servizi amministrativi, incluso le articolazioni degli stessi dislocate nelle strutture sanitarie. Concorrono, inoltre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione aziendale.

#### Art. 8.1 – IL DIRETTORE SANITARIO

Il **Direttore Sanitario** è nominato dal Direttore Generale, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs.502/1992 e s.m.i., e risponde allo stesso del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnategli. Dirige i servizi sanitari dell'Azienda e svolge le funzioni assegnate dalla normativa vigente.

Oltre allo svolgimento, su delega del Direttore Generale, delle funzioni connesse direttamente allo sviluppo della governance clinica, il Direttore Sanitario:



- esprime parere sulle proposte di atti deliberativi del Direttore Generale ai fini organizzativi e igienico-sanitari, nonché su ogni altra questione che gli venga sottoposta dal Direttore Generale;
- dirige tutti i servizi sanitari dell'Azienda ai fini organizzativi e igienico - sanitari, nelle forme della programmazione, della direttiva, dell'indirizzo, del coordinamento e del controllo proprie della funzione di governo;
- è titolare della responsabilità sanitaria dell'Azienda sul piano igienico-organizzativo e, in tale veste, si avvale della collaborazione dei Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata, per quanto concerne gli adempimenti inerenti alle strutture operative, nel rispetto delle loro attività istituzionali;
- coordina le iniziative e gli strumenti predisposti dalla Direzione Generale con il coinvolgimento del Collegio di Direzione per la realizzazione degli obiettivi del governo clinico;
- coordina le iniziative e gli strumenti predisposti dalla Direzione Generale con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, nel più ampio quadro delle finalità proprie del sistema di sicurezza adottato dall'Azienda per conseguire l'obiettivo di circoscrivere il rischio clinico e le sue implicazioni, nell'interesse dei pazienti, degli operatori e dell'Azienda stessa;
- garantisce, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, il rispetto della disciplina sui livelli essenziali di assistenza, la corretta tenuta delle liste di attesa, la trasparenza e l'equità dell'accesso alle prestazioni di ricovero e specialistiche, la tempestività e la corretta esecuzione dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche ai fini della continuità dell'assistenza;
- coordina l'attuazione delle iniziative assunte dalla Direzione Generale con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, in ordine allo sviluppo, alla qualificazione e all'appropriatezza d'uso delle risorse professionali, della strumentazione, delle strutture e degli spazi assistenziali;
- sovrintende alla Farmacia aziendale;
- coordina le funzioni dirette a regolamentare, organizzare e controllare l'attività libero-professionale intramuraria;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli da leggi e/o regolamenti;
- è componente di diritto del Collegio di Direzione e del Comitato Etico e presiede il Consiglio dei Sanitari.

#### Art. 8.2 – IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il **Direttore Amministrativo** è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs.502/92 e s.m.i. e risponde del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnate. Dirige i servizi amministrativi dell'Azienda e svolge le funzioni assegnate dalla normativa vigente.

Oltre allo svolgimento, su delega del Direttore Generale, delle funzioni connesse direttamente allo sviluppo della governance amministrativa, il Direttore Amministrativo:

- esprime parere sulle proposte sugli atti deliberativi del Direttore Generale per gli aspetti o le materie giuridiche e amministrative, nonché su ogni altra questione che gli venga sottoposta dal Direttore Generale;



- dirige i servizi amministrativi dell'Azienda nelle forme della programmazione, della direttiva, dell'indirizzo, del coordinamento e del controllo proprie della funzione di governo;
- orienta la funzione di direzione dei servizi amministrativi al perseguimento del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa, al rispetto del principio di legalità e di economicità, al corretto governo economico-finanziario, alla corretta e tempestiva adozione degli atti amministrativi e di gestione, alla correttezza, completezza, semplificazione e trasparenza della documentazione amministrativa;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli da leggi e/o regolamenti;
- è componente di diritto del Collegio di Direzione.

## **Art. 9 – GLI ORGANISMI, I COMITATI, LE COMMISSIONI**

### **Art. 9.1 – IL CONSIGLIO DEI SANITARI**

Il **Consiglio dei Sanitari** è un organismo elettivo, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal Direttore Sanitario e costituito con provvedimento del Direttore Generale. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

La composizione, le modalità di elezione ed il funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinate da un apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, comma 12, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i e dall'art. 8.1.1 del DCA 259/2014.

Nella composizione del Consiglio deve essere assicurata, in proporzione, la rappresentanza universitaria del personale dirigente sanitario con funzioni apicali, del personale dirigente sanitario non apicale e del personale tecnico laureato.

### **Art. 9.2 – L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

L'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** è istituito ai sensi dell'art. 14 del d.lgs 150/09 così come recepito con Legge della Regione Lazio n. 1/2011.

I componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione vengono nominati dal Direttore Generale e durano in carica tre anni.

Le modalità di funzionamento sono disciplinate in apposito regolamento.

L'Organismo si avvale di un'apposita struttura tecnica di supporto, le cui funzioni sono disciplinate dall'art.16 della L.R. n. 1/2011, istituita con deliberazione del Direttore Generale e senza maggiori oneri per il bilancio dell'Azienda.

L'Organismo inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne all'Azienda per ottenere necessari strumenti di analisi e reporting.



#### Art. 9.3 – IL COMITATO ETICO

Il **Comitato Etico** è l'organismo che autorizza la sperimentazione sull'uomo di specifici interventi diagnostici e terapeutici, previa valutazione globale dei progetti sul piano etico, medico-scientifico, statistico e metodologico.

Il Comitato Etico è nominato dal Direttore Generale ed è disciplinato, nella sua attività ed autonomia, da apposita normativa nazionale DM 8.2.2013 (Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici) e regionale e da proprio regolamento aziendale adottato dal Direttore Generale.

Il Comitato Etico affronta in modo multidisciplinare tutta l'attività connessa con la sperimentazione clinica, rivolgendo un ruolo di particolare attenzione non solo alla fase di autorizzazione iniziale, ma anche a quelle successive ovvero "in itinere" e di valutazione sulle conclusioni.

#### Art. 9.4 – IL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG)

Il **Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le Discriminazioni (CUG)** è costituito senza nuovi o maggiori oneri di spesa e sostituisce, unificandone le competenze in un solo organismo, i Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati Paritetici per il contrasto al Fenomeno del Mobbing.

L'Azienda disciplina le modalità di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia in ottemperanza alla Direttiva del 4 marzo 2011 emanata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", ai sensi del comma 4, art. 57 del D.L.vo n.165/2001 e ss.mm.ii.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione. Il Presidente è designato dal Direttore Generale.

L'Azienda si impegna ad adottare tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e alla violenza morale o psichica.

#### Art. 9.5 – LA COMMISSIONE PER IL PRONTUARIO TERAPEUTICO

Il DCA 480/2013 "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio" ha previsto interventi e azioni di Razionalizzazione della spesa farmaceutica tra cui rivestono particolare importanza l'attuazione di percorsi terapeutici per categorie di farmaci alto spendenti, la revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero e la razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale.

Il PUI istituisce la Commissione per il Prontuario Terapeutico ospedaliero (CPTO), presieduta dal Direttore Sanitario, preposta alla stesura e all'adozione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO), al relativo aggiornamento nonché ad assicurarne la corretta applicazione secondo la regolamentazione e le procedure stabilite a livello regionale e locale.



Inoltre, alla Commissione compete:

- effettuare il monitoraggio dei consumi dei medicinali per categoria terapeutica, principio attivo e area clinica o reparto e, sulla base dei consumi rilevati, predisporre specifici protocolli di impiego diffondendoli ai medici/reparti interessati;
- analizzare gli usi off-label diffusi e sistematici in ambito aziendale;
- raccogliere informazioni ed effettuare analisi sull'utilizzo di farmaci specifici non in PTO;
- produrre rapporti periodici sulla propria attività svolta;
- proporre l'inserimento di nuovi medicinali in PTO.

Il Direttore della Farmacia è componente obbligato della Commissione. Per la trattazione di specifici argomenti, la CPTO può avvalersi di esperti individuati dalla stessa, senza maggiori oneri per il bilancio dell'Azienda.

La composizione e il funzionamento del Comitato sono disciplinati da un apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

#### Art. 9.6 – IL COMITATO BUON USO DEL SANGUE

Il Comitato aziendale per il buon uso del sangue ha il compito di:

- definire sistemi di valutazione del consumo di sangue nelle singole Unità operative al fine di promuovere la corretta indicazione alla terapia trasfusionale, secondo il principio del corretto rapporto rischio/beneficio;
- elaborare linee guida in materia di terapia trasfusionale;
- verificare la qualità delle cure prestate e l'efficacia della terapia trasfusionale;
- promuovere l'adozione di programmi attuativi di terapia alternativa all'uso del sangue omologo (quali l'auto-trasfusione con pre-deposito, l'emodiluizione normovolemica, il recupero peri-operatorio),
- concorrere alla realizzazione di programmi di sensibilizzazione all'uso mirato del sangue e degli emoderivati.

I referenti istituzionali del Comitato sono Il Direttore Sanitario e il Direttore del Servizio Immunotrasfusionale del PUI.

La composizione e il funzionamento del Comitato sono disciplinati da un apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

#### Art. 9.7 – IL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CICA)

Preso atto delle Circolari del Ministero della Salute n. 52 del 1985 e n.8 del 1988 e delle successive integrazioni, il PUI istituisce il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) quale strumento efficace per garantire la sicurezza del paziente durante la sua permanenza in ospedale attraverso un approccio gestionale e di controllo del rischio infettivo riferito in modo globale a pazienti, operatori sanitari e visitatori, e diffuso a tutti i livelli del processo assistenziale.

Il CICA svolge compiti di verifica e sorveglianza, coordinamento ed indirizzo nella lotta contro le infezioni correlate all'assistenza; programma e promuove interventi di formazione ed informazione su



argomenti specifici per il personale sanitario aziendale; garantisce l'aderenza delle iniziative intraprese e dei documenti prodotti, alle attuali conoscenze scientifiche (EBM) e agli standard previsti.

Il Comitato è presieduto dal Direttore Sanitario. La composizione del Comitato è interdipartimentale e ha lo scopo di garantire la convergenza di professionalità e competenze di carattere scientifico, assistenziale e gestionale diverse, coinvolgendo le seguenti figure: infettivologo, farmacista, microbiologo, risk manager, referente area medica, referente area chirurgica, referente area dell'emergenza, referente Dipartimento delle Professioni sanitarie.

La composizione e il funzionamento del Comitato sono disciplinati da un apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

#### Art. 9.8 – IL COMITATO PER L'OSPEDALE SENZA DOLORE

Il PUI considera il trattamento del dolore un intervento di primaria importanza.

Il Comitato Ospedale Senza Dolore, in linea con quanto stabilito dalle linee guida ministeriali inerenti al progetto "Ospedale senza dolore" (Accordo Stato Regioni e Province autonome del 24/5/2001 pubblicato sulla GU serie gen. n. 149/2001) e dalla legislazione ospedaliera regionale del Lazio, svolge i seguenti compiti: la rilevazione corretta e costante del sintomo dolore con scale validate e di semplice applicazione e comprensione; trattamenti pronti e corretti in base a protocolli elaborati sulla base delle evidenze; il monitoraggio dell'uso dei farmaci analgesici; il potenziamento dei servizi di terapia del dolore; la formazione del personale; l'informazione della popolazione; la verifica dei risultati.

La composizione e il funzionamento del Comitato sono disciplinati da un apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

#### Art. 9.9 – IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CAVS)

Il Comitato svolge attività di natura collegiale e multidisciplinare. Il CAVS è deputato ad esprimere parere sulle richieste di risarcimento danni per presunta responsabilità professionale sanitaria formulate nei confronti del PUI. La composizione e il funzionamento del Comitato sono disciplinati da un apposito regolamento redatto sulla base delle Linee guida della Regione Lazio (Determinazione Regionale n. G09535 del 02/07/14), adottato dal Direttore Generale.

Le funzioni principali relativamente alla gestione dei sinistri aziendali sono le seguenti:

- Valutazione sinistri allo scopo di individuare il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
- Definizione strategia condivisa della gestione del sinistro;
- Valutazione possibile impatto economico;
- Valutazione di tipologia ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi anche in ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
- Formulazione di parere e/o proposta sulla definizione del sinistro.



### TITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO

#### Art. 10 – ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'Atto Aziendale è stato elaborato considerando la natura giuridica del Policlinico Umberto I di Roma quale Azienda Ospedaliero-Universitaria, nella quale trovano necessaria ed ineludibile compenetrazione le attività di didattica e di ricerca e le attività assistenziali.

Ai sensi dell'art. 3, commi 2, 3 e 7 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 e dell'art. 17bis del d.lgs. 502/92, la struttura organizzativa dell'Azienda si fonda sull'organizzazione dipartimentale e si concretizza attraverso l'istituzione di Dipartimenti ad Attività Integrata, che garantiscono i collegamenti tra assistenza, didattica e ricerca, di Dipartimenti Assistenziali e di Dipartimenti Amministrativi.

L'assetto organizzativo complessivo è suddiviso nelle tre macro-articolazioni:

- Aree di Governo Aziendale;
- Strutture Operative Cliniche;
- Strutture Operative Amministrative, Professionali e Tecniche.

L'assetto organizzativo generale delineato tiene conto degli indirizzi generali impartiti dalla Regione Lazio con DCA U00259 del 6 agosto 2014 "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", nonché della legislazione regionale generale in materia di organizzazione e funzionamento di enti ed aziende del SSR di cui in particolare alla L.R. 18/1994 come modificata e integrata e, naturalmente, del d.lgs. 517/99, recante la disciplina dei rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e Università, a norma dell'art. 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419 e del Protocollo di intesa (DCA 208/16).

Rispetto all'assetto organizzativo precedente, la nuova organizzazione delineata nell'Atto Aziendale, realizzata in un'ottica di razionalizzazione e contenimento dei costi, nonché di ottimizzazione delle risorse umane e strumentali, prevede una sensibile riduzione delle articolazioni organizzative, individuate in base a criteri di natura economico-finanziaria, clinica ed epidemiologica, nel rispetto dei provvedimenti varati dalla Regione Lazio in attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo economico-finanziario e in particolare delle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007 e DCA n. U00052 del 22.2.2017 oltreché nel rispetto del DCA U00291 del 18 luglio 2017, di integrazione del DCA n. U00257/2017 "Attuazione programma operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del documento tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel D.M. 70/2015".

Per quanto riguarda l'organizzazione delle strutture operative cliniche, l'assetto organizzativo del PUI si articola in 11 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) ai quali fanno riferimento 80 Unità Operative Complesse (UOC) e 50 Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD). Con la cessazione degli attuali titolari di incarico di direzione, prevista entro l'Anno Accademico 2020/2021, i DAI saranno ridotti a 10 (per l'accorpamento del DAI Chirurgia Generale e Day surgery con il DAI Chirurgia generale e Chirurgia plastica) e le UOC a 68. Le strutture (complesse, semplici dipartimentali e semplici) ricomprese nel DAI risultante dall'accorpamento dei due DAI chirurgici sopramenzionati saranno



ridenominate in funzione del passaggio in un DAI unico, rispettando comunque il numero massimo di strutture stabilite dal presente Atto Aziendale.

In prima applicazione, per ciascuna struttura organizzativa afferente ai DAI, è stato definito se trattasi di struttura a direzione universitaria o a direzione SSR, ferma restando la facoltà da parte del Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, di modificare la connotazione della direzione/responsabilità delle strutture medesime sulla base di una diversa futura programmazione.

Nel triennio di validità dell'Atto Aziendale, il Direttore Generale si riserva la facoltà di modificare i contenuti professionali e organizzativi, nonché la denominazione, delle strutture semplici, previa intesa con il Rettore, fermo restando il loro numero complessivo stabilito dal presente Atto, che non potrà comunque mai essere superato.

L'Organigramma dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I è allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto.

#### **Art. 11 – AREE DI GOVERNO AZIENDALE**

L'organizzazione dipartimentale è adottata anche per quanto riguarda le aree di governo aziendale. Le articolazioni organizzative complesse, semplici dipartimentali e semplici che le compongono sono individuate nell'Organigramma allegato al presente Atto Aziendale.

Per quanto concerne il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi si fa espresso riferimento al Regolamento aziendale.

##### **Art. 11.1 – LE FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE**

L'Azienda si avvale di Unità Operative di staff a supporto delle proprie funzioni strategiche per sviluppare e sostenere particolari e specifiche esigenze di coordinamento.

Sono in staff le Unità Operative amministrative e tecniche previste dalla legge, in linea con il principio di cui all'art. 3 del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., e quelle che rispondono a esigenze strategiche specifiche della Direzione Generale.

Le funzioni di staff, individuate in base ai criteri di cui all'art. 5.7 del DCA 259/2014, che fanno riferimento al supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance, alla trasversalità delle funzioni svolte, alle funzioni strategiche aziendali, sono ricondotte alle seguenti articolazioni organizzative:

- UOC Affari Generali;
- UOC Programmazione, Valutazione e Controllo;
- UOC Gestione Operativa delle Funzioni Strategiche;
- Struttura Tecnica Unità di Ricerca Clinica e Clinical Competence (URCCC);
- Struttura Tecnica MASTERPLAN.

Fanno capo alla Direzione Generale, inoltre, le seguenti funzioni:

- Ufficio Medico competente e autorizzato;
- Servizio Prevenzione e Protezione;
- Gestione del contenzioso.



Le Strutture Tecniche afferenti a tutte le aree di governo aziendale sono articolazioni organizzative equiparate alle unità semplici dipartimentali (UOSD). La durata dell'incarico di responsabile di Struttura Tecnica, quando la stessa è istituita allo scopo di gestire uno specifico progetto, corrisponde al periodo necessario per il completamento dello stesso.

#### Art. 11.2 – IL DIPARTIMENTO ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

Il Dipartimento Organizzazione Ospedaliera è diretto dal Direttore Sanitario. E rappresenta lo snodo organizzativo di collegamento tra il livello strategico e il livello operativo in riferimento agli obiettivi assegnati nell'ambito della pianificazione e programmazione aziendale.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento Organizzazione Ospedaliera sono le seguenti:

- UOC Organizzazione Attività Sanitarie
- UOC Farmacia Ospedaliera;
- UOSD Risk Management;
- UOSD Fisica sanitaria;
- UOSD Psicologia ospedaliera;
- UOSD Coordinamento Donazioni, Prelievi e Trapianti d'organo;
- Struttura Tecnica Coordinamento Malattie rare.

#### Art. 11.3 – IL DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo è diretto dal Direttore Amministrativo e rappresenta lo snodo organizzativo di collegamento tra il livello strategico e il livello operativo in riferimento agli obiettivi assegnati nell'ambito della pianificazione e programmazione aziendale; fornisce linee di indirizzo e coordinamento delle attività concernenti alla gestione delle risorse economico-finanziarie e del personale nonché della gestione dei procedimenti amministrativi tesi alla acquisizione di nuove risorse e alla formazione dei professionisti come strumento attivo di crescita e di sviluppo; svolge funzioni orientate a definire le strategie e le modalità di espletamento delle gare d'appalto di lavori e opere di competenza, e di acquisizione di beni e servizi, sorvegliando sulla corretta esecuzione nel rispetto delle norme e delle procedure; inoltre garantisce la gestione appropriata, sicura ed efficiente di beni, strutture, reti e tecnologie; propone soluzioni innovative nell'ambito dei sistemi informatici sanitari e amministrativi.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento Tecnico-Amministrativo sono le seguenti:

- UOC Risorse economiche e finanziarie;
- UOC Amministrazione del personale;
- UOC Programmazione e sviluppo delle risorse umane;
- UOC Ingegneria clinica;
- UOC Tecnico-Patrimoniale;
- UOC Sanità digitale;
- UOC Beni e Servizi;
- UOSD Gestione attività ricettive no core.

Fanno capo al Dipartimento Tecnico-Amministrativo anche i Responsabili amministrativi dei Dipartimenti ad Attività Integrata le cui funzioni sono disciplinate da apposito regolamento. I



Responsabili amministrativi dei Dipartimenti ad Attività Integrata dipendono, pertanto, gerarchicamente dal Dipartimento Tecnico-Amministrativo e sono funzionalmente assegnati ai Dipartimenti ad Attività Integrata.

#### Art. 11.4 – IL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie è diretto dal Direttore delle Professioni Sanitarie e rappresenta lo snodo organizzativo di collegamento tra il livello strategico e il livello operativo in riferimento agli obiettivi assegnati nell'ambito della pianificazione e programmazione aziendale. E' struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nell'Azienda.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie:

- presiede alla funzione di governo aziendale dell'assistenza infermieristica ed ostetrica, tecnico-sanitaria e della prevenzione, riabilitativa e di supporto;
- partecipa alla definizione delle strategie aziendali sulle politiche di programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo dei diversi profili professionali;
- contribuisce all'individuazione e facilita l'attivazione di modelli organizzativi ed assistenziali innovativi;
- garantisce la qualità tecnica, organizzativa e relazionale delle attività e dei servizi di assistenza offerti nell'ottica della centralità dell'utente e della soddisfazione della domanda di assistenza.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento delle Professioni Sanitarie sono le seguenti:

- UOC Gestione delle Professioni Sanitarie;
- UOC Formazione delle Professioni Sanitarie;
- UOSD Unità Operativa a Gestione Infermieristica.

#### Art. 12 – STRUTTURE OPERATIVE CLINICHE

##### Art. 12.1 – I DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) sono istituiti, modificati o soppressi, dal Direttore Generale d'Intesa con il Rettore e organizzati mediante l'aggregazione al loro interno delle Aree Funzionali di Coordinamento, delle UOC, delle UOSD e delle UOS.

I DAI di cui all'Organigramma allegato al presente Atto sono individuati nel rispetto dei vincoli derivanti dalla Programmazione regionale e dalle norme vigenti nonché delle indicazioni del Protocollo d'intesa Regione-Università, del Piano di rientro, delle Linee guida di cui al DCA n.259/2014 e dei Programmi operativi.

Il DAI è costituito come centro di responsabilità e di costo e, in coerenza con le previsioni del vigente Protocollo d'Intesa, è l'articolazione organizzativa fondamentale dell'Azienda e costituisce l'elemento di riferimento per l'attribuzione delle responsabilità e per l'allocazione, la gestione e l'utilizzazione delle risorse destinate alla realizzazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, al fine del conseguimento degli obiettivi istituzionali dell'Università e del SSR.



Il DAI garantisce un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi e persegue il livello più elevato possibile di appropriatezza delle cure, mediante l'integrazione con i processi di didattica e di ricerca, nonché la tempestività e coerenza nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche.

Il Dipartimento ad Attività Integrata è costituito necessariamente da almeno sei strutture di cui almeno quattro complesse, ai sensi di quanto stabilito all'art. 1, comma 6 del DCA 259/14.

L'individuazione delle articolazioni organizzative che compongono il DAI risponde a criteri che scaturiscono:

- dalla necessità di razionalizzare i percorsi clinici e assistenziali per omogeneità di cure;
- dalla necessità di gestire in modo coordinato e condiviso specifiche tipologie di risorse;
- dall'afferenza ai settori scientifico disciplinari di cui all'articolo 1 del decreto ministeriale 23.12.99 e s.m.i..

I DAI sono strutture di carattere organizzativo-gestionale cui corrispondono diversi e complementari livelli di competenza, di autonomia decisionale, di responsabilità e di controllo.

I DAI sono dotati di autonomia operativa e gestionale nell'ambito degli obiettivi e delle risorse assegnati e sono titolari di budget.

Il PUI, nel disciplinare la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei DAI, persegue la finalità di:

- prevedere una composizione dei Dipartimenti che favorisca lo sviluppo dell'innovazione assistenziale, la continuità assistenziale, lo sviluppo professionale e la coerenza tra le attività assistenziali, didattica e di ricerca;
- assicurare la sinergia tra i piani di sviluppo aziendali e la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- prevedere e favorire lo sviluppo tecnologico.

#### Art. 12.1.1 – ORGANISMI DEL DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA

Gli organismi del DAI sono il Direttore ed il Comitato.

I criteri di composizione e nomina degli organismi dei D.A.I. nonché le funzioni e i compiti di detti organismi sono quelli previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale nonché dalle Linee guida della Regione Lazio in materia di dipartimenti ospedalieri, in quanto compatibili con la normativa universitaria, ferma restando l'opportunità di promuovere, ai fini di cui al precedente articolo, il coordinamento e la coerenza con i DD.UU. di riferimento, con specifico riguardo all'attività assistenziale d'interesse scientifico-didattico.

La durata e le modalità di funzionamento degli organismi del DAI, nonché le modalità elettive di componenti di tali organismi sono disciplinati con apposito regolamento, da adottarsi entro 60 giorni dall'adozione del presente atto, da parte del Direttore generale, tenuto conto della specifica tipologia organizzativa del DAI e dei principi sottesi alla sua istituzione, coerentemente con quanto previsto dall'art. 12 del vigente Protocollo d'intesa.



#### Art. 12.1.1.1 –IL DIRETTORE DEL DAI

Il Direttore del DAI è nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore ed è scelto tra i Direttori delle unità operative complesse di cui è composto il DAI, sulla base dei requisiti di capacità gestionale, organizzativi, esperienza professionale e curriculum scientifico, come disciplinato nel Regolamento aziendale per il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi.

L'incarico di Direttore DAI viene affidato ad uno dei Direttori di UOC afferenti al DAI, scelto tra una rosa di tre candidati proposta dalle Facoltà di Medicina di Sapienza Università di Roma afferenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I.

Il Direttore del DAI, durante il proprio mandato, mantiene la titolarità dell'Unità operativa complessa e/o dell'Area funzionale cui è preposto.

Nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 3, comma 5 del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., e coerentemente con quanto stabilito nel Protocollo d'intesa Regione-Università, il Direttore del DAI svolge le seguenti funzioni:

- assume responsabilità di tipo gestionale nei confronti del Direttore generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto delle necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattico-scientifiche;
- assicura l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero, anche per scopi di didattica e ricerca.

Il Direttore del DAI esercita le attività connesse all'incarico rivestito. Oltre, alla funzione di "dirigente" ai sensi e per gli effetti della lettera d) del comma 1 dell'articolo 2 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, assume, altresì, in sede di conferimento dell'incarico di Direttore del DAI, la "delega" dei poteri ascritti, ai sensi della lettera a) del citato comma 1, al datore di lavoro in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori, con riguardo alle strutture, al personale e ai percorsi afferenti il DAI.

Il Direttore DAI si avvale del Responsabile Amministrativo del DAI e del Responsabile Assistenziale del DAI, individuati come segue:

- Il Responsabile Amministrativo del DAI è nominato dal Direttore Generale, sentito il Direttore DAI.

L'incarico di Responsabile Amministrativo del DAI è conferito ai sensi del Regolamento allegato al presente Atto alle seguenti figure: a) i dipendenti universitari economicamente equiparati alla dirigenza; b) dipendenti del SSR di categoria D-DS.

Il Responsabile Amministrativo del DAI dipende funzionalmente dal Direttore DAI, restando la dipendenza organica di quest'ultimo in capo al Direttore Amministrativo, ed è assegnato al DAI per lo svolgimento delle funzioni e degli obiettivi specificamente affidati, coordinando in particolare i servizi amministrativi di pertinenza.

- Il Responsabile Assistenziale del DAI è nominato dal Direttore Generale. L'incarico è attribuito come disciplinato nel Regolamento per il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi allegato al presente Atto Aziendale.

Il Responsabile Assistenziale risponde al Direttore DAI ed è funzionalmente assegnato al DAI per lo svolgimento delle funzioni e degli obiettivi specificamente affidati, coordinando in



particolare i servizi assistenziali di pertinenza e assicurando modalità uniformi ed efficaci di erogazione dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica e riabilitativa.

L'attribuzione e la revoca degli incarichi di direzione delle strutture afferenti ai DAI è effettuata secondo quanto previsto dall'art. 15 comma 4 lettera g) del Protocollo di intesa 2016-2018, in base a quanto disciplinato agli art. 5 e 6 del D.Lvo 517/99.

#### Art. 12.1.1.2 –IL COMITATO DEL DAI

Il Comitato del DAI è presieduto dal Direttore di Dipartimento ed è costituito dai seguenti componenti di diritto:

- ✓ i Direttori delle unità operative complesse (UOC);
- ✓ i Responsabili delle unità operative semplici dipartimentali (UOSD);
- ✓ i Professori di I<sup>a</sup> fascia responsabili di Programmi di maggiore complessità;
- ✓ il Responsabile Assistenziale del DAI;
- ✓ il Responsabile delle Professioni Tecniche del DAI;
- ✓ il Responsabile Amministrativo del DAI (anche con funzioni di segreteria).

Ai membri di diritto si aggiunge la seguente categoria elettiva:

- ✓ i dirigenti medici e sanitari nonché il personale medico convenzionato, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti dagli appartenenti alle rispettive categorie secondo un criterio di proporzionalità tra le stesse e di rappresentatività delle strutture organizzative che non costituiscono componenti di diritto del Comitato.

Il Direttore sanitario ha facoltà di partecipare alle riunioni del DAI.

La componente elettiva del Comitato DAI deve comunque garantire il rispetto della proporzionalità tra le figure universitarie e del SSR, come previsto dall'art.12, comma 2 del Protocollo d'intesa Regione-Università.

Il funzionamento del Comitato DAI sarà disciplinata con apposito Regolamento, elaborato entro 60 giorni dalla entrata in vigore del presente Atto Aziendale.

#### Art. 12.2 – AREE FUNZIONALI DI COORDINAMENTO INTRA- O INTER-DIPARTIMENTALI

Le Aree Funzionali di Coordinamento Intra e Interdipartimentali sono istituite, modificate o soppresse dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore su proposta del/i Direttore/i del Dipartimento ad Attività Integrata interessato/i, nei casi in cui, senza che vi siano le condizioni per l'istituzione di un Dipartimento, occorra rafforzare l'integrazione gestionale tra strutture che condividono obiettivi e processi assistenziali comuni.

Sono articolazioni che possono essere costituite da strutture complesse, da strutture semplici a valenza dipartimentale e da strutture semplici articolazioni interne di UOC, al fine di realizzare specifici percorsi didattico-scientifico-assistenziali e gestionali.

L'incarico di Responsabile di Area Funzionale di Coordinamento è attribuito a uno dei Direttori delle UU.OO.CC. comprese nell'Area funzionale interessata come disciplinato nel Regolamento aziendale per il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi.



#### Art. 12.3 – UNITA' OPERATIVE COMPLESSE

Le Unità Operative Complesse (UOC) che compongono i singoli Dipartimenti ad attività integrata sono istituite, modificate o soppresse dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, se qualificate come essenziali per l'attività didattico-scientifica.

Le UOC hanno significativa dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, sono dotate di responsabilità di budget ed operano per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

L'incarico di Direzione di UOC è attribuito come disciplinato nel Regolamento aziendale per il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi.

L'incarico di direzione di UOC in cui vengono svolte attività cliniche "non vicariabili" in quanto necessarie per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università, è conferito dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore tenendo conto di quanto previsto dall'art. 5 del D.lgs. 517/99 e dall'art. 102 del DPR 382/1980 nelle parti non abrogate dall'art. 6 comma 4 del D.lgs 517/99 e dell'art. 5 del D.lgs 517/99.

Le UOC di cui all'Organigramma allegato al presente Atto sono individuate nel rispetto dei vincoli derivanti dalla Programmazione regionale e dalle norme vigenti nonché delle indicazioni del Protocollo d'intesa Regione-Università, del Piano di rientro, delle Linee guida di cui al DCA n. 259/2014 e dei Programmi operativi.

Nell'Organigramma sono indicate le UOC a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nel vigente Protocollo d'Intesa Regione Lazio – Sapienza Università di Roma, ferma restando l'intesa con il Rettore per le strutture qualificate come essenziali, per le esigenze delle attività di didattica e ricerca dei Corsi di Laurea delle Facoltà di Medicina, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. d) del d.lgs. 517/99.

Con periodicità biennale si procede alla valutazione delle situazioni di operatività ridotta, discontinua o limitata che possono determinare - previa verifica delle cause e ferma restando la necessaria intesa con il Rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini dell'attività di didattica e di ricerca – la modifica delle unità operative complesse individuate, nonché l'eventuale riposizionamento a unità semplici in particolare a valenza dipartimentale o a funzioni specializzate o soppressione.

Parimenti lo sviluppo di specifici settori di attività potrà dar luogo a nuove unità operative, la cui attivazione dovrà essere adottata a seguito di modifica dell'Atto Aziendale previa relativa approvazione da parte della Regione e dell'Università ai sensi dell'ultimo periodo del comma 3 dell'articolo 15, con la precisazione che la facoltà di rivedere gli Atti Aziendali è concessa con cadenza annuale, nonché nel rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture complesse e semplici deliberati dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012 con le specifiche sopra definite.

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza di un proprio organico commisurato al volume ed alla tipologia di attività erogate.



---

#### Art. 12.4 – UNITA' OPERATIVE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE e INTERDIPARTIMENTALE

**Le Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale o Interdipartimentale (UOSD)** sono istituite, modificate o soppresse dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, se qualificate come essenziali per l'attività didattico-scientifica.

L'incarico di Responsabile di UOSD è attribuito come disciplinato nel Regolamento aziendale per il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi.

Le UOSD sono articolazioni organizzative caratterizzate da un'adeguata dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, sono dotate di responsabilità di budget ed operano per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

**Le Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale** sono strutture che si configurano come articolazioni del DAI, non afferenti ad alcuna Unità Operativa Complessa, dotate di autonomia gestionale e con attribuzione di risorse umane, tecniche o finanziarie, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Direttore di Dipartimento.

**Le Unità Operative Semplici a valenza Interdipartimentale** sono strutture non afferenti ad alcuna Unità Operativa Complessa, dotate di autonomia gestionale e con attribuzione di risorse umane, tecniche o finanziarie, che si configurano come articolazioni organizzative a carattere interdipartimentale in quanto integrano funzioni di DAI diversi al fine di realizzare funzioni integrate. Nell'Organigramma è comunque individuato il DAI da cui la UOSD dipende.

Ogni UOSD deve poter contare sulla presenza di un proprio organico commisurato al volume ed alla tipologia di attività erogate.

#### Art. 12.5 – UNITA' OPERATIVE SEMPLICI

**Le Unità Operative Semplici (UOS)** sono istituite, modificate o soppresse dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, se qualificate come essenziali per l'attività didattico-scientifica.

L'incarico di Responsabile di UOS è attribuito come disciplinato nel Regolamento aziendale per il conferimento, la conferma, la revoca e la graduazione degli incarichi.

Le UOS sono articolazioni interne dell'Unità operativa complessa alle quali è attribuita la responsabilità limitata di gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate pertinenti alla UOC e del cui utilizzo ai fini del budget risponde al Direttore della UOC.

La Unità operativa semplice assicura un'attività specifica e pertinente a quella della UOC di cui costituisce una segmentazione e la cui attivazione è rilevante per il buon funzionamento della UOC di riferimento.

Ogni UOS deve poter contare sulla presenza di un proprio organico commisurato al volume ed alla tipologia di attività erogate.



---

**Art. 12.6 – INCARICHI DI RESPONSABILITA' DI PROGRAMMA (PRGM)**

Ai Professori di ruolo di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il Direttore Generale, sentito il Rettore, affida comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali, assimilati agli incarichi di direzione di struttura complessa.

Ai Professori di ruolo di seconda fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice, il Direttore Generale, sentito il Rettore, può affidare la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali, assimilati agli incarichi di direzione di struttura semplice.

**Art. 13 – STRUTTURE OPERATIVE AMMINISTRATIVE, PROFESSIONALI E TECNICHE**

I servizi amministrativi e tecnici dell'Azienda rappresentano le "strutture di supporto alla produzione", mediante le quali vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità di produzione.

La loro organizzazione è improntata ai principi di efficacia, efficienza, economicità, nonché a quello di flessibilità, per renderla funzionale agli obiettivi di volta in volta fissati dalla Direzione.

I servizi amministrativi e tecnici sono di supporto all'assistenza e sono organizzati secondo il modello dipartimentale, indispensabile per l'attuazione di processi organizzativi efficacemente integrati sia per quanto riguarda la gestione delle risorse umane, sia per quanto concerne l'utilizzo delle risorse materiali e patrimoniali. Il Dipartimento Tecnico Amministrativo assicura il supporto tecnico-operativo ai DAI sviluppando sinergie operative.



## TITOLO IV - STRUMENTI DI GOVERNO AZIENDALE

### Art. 14 – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA E IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E BUDGET

La pianificazione strategica è la funzione con la quale il Direttore Generale, con il supporto del Collegio di Direzione e la condivisione con SAPIENZA, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del PSR e degli obiettivi regionali, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l’Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell’assegnazione e negoziazione degli obiettivi e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento, avvalendosi delle funzioni previste dalla normativa vigente (D.Lgs. n. 286/1999).

Il processo di budgeting, il sistema di contabilità direzionale e il sistema di reporting sono gli strumenti di supporto di cui si avvale il sistema di programmazione controllo direzionale.

Il processo di budgeting, principale sistema operativo di programmazione, consiste nell’insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono stabiliti e pesati gli obiettivi annuali di performance dei Centri di Responsabilità aziendali, nel rispetto delle responsabilità e delle autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento.

Il sistema di contabilità direzionale è lo strumento operativo di supporto al processo decisionale. E’ composto da numerosi sottosistemi di rilevazione. La contabilità analitica, il principale di questi sottosistemi, rileva i costi e i ricavi dell’Azienda distinti per natura e per destinazione rispetto all’articolazione interna delle responsabilità aziendali e delle maggiori linee di attività in esse gestite.

Il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione e comunicazione delle misure di performance, elaborato periodicamente dagli uffici preposti. Si tratta di un sistema strutturato ed integrato di informazioni utilizzato a supporto delle attività di pianificazione e controllo, destinato a diffondere le informazioni, raccolte ed organizzate in modo selettivo, al fine di focalizzare l’attenzione sulle principali dimensioni di performance.

Il PUI, mediante l’applicazione dei sistemi sopra descritti e il loro progressivo affinamento, intende realizzare la più significativa espressione dell’integrazione operativa fra la Direzione Generale e tutte le articolazioni organizzative dando spazio e significato strategico alla responsabilizzazione diretta dei professionisti ed identificando nel contributo partecipativo degli stessi lo strumento essenziale per la qualificazione dell’offerta del servizio e per la realizzazione delle finalità istituzionali.

#### Art. 14.1 - IL PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA’

Il Piano triennale di attività, è predisposto dal PUI in linea con i provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale, indica gli obiettivi, comprensivi di misure e tempi, e le strategie, l’assetto organizzativo e le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi stessi nel periodo di vigenza del piano. Il Piano, in particolare, contiene l’indicazione:

- dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni assistenziali;
- delle modalità di funzionamento dei servizi;
- del piano della didattica universitaria, nonché i programmi di formazione di competenza aziendale;



- delle modalità d'integrazione dell'attività assistenziale con quelle didattiche e di ricerca, acquisito in merito il parere dell'Organo d'indirizzo;
- del grado di sviluppo della gestione budgetaria;
- del grado di sviluppo della contabilità analitica e del controllo di gestione;
- dei programmi di adeguamento tecnologico ed infrastrutturale;
- delle modalità di esercizio della libera professione;
- del sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti.

La formulazione del Piano triennale di attività avviene utilizzando il metodo budgetario, che si basa sulla valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

Il Piano triennale aziendale viene adottato dal Direttore generale d'intesa con il Rettore, secondo quanto indicato dalle Linee Guida Regionali approvate con DCA 251/2014.

Il Piano triennale di attività si attua attraverso il piano di attività annuale.

#### Art. 14.2 - IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il sistema aziendale di gestione della performance del PUI rappresenta l'insieme di risorse, procedure e attività che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione e valutazione della performance, ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150.

Il sistema aziendale di gestione della performance è adottato in stretta conformità con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria in un'ottica di integrazione, inoltre, con gli strumenti, i processi e le attività posti in essere per l'attuazione del PTPC (Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza 2018-2020). Nella sua definizione e, quindi, nella sua applicazione operativa, il sistema aziendale di gestione della performance si ispira al principio della trasparenza, assicurando la qualità, la comprensibilità ed l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il sistema aziendale di gestione della performance rappresenta un momento di sintesi degli strumenti di programmazione in cui, a partire da quanto stabilito dal Protocollo di Intesa tra Regione Lazio e Università "Sapienza" (Piano Triennale delle attività) e dagli obiettivi definiti dalla Programmazione Regionale, dà attuazione al Ciclo della Performance aziendale.

E' quindi lo strumento attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, sono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato e i risultati attesi su cui si basano la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale, rendicontate annualmente ai soggetti interessati.

Il raggiungimento degli obiettivi si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma "Ciclo delle performance" ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze e della programmazione aziendale - sia essa strategica che operativa - è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo. In tale contesto si esplicano le competenze dell' OIV, che deve presidiare in modo attento gli aspetti temporali della programmazione.



## Art. 15 – GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E PATRIMONIALE, CONTABILITA' E BILANCIO

Il *governo economico finanziario*, al fine di garantire il rispetto dei limiti e vincoli economici e finanziari che gravano sul PUI, si avvale di una serie di strumenti, previsti dalla normativa vigente, che concorrono a formare il complesso sistema di contabilità. Nello specifico si sostanziano:

- nella contabilità economico-patrimoniale
- nel bilancio preventivo
- nel bilancio di esercizio
- nel Piano delle performance e nel sistema di budgeting
- nella contabilità analitica
- nel controllo di gestione

Costituiscono obiettivi dei poteri di governo economico-finanziario adottare direttive improntate alla corretta attuazione del sistema di contabilità economica, condurre una rilevazione omogenea e trasparente ed un'analisi dei dati contabili al fine di garantire confrontabilità e controllo degli atti di gestione nonché stabilire criteri uniformi per la struttura e la composizione dei bilanci d'esercizio, nel rispetto delle linee guida regionali.

Il PUI persegue i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget in rapporto alle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali.

Il PUI adotta procedure operative che assicurano il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e adempimento comunque prescritto o previsto nelle normative vigenti in materia, nel pieno rispetto del D. Lgs. n. 118/2011 e della relativa casistica ministeriale applicativa nonché, per quanto compatibile, con il Decreto commissariale n. 14 del 30 novembre 2009.

Il PUI adotta il Piano dei conti regionale, attivando, in base alle necessità, ad una ulteriore sotto articolazione dei conti, in linea con il principio generale di chiarezza e trasparenza e nell'ottica di soddisfare l'obbligo più generale di una rappresentazione veritiera e corretta dei dati di bilancio.

Il PUI formula e approva il Piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità, corredati dal Piano dei fattori produttivi e dalle schede di budget, che costituiscono principi ed elementi fondamentali per la gestione della contabilità analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione dei dati e delle informazioni, garantendone la confrontabilità dei dati a livello regionale, in conformità alle linee guida emanate dalla stessa Regione.

Il bilancio d'esercizio aziendale viene redatto con riferimento all'anno solare e si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è, altresì, corredato dalla relazione sulla gestione, redatta e sottoscritta dal Direttore generale.

Il bilancio di esercizio ed il bilancio preventivo economico annuale vengono entrambi redatti secondo gli appositi schemi previsti dal D. Lgs. n. 118/2011 e s.m.i. al fine di conferire struttura uniforme alle voci del bilancio.

### Art. 15.1 - IL DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI

Come previsto dall'art.15 comma 5 del vigente Protocollo d'Intesa, nell'ambito del PUI e, più specificatamente, all'interno del Sistema di contabilità, opera la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, ai sensi dell'articolo 9 della Legge regionale finanziaria 28 dicembre 2006, n. 27.



Detto dirigente, nominato dal Direttore generale, ha il compito di attestare la veridicità degli atti e delle comunicazioni contabili del Policlinico, predisporre adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio, nonché ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario. Al medesimo dirigente sono conferiti, dal Direttore generale, adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei propri compiti e attribuzioni.

Gli atti e le comunicazioni contabili del Policlinico devono essere accompagnati da idonea dichiarazione scritta del dirigente preposto ovvero sottoscritti dal medesimo.

Il dirigente preposto, congiuntamente al Direttore generale, attesta con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio, la correttezza delle procedure utilizzate per la compilazione nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze delle scritture contabili.

La responsabilità del Direttore generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche al dirigente preposto relativamente agli atti di propria competenza.

#### Art. 15.2 - I PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)

Il PUI partecipa al "Percorso Attuativo della Certificabilità" finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci.

Con il DM Salute 1/3/2013 "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC)" ha preso avvio la prima fase del processo propedeutico di avvicinamento alla "certificabilità" dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche, della gestione sanitaria accentrata e del bilancio consolidato regionale. Il DM 1/3/2013 ha definito lo schema del PAC, articolandolo su 53 obiettivi, a loro volta suddivisi in 9 aree tematiche di intervento (requisiti generali, GSA, consolidato regionale, immobilizzazioni, rimanenze, ricavi e crediti, tesoreria, patrimonio netto, debiti e costi).

La Regione Lazio, con provvedimento del Commissario ad Acta DCA n. U00311 dell'11 ottobre 2016 ha proceduto ad approvare il proprio Piano attuativo di certificabilità (PAC) coinvolgendo le direzioni generali delle singole aziende nel percorso attuativo in relazione al proprio ruolo istituzionale a livello aziendale.

#### Art. 15.3 - IL PIANO DI RIENTRO REGIONALE E IL PIANO DI RIENTRO AZIENDALE

I provvedimenti normativi inerenti l'assoggettamento a Piani di rientro delle Regioni in situazione di grave disavanzo hanno coinvolto anche la Regione Lazio che, conseguentemente, è tenuta ad attuare una serie di adempimenti e verifiche, finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali, di cui anche il PUI è parte. In particolare sono richieste alle singole aziende che compongono il SSR procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, e contestualmente un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi.

In ottemperanza all'art. 1, comma 528, L. 28 dicembre 2015, n. 208 ed al Decreto del Ministero della Salute 21.6.2016, la Regione Lazio – con DCA 273 del 08 settembre 2016 – ha individuato l'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I tra le aziende soggette alla procedura di "Piano di Rientro", sulla base dello scostamento tra ricavi e costi, calcolato con la metodologia del citato DM, pari al – 10%.



## ART. 16 – IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RISCHI E IL SISTEMA DEI CONTROLLI

### Art. 16.1 - IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RISCHI

Il sistema di governo aziendale dei rischi (risk management) è l'insieme coordinato delle attività indirizzate a guidare e tenere sotto controllo una organizzazione con riferimento al rischio. Adotta appositi sistemi di valutazione dell'entità del rischio ed realizza iniziative finalizzate a contenere il livello del rischio.

Il PUI identifica nella gestione del rischio uno strumento strategico di esercizio della governance.

Il risk management introduce un'ottica preventiva di misura e governo dei rischi finalizzata a ridurre la probabilità del verificarsi di eventi avversi per l'organizzazione e introducendo dinamiche positive dirette a migliorare la gestione.

Per sistema di controllo interno si intende l'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative, volte a consentire un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi per una conduzione dell'impresa sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati.

Il risk management viene declinato in vari ambiti quali, principalmente:

- ✓ **rischio clinico** correlato alla sicurezza del paziente quale insieme di attività volte a identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali all'interno delle strutture sanitarie al fine di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni assistenziali;
- ✓ **rischio amministrativo-contabile** (art. 97 Costituzione Italiana) correlato alla salvaguardia del patrimonio aziendale, all'integrità e affidabilità delle informazioni economico-finanziarie, al rispetto di leggi, regolamenti e contratti, all'efficacia e all'efficienza dell'azione amministrativa;
- ✓ **rischio di corruzione** (L. 190/2012) inteso come comportamento che si discosta dai doveri del pubblico dipendente in virtù di interessi privati che comportano profitti monetari o di status;
- ✓ **rischio lavorativo** (D.Lgs 81/2008): garantire che il lavoratore sia posto nella condizione di lavorare senza esporsi al rischio di incidenti e dotare il luogo di lavoro degli accorgimenti e degli strumenti che forniscono un ragionevole grado di protezione contro la possibilità materiale del verificarsi di incidenti;
- ✓ **rischio ambientale** correlato alle attività che possono avere un impatto ambientale diretto o indiretto basato non solo sulla prevenzione di eventuali inconvenienti, ma anche su un programma di miglioramento continuo del comportamento aziendale nei confronti dell'ambiente.

### Art. 16.2 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Le Aziende Sanitarie, in base al vigente quadro normativo, sono sottoposte ad un sistema di controlli esterni e di controlli interni.

I controlli esterni sono posti in essere dallo Stato (attraverso i competenti Ministeri), dalla Regione e dalla Corte dei Conti.

In conformità delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 286/1999 e ai successivi atti sono attivi i livelli di controllo e valutazione di seguito specificati:



- ✓ **Collegio Sindacale**, preposto alla funzione di controllo di regolarità amministrativa e contabile, finalizzata a garantire il rispetto della legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;
- ✓ **Funzione di Controllo di Gestione**, preposta alla verifica dell'efficienza, della efficacia e dell'economicità della gestione ai fini dell'ottimizzazione, anche mediante tempestivi interventi di correzione, del rapporto tra risorse impiegate e risultati conseguiti;
- ✓ **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** preposto a sovrintendere e monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati, garantendo la correttezza dell'intero processo.
- ✓ **Collegi Tecnici**: organismi che, nell'ambito del processo di valutazione del personale dirigente dell'area medica e dell'area tecnica professionale, sanitaria ed amministrativa, sono preposti alle verifiche riguardanti le attività professionali svolte e i risultati conseguiti, rispetto ai risultati attesi. Il Collegio Tecnico è nominato dal Direttore Generale e la composizione varia in relazione alle specifiche discipline specialistiche di volta in volta oggetto di valutazione.
- ✓ **Servizio Ispettivo**, previsto dall'art. 1, c. 62, della Legge n. 662 del 23.12.1996 e s.m.i per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni contenute nei commi da 56 a 65 dell'art. 1 della legge n. 662/1996.

Il Decreto Ministeriale (DM) 28.02.1997 recante norme in materia di "attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale" ha esteso il controllo del Servizio Ispettivo anche ai Dirigenti Medici che svolgono attività libero professionale per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità.

In esecuzione della predetta disciplina il PUI ha attivato il Servizio Ispettivo.

## ART. 17 – IL SISTEMA DELLE RISORSE UMANE

Il PUI riconosce nel personale una risorsa da valorizzare mediante adeguate politiche di gestione, favorendo la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale ai processi aziendali negli ambiti di competenza. Ne promuove la crescita e lo sviluppo professionale attraverso il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nell'interesse della stessa organizzazione e dei cittadini/utenti.

Il processo di valorizzazione del personale si sviluppa nel rispetto delle normative di cui al D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., delle normative regionali, dei contratti collettivi nazionali di lavoro; considera tutte le componenti professionali operanti in azienda ai vari livelli, coinvolge le rappresentanze sindacali del personale e si concretizza mediante la predisposizione di programmi specifici da realizzare al suo interno, definiti dall'Azienda stessa e condivisi con i vari soggetti interessati.

Il PUI, pertanto, definisce le politiche del personale distinguendole in:

- politiche di reclutamento atte a pianificare l'acquisizione delle risorse umane, coerente con i bisogni dell'organizzazione e degli utenti;
- politiche di valorizzazione;
- politiche di sviluppo, in termini di adeguamento delle professionalità alle nuove esigenze organizzative;



- politiche di formazione come metodo permanente per assicurare il costante adeguamento delle conoscenze, delle competenze e abilità;
- politiche retributive finalizzate a identificare sistemi premianti basati su un appropriato sistema di valutazione delle performance a livello individuale e armonizzato rispetto agli obiettivi aziendali.

Il PUI, nel definire le politiche del personale, promuove la partecipazione degli operatori mediante:

- un adeguato sistema di relazioni sindacali, nel rispetto dei vincoli normativi ma che assicuri l'effettiva partecipazione ed un proficuo confronto tra le parti nella definizione delle scelte aziendali;
- un adeguato sistema di comunicazione interna che assicuri la circolazione delle informazioni relative alle scelte aziendali, gli obiettivi e le strategie, favorendo la condivisione degli operatori e il senso di appartenenza all'Azienda;
- la promozione dell'iniziativa degli operatori, in forma singola o aggregata, rivolta a sviluppare progettualità di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e della razionalizzazione dei processi con l'obiettivo di migliorare i servizi resi;
- l'analisi all'attenzione del clima interno utilizzando metodologie che permettano di approfondire il benessere organizzativo.

#### Art. 17.1 - IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

In ottemperanza al D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009, la valutazione dell'attività si basa sulla gestione del ciclo della performance finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché della crescita delle competenze professionali mediante la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi in funzione dei risultati raggiunti. Il concetto di valutazione opera in maniera onnicomprensiva interessando sia la valutazione della performance organizzativa che la valutazione della performance individuale.

Con il sistema di valutazione aziendale il PUI intende perseguire il miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, l'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro e della gestione delle risorse, promuovendo la crescita della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

La metodologia di valutazione, nel rispetto della normativa nazionale, è affidata alla contrattazione aziendale ed utilizza la Scheda di Valutazione ai fini dell'applicazione dell'istituto incentivante e della progressione economica orizzontale collegandoli al raggiungimento degli obiettivi di budget sia a livello organizzativo, sia a livello individuale.

Ai sensi del D.Lgs n. 39 del 08.4.2013 e della L.R. 1/2011 l'Organismo Indipendente di Valutazione è preposto a sovraintendere e monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati dei dirigenti apicali, responsabili di struttura, garantendo la correttezza dell'intero processo.

Per quanto attiene le verifiche riguardanti le attività professionali svolte e i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi da parte del personale dirigente, la valutazione spetta al Collegio Tecnico.



#### Art. 17.2 – LA FORMAZIONE

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi di governo strategico.

Il PUI, a tale scopo, predispone un piano di formazione del personale tenendo conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie in relazione agli obiettivi, della programmazione delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche nonché delle esigenze di formazione continua del personale sanitario alla luce del D.Lgs. n. 229/1999.

#### Art. 16.3 – I RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

I rapporti con le OO.SS. rappresentano, per il PUI, uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione delle risorse umane.

Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo coerente con le finalità di contemperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale con l'esigenza di incrementare e di mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.

L'Azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale che si concretizza nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, per favorire la predisposizione di obiettivi strategici e gestionali condivisi.

I rapporti con le OO.SS. sono regolati dai CC.CC.NN.LL., che individuano le materie oggetto di contrattazione, concertazione, consultazione e informazione, e dai Protocolli Aziendali.



## TITOLO V - STRUMENTI DI TUTELA DEI CITTADINI

### Art. 18 – PRINCIPI GENERALI

Il PUI, nel perseguire il suo impegno ad assicurare il più elevato livello di risposta alla domanda di salute quale stato di completa integrità fisica, psichica e sociale, organizza le proprie risorse in modo da garantire percorsi clinico-assistenziali pertinenti e tempestivi a tutti i cittadini in condizioni di parità e nel rispetto dei principi di imparzialità, continuità, diritto di scelta e di partecipazione.

Il PUI riconosce la centralità della persona nell'erogazione e nell'accesso alle prestazioni sanitarie, nonché nel perseguimento della continuità assistenziale.

Riconosce 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.

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

- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- Il processo di Audit Civico;
- la Carta dei Servizi;
- Associazioni di tutela e Tribunale del Malato.

### Art. 19 – L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) previsto e normato dall'art. 12 D. Lgs. n. 29/1993, dal DPCM 11 ottobre 1994 nonché dalla legge 7 giugno 2000, n. 150 assicura la comunicazione con gli utenti, sviluppando l'informazione sulle prestazioni sanitarie e le relative modalità di accesso.

In particolare l'URP acquisisce le osservazioni e i reclami presentati dai cittadini e provvede a curarne la gestione. Raccoglie, classifica e archivia le segnalazioni e gli esposti in un'apposita banca dati e predisponde, con cadenza trimestrale, una relazione alla Direzione Aziendale sulle segnalazioni e sui 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, per il superamento dei fattori di criticità emersi.

L'URP cura i rapporti con le Associazioni di volontariato e le Associazioni di tutela dei cittadini e trasmette periodicamente alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione.

L'Azienda garantisce che l'URP, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati da apposito regolamento, si avvalga di personale opportunamente formato e dotato delle caratteristiche di cui al d.p.r. n. 422/2011 "Regolamento recante norme per l'individuazione dei titoli professionali del



*personale da utilizzare presso le pubbliche amministrazioni per le attività di informazione e comunicazione”.*

Sono attività proprie dell'URP ai sensi della L. 7 giugno 2000 n. 150 *“Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”*:

- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla L. 241/90 e s.m.i.;
- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative, e l'informazione sulle strutture e sui compiti dell'Azienda;
- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;
- garantire la reciproca informazione tra l'URP e le altre strutture operanti nell'amministrazione, nonché tra gli URP delle varie amministrazioni.

#### **Art. 20 – IL PROCESSO DI AUDIT CIVICO**

L'Audit Civico rappresenta uno degli strumenti più importanti per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. Consiste in una operazione di analisi critica e sistematica dell'azione dell'Azienda, effettuata in collaborazione con associazioni di tutela dei cittadini e finalizzata a:

- a) rappresentare il punto di vista del cittadino e assicurarne la partecipazione;
- b) rendere trasparente e verificabile l'azione dell'Azienda.

L'analisi delle azioni svolte dall'Azienda, utilizzando indicatori definiti e attraverso una attività di progettazione fra referenti civici e referenti aziendali, favorisce una accurata raccolta di dati e definisce con precisione la situazione aziendale. Consente una costante attività di monitoraggio di eventuali criticità individuate, favorendo le implementazioni di azioni correttive e/o migliorative e la promozione di progetti orientati al miglioramento della qualità ponendo al centro le esigenze e i bisogni del cittadino.

#### **Art. 21 – LA CARTA DEI SERVIZI**

La Carta dei Servizi rappresenta il patto tra l'Azienda e il cittadino e riassume gli impegni cui il PUI si obbliga nei confronti dell'utente.

La Carta dei Servizi è un documento elaborato per facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi e alle prestazioni della struttura e per fornire uno strumento informativo semplice e di facile consultazione, periodicamente aggiornato ed integrato.

La Carta dei Servizi descrive la struttura dell'Azienda, i servizi disponibili e le modalità di accesso (ubicazione, orari di apertura, dove reperire modulistica ecc.).

La Carta dei Servizi si ispira ai seguenti principi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;



- 
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
  - definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell’Azienda rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
  - individuazione di specifiche strutture preposte alla tutela dei diritti dei cittadini;
  - ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

Sono pertanto pubblicizzate, attraverso il sito web istituzionale dell’Azienda, tutte le informazioni di interesse per l’utenza circa i servizi, le attività, le strutture e l’organizzazione aziendale.

#### **Art. 22 – ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI PAZIENTI**

Il PUI promuove la collaborazione con associazioni di tutela dell’utente, anche stipulando con esse convenzioni e protocolli d’intesa volti a definire modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l’eventuale concessione in uso dei locali, le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione.



## TITOLO VI - STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO

### ART. 23 – IL GOVERNO CLINICO

Per governo clinico si intende l'insieme degli strumenti gestionali organizzativi attraverso i quali l'Azienda ed i professionisti assumono una responsabilità diretta relativamente al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza finalizzato al perseguimento di elevati livelli dei servizi sanitari.

Tali strumenti sono rappresentati dalla definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive, dalla trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa, dai programmi di miglioramento della qualità, dall'audit clinico e dalla valutazione della performance clinica, dalla pratica clinica basata sulle prove di efficacia, dai percorsi clinico - assistenziali, dalla pratica della gestione e della comunicazione del rischio e dallo sviluppo delle attività di accreditamento professionale.

I principi fondamentali che qualificano il governo clinico nell'Azienda sono quindi:

- l'integrazione con le altre Aziende del Sistema Sanitario Regionale, secondo i principi ispiratori nell'ottica della realizzazione di una rete di servizi, che vede il PUI quale struttura con il ruolo di *hub*;
- la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare che si attua all'interno di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e nelle *Unit*;
- la adozione del modello ospedaliero per intensità di cure e la realizzazione di reparti di degenza a gestione infermieristica (UOGI);
- l'adozione di linee-guida cliniche e clinico-organizzative che rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili, di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, che lo strumento attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità dell'assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza;
- la responsabilizzazione e la partecipazione degli operatori e degli utenti.

Il PUI sviluppa inoltre la capacità di produrre ricerca e innovazione e gestisce l'attività come funzione istituzionale, intrinseca alla primaria funzione assistenziale, anche mediante la istituzione dell'Unità di Ricerca Clinica e Clinical Competence (URCCC), una struttura tecnica aziendale di supporto alla organizzazione e al coordinamento di studi clinici, finalizzata a promuovere la qualità della sperimentazione clinica in accordo con le *Good Clinical Practice*.

### ART. 24 – LE RETI INTERAZIENDALI

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I si inserisce in un modello regionale di assistenza sanitaria sempre più orientato all'integrazione interaziendale, organizzato secondo il sistema hub e spoke.

In particolare, tale modello fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate che prevede la concentrazione della



casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (*hub*) collegati funzionalmente ad una serie di centri periferici (*spoke*) cui competono essenzialmente le funzioni di accesso, di selezione e di invio dei pazienti.

Il ruolo centrale del PUI trova pieno riconoscimento nei provvedimenti regionali, confermati con DCA U00412 del 14/09/2017 in sede di adozione definitiva del Programma Operativo 2016-2018, quali atti di programmazione improntati a migliorare ulteriormente l'offerta assistenziale nella regione, sulla base di criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa, di utilizzo di soglie di volumi di attività e di esito.

Il PUI per le sue caratteristiche di ospedale per acuti dotato di settori ad alta specializzazione, deputato all'erogazione di prestazioni altamente specialistiche, è HUB per le reti regionali:

- Rete Assistenziale dell'Emergenza
- Rete dell'Assistenza Cardiologica e Cardiochirurgica
- Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto
- Rete Assistenziale Trauma grave e Neurotrauma
- Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica
- Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo Facciale
- Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano
- Rete dell'Assistenza perinatale
- Rete Assistenziale delle Malattie Emorragiche congenite
- Rete Assistenziale delle Malattie infettive
- Rete Assistenziale delle Malattie rare
- Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella
- Rete oncologica per la gestione del tumore del polmone
- Rete oncologica per la gestione del tumore del colon e del retto

Il PUI intende inoltre attivare progetti di collaborazione con le altre Aziende Ospedaliero-Universitarie di riferimento per "Sapienza" Università di Roma e, in particolare, con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea e con il Polo Didattico di Latina con cui condivide l'opportunità di organizzare l'offerta assistenziale in base alla individuazione di reti interaziendali che promuovano la razionalizzazione e l'efficientamento dei percorsi assistenziali, in sintonia con quanto disposto dai provvedimenti regionali. La sperimentazione riguarderà in principal modo il coordinamento in tema di malattie rare e la realizzazione del "Polo Oncologico di Elevatissima Specializzazione" che si avvalerà di importanti collaborazioni nazionali e internazionali.

#### **ART. 25 – I PERCORSI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO – ASSISTENZIALI (PDTA) E LE UNIT**

Il PUI promuove la definizione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) come strumento di governo clinico e come modello organizzativo di presa in carico del paziente e di erogazione dell'assistenza.

Il PDTA si sviluppa sul principio della presa in carico stabile del paziente, secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di equipe, dettagliando i passaggi essenziali del percorso dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow-up.



L'obiettivo è di rispondere, con un approccio di integrazione multidisciplinare e interprofessionale, alle esigenze di specifiche categorie di pazienti, gestendone tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali.

La definizione dei PDTA si accompagna alla individuazione di indicatori di processo, di risultato e di esito, introdotti allo scopo di monitorare le attività svolte e i risultati ottenuti, incentivando i comportamenti professionali adeguati.

La *Unit* rappresenta il modello organizzativo che esprime la presa in carico mediante la definizione di un PDTA, dove la gestione del percorso della paziente è affidato ad un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di operatori sanitari dedicati.

Le *Unit* sono formalizzate con atto del Direttore sanitario che ne nomina il responsabile. Il funzionamento delle Unit è disciplinato da apposito regolamento.

#### **ART. 26 – L'UNITA' OPERATIVA A GESTIONE INFERMIERISTICA (UOGI)**

Il PUI ha attivato una Unità Operativa di degenza a gestione infermieristica (UOGI), un modulo di ricovero di 16 posti letto tecnici funzionali a media-bassa intensità assistenziale gestito da personale infermieristico, con l'obiettivo della presa in carico del paziente che, superata la fase acuta della malattia, necessita di assistenza infermieristica ad alta intensità.

La UOGI contribuisce alla promozione dell'appropriatezza assistenziale ed organizzativa oltre che all'aumento del turn over dei posti letto (prevalentemente di area medica), garantendo un adeguato percorso di uscita a pazienti "fragili", dimissibili, ma senza una condizione socio-economica protetta.

Nella UOGI sono accolti ed assistiti pazienti provenienti da tutte le unità operative ospedaliere che continuano ad essere seguiti da punto vista clinico dal medico dell'Unità Operativa di provenienza e che sono gestiti sotto il profilo assistenziale dal personale infermieristico, con l'obiettivo di facilitarne la dimissione attraverso uno specifico percorso di continuità assistenziale.

Si tratta, nella fattispecie di pazienti:

- affetti da patologie cronic-degenerative, che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore.
- dimissibili ma per i quali è necessario organizzare un adeguato percorso di uscita dall'ospedale per: a) rientrare al proprio domicilio in assistenza domiciliare; b) essere trasferiti presso altra struttura residenziale riabilitativa postacuzie.

Il funzionamento della UOGI è disciplinato da apposito regolamento.

#### **ART. 27 – L'UNITA' DI RICERCA CLINICA E CLINICAL COMPETENCE (URCCC)**

Il PUI ha costituito, in staff alla Direzione Generale, l'Unità di Ricerca Clinica e Clinical Competence (URCCC), una struttura tecnica nella quale sono unificate le funzioni di Segreteria Tecnico Scientifica del Comitato Etico e di responsabilità del Clinical Trial Center, struttura di supporto alla ricerca clinica.



L'URCCC è istituita con lo scopo di valutare l'efficienza, l'efficacia, l'economicità, e la sostenibilità di farmaci, prodotti biologici, dispositivi, attrezzature, presidi, nuove tecnologie, procedure mediche e interventi chirurgici, supportando la Direzione Aziendale nelle decisioni strategiche atte a promuovere l'eccellenza della governance sanitaria e un sistema integrato di Clinical Governance.

L'URCCC supporta inoltre, non solo dal punto di vista regolatorio, ma anche amministrativo, gli sperimentatori e i promotori di studi clinici, prima dell'approvazione da parte del Comitato Etico e durante tutta la sperimentazione clinica.

## **TITOLO VII - NORME FINALI E TRANSITORIE**

### **ART. 28 – NORME FINALI E TRANSITORIE**

Il presente Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale, successivamente alla prevista intesa con il Rettore e all'approvazione da parte della Regione. L'Atto Aziendale verrà pubblicato sul BURL e sul sito internet dell'Azienda.

E' fatta salva la possibilità di apportare al presente Atto Aziendale le modifiche e le integrazioni che dovessero rendersi necessarie od opportune sulla base di valutazioni di carattere economico-finanziarie, cliniche, epidemiologiche e strategiche. Si potrà procedere, pertanto, fermo restando il tetto di strutture (complesse, semplici e semplici dipartimentali) previste dal presente Atto, alla rimodulazione del presente Atto Aziendale relativamente ad alcune specifiche attività (quali, a puro titolo di esempio, la chirurgia vascolare, la dialisi, la chirurgia mini-invasiva, ecc.) sia in base ai volumi di attività assicurati, sia in relazione alle esigenze didattico-scientifico-assistenziali, ferma restando la prevista intesa del Rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini dell'attività di didattica e di ricerca.

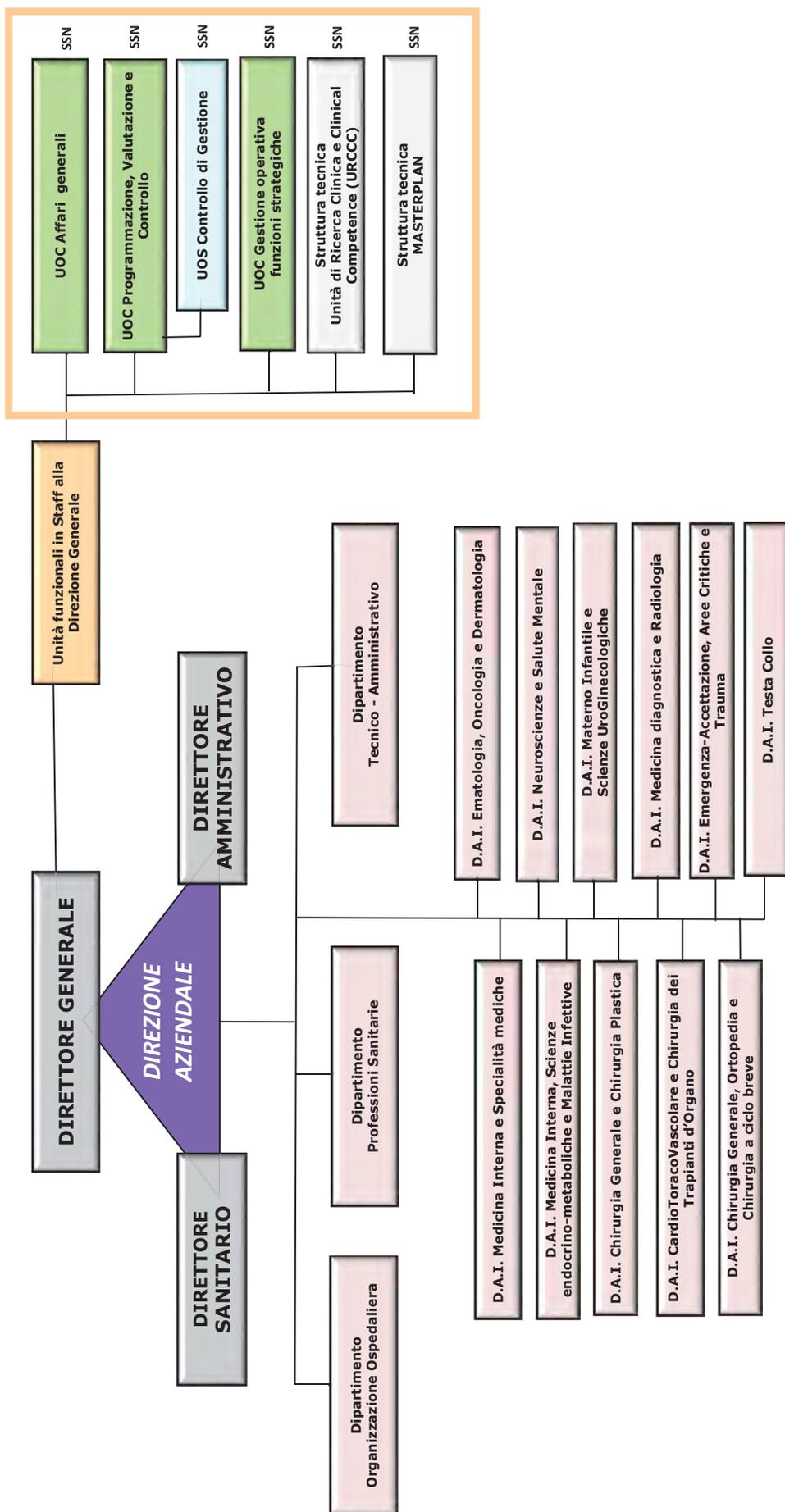
Rappresentando l'Atto Aziendale una sostanziale modifica organizzativa dell'Azienda, entro 60 giorni dalla sua adozione il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza verrà modificato di conseguenza.

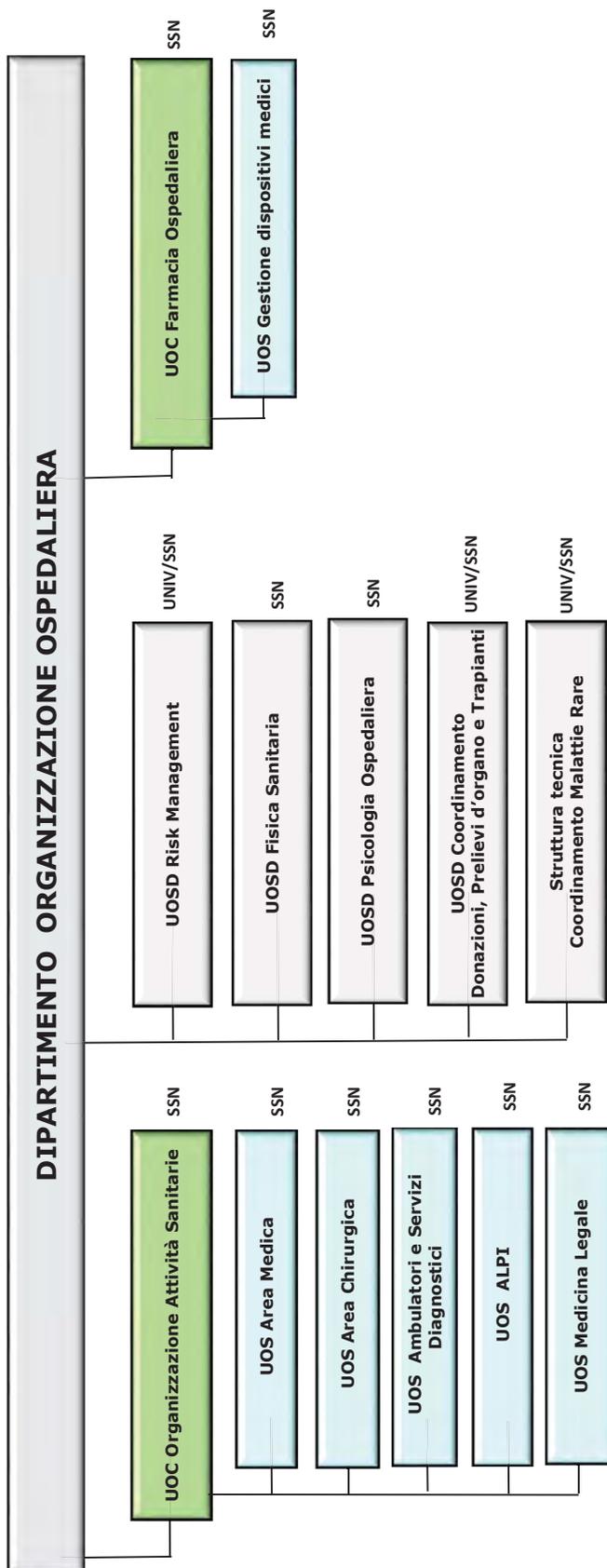
Tutti gli incarichi conferiti riguardanti la precedente organizzazione dovranno intendersi cessati a partire dalla data della formale comunicazione da parte del Direttore Generale.

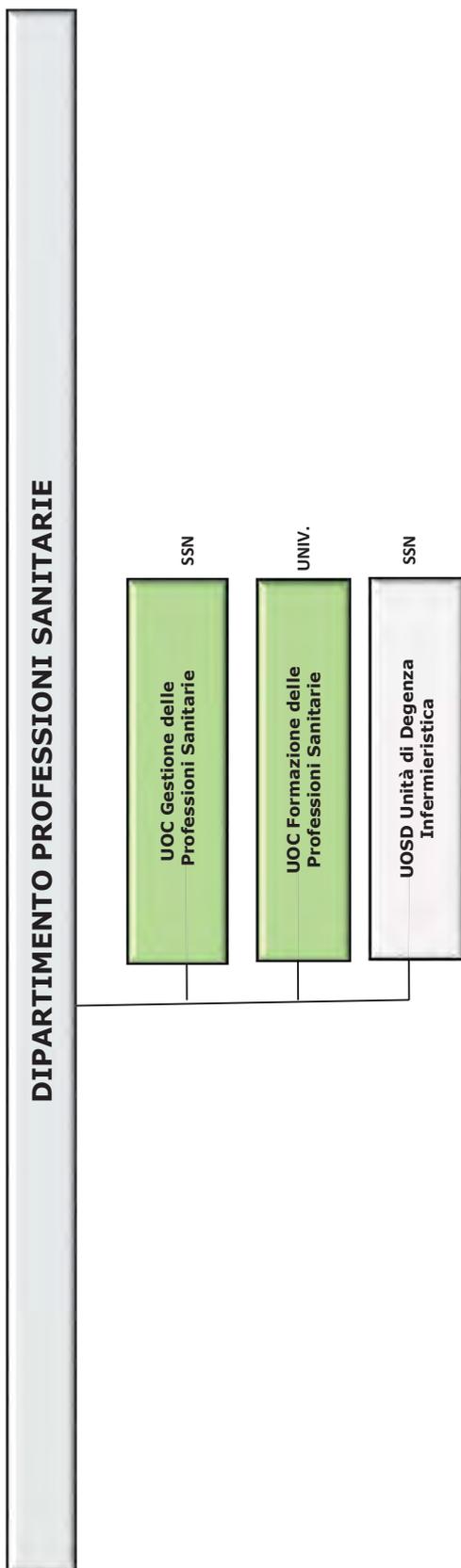
**Il Direttore Generale  
Vincenzo Panella**

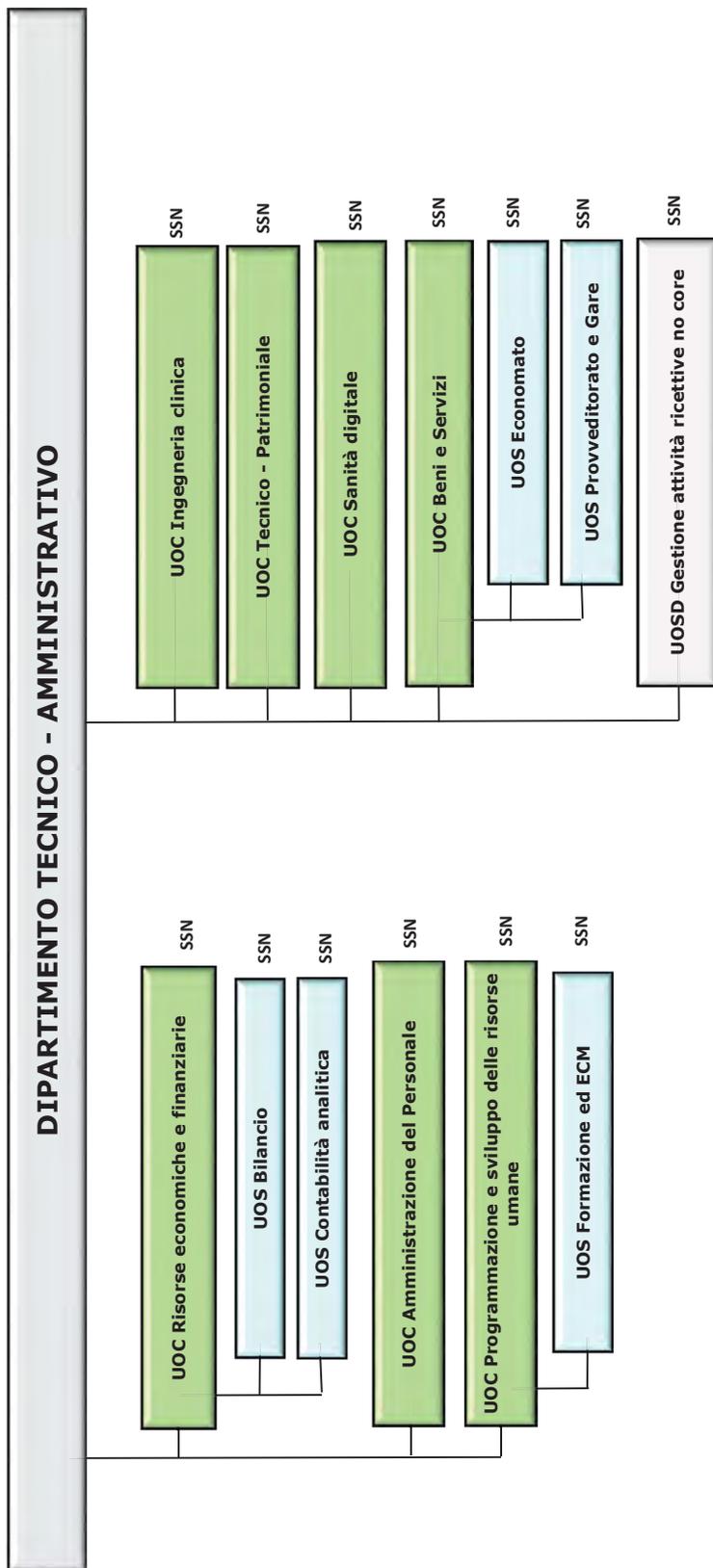


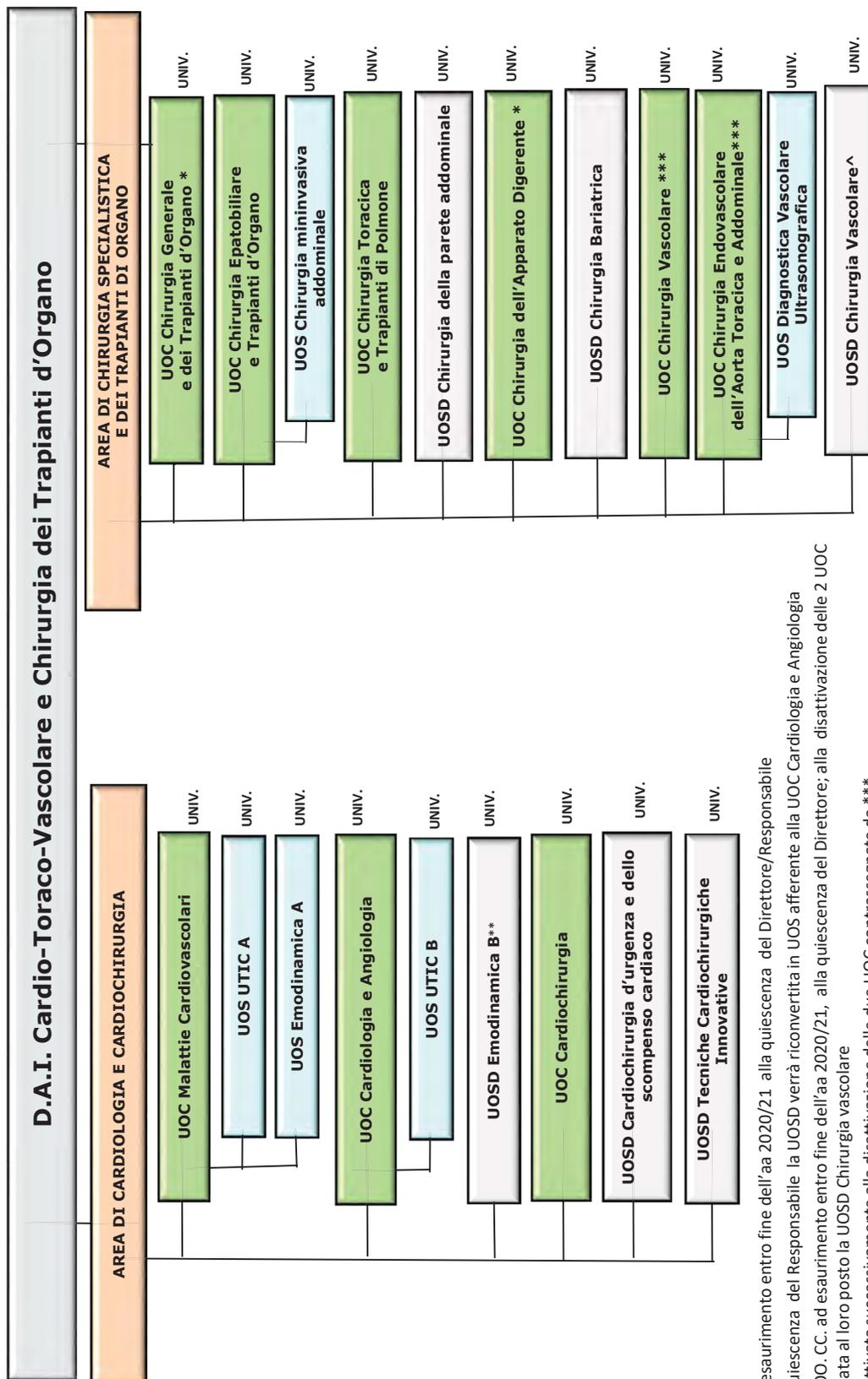
## ORGANIGRAMMA









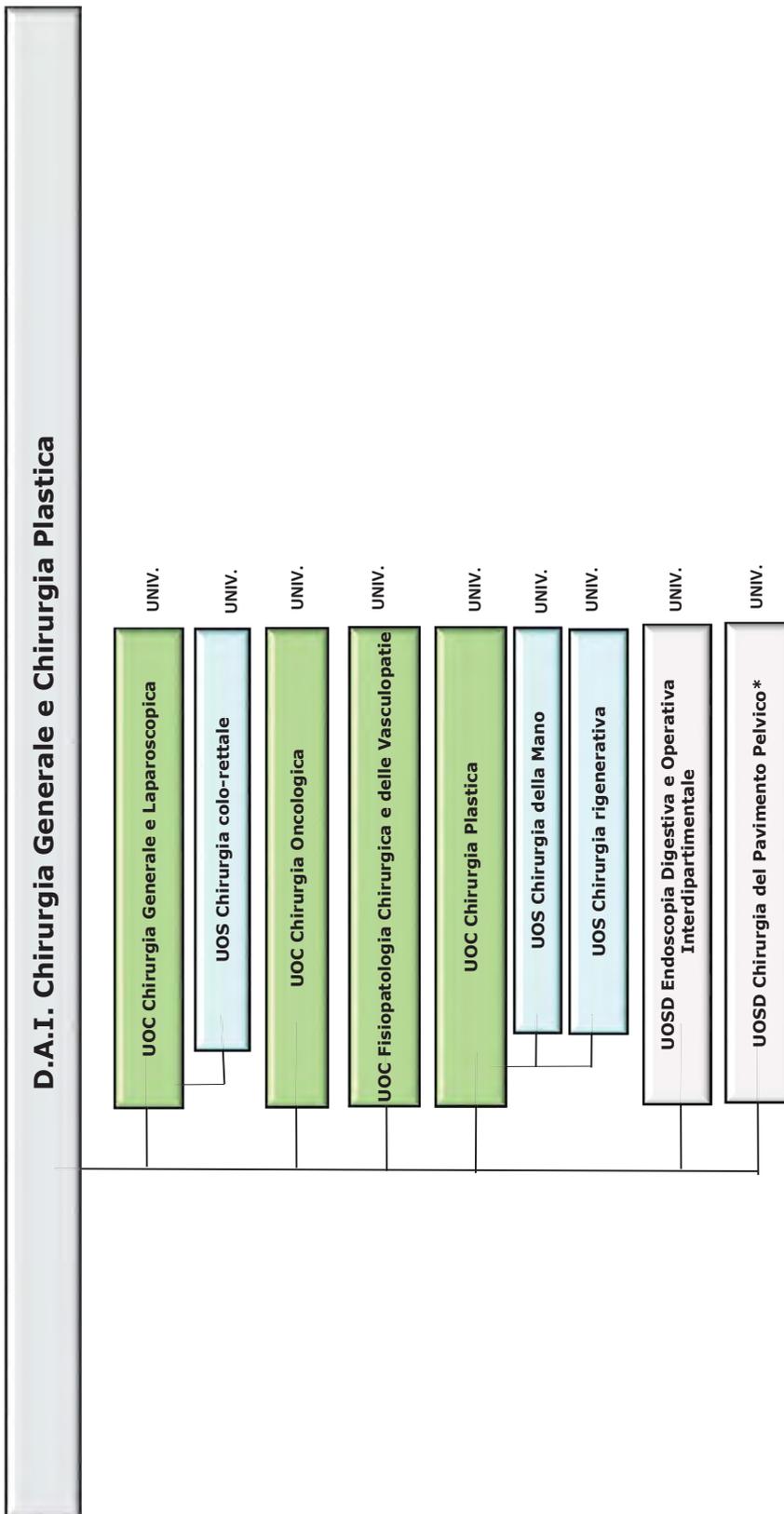


\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21. alla quiescenza del Direttore/Responsabile

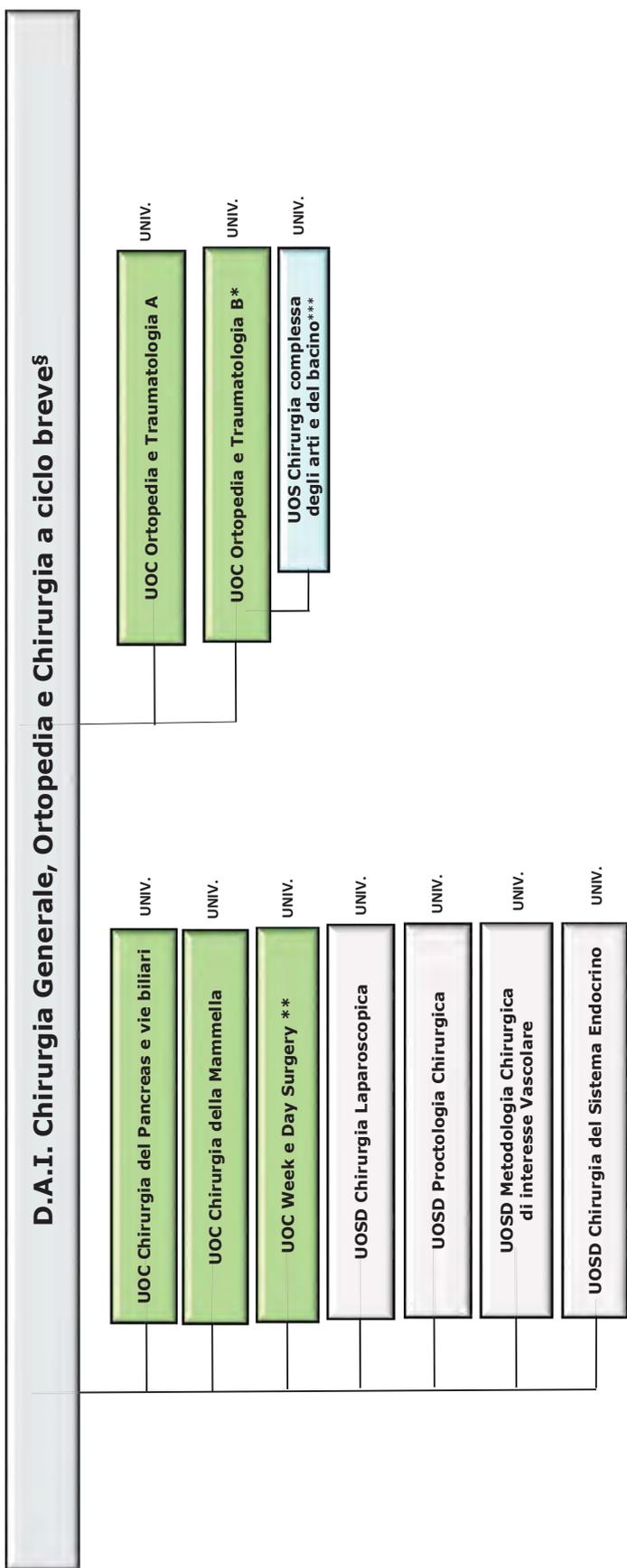
\*\* Alla quiescenza del Responsabile la UOSD verrà riconvertita in UOS afferente alla UOC Cardiologia e Angiologia

\*\*\* UU.OO. CC. ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21, alla quiescenza del Direttore, alla disattivazione delle 2 UOC sarà attivata al loro posto la UOSD Chirurgia vascolare

^ UOSD attivata successivamente alla disattivazione delle due UOC contrassegnate da \*\*\*



\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Responsabile

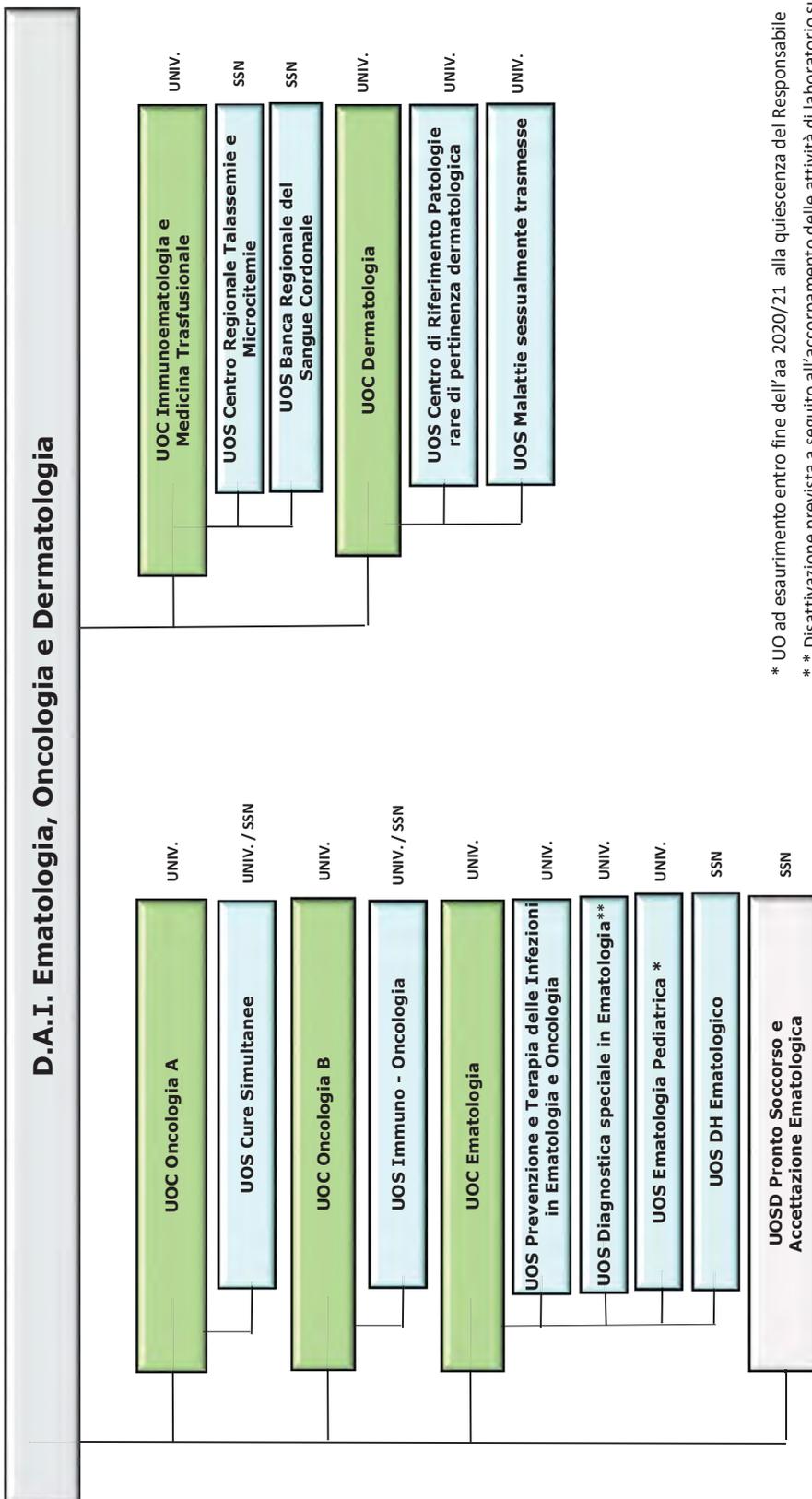


\*UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Direttore

\*\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2018/19 alla quiescenza del Direttore Alla quiescenza del Direttore conversione in UOSD interdipartimentale di Degenza chirurgica a ciclo breve

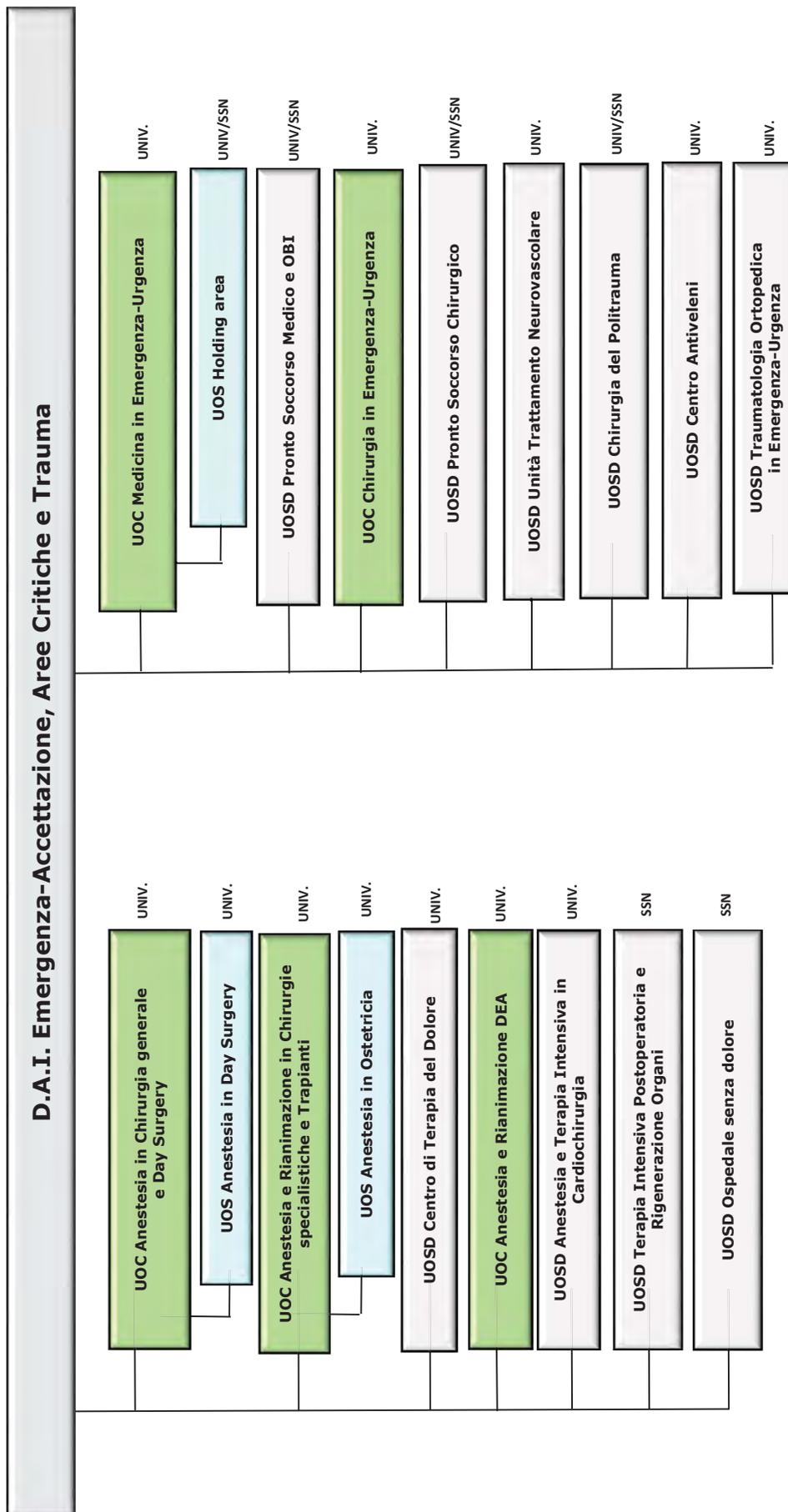
\*\*\*Alla disattivazione della UOC Ortopedia e Traumatologia B, la UOS verrà trasferita nella UOC Ortopedia e Traumatologia A che prenderà il nome di UOC Ortopedia e Traumatologia

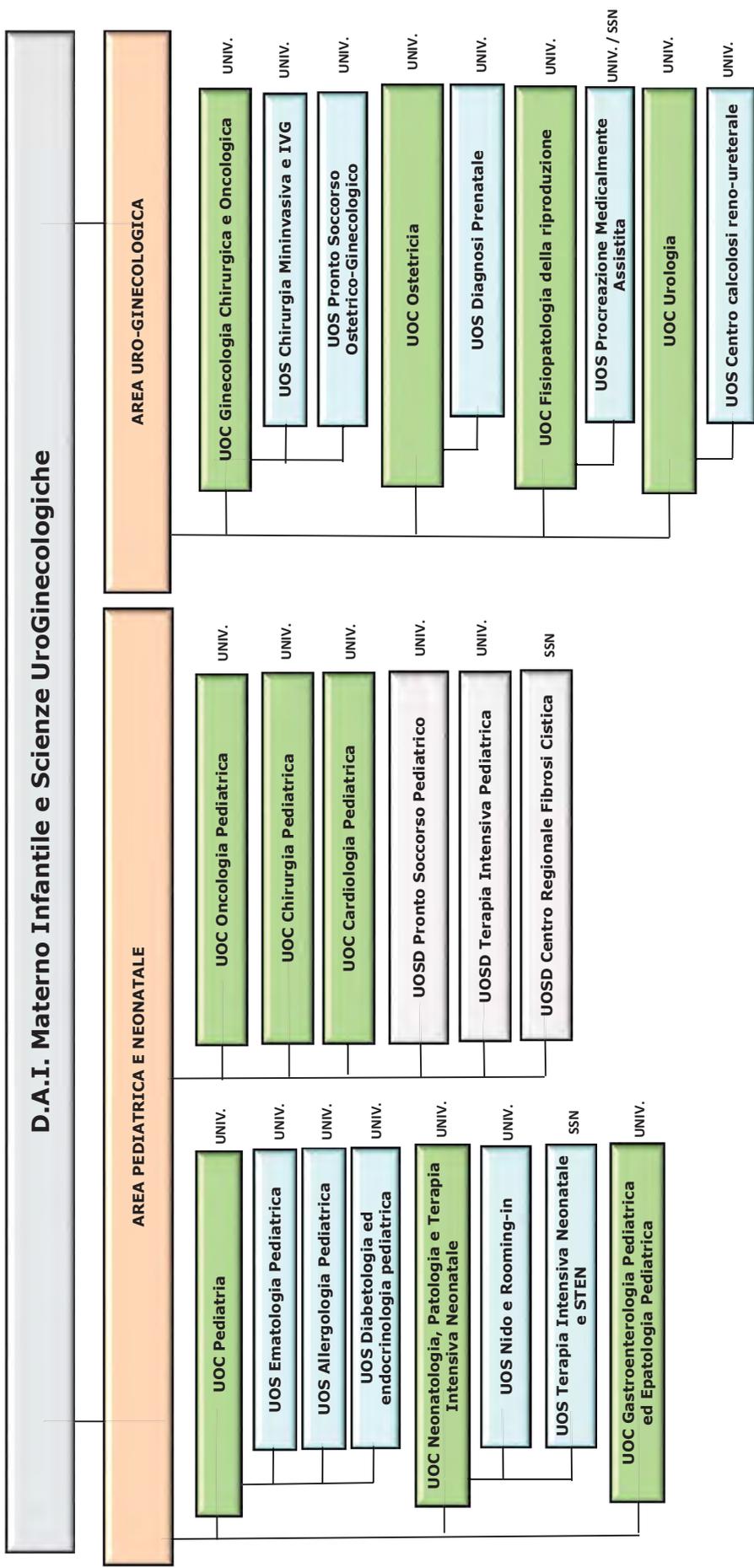
<sup>§</sup>DAI ad esaurimento entro fine dell'aa 2018/19 alla quiescenza del Direttore; previsto accorpamento con DAI Chirurgia generale e chirurgia plastica

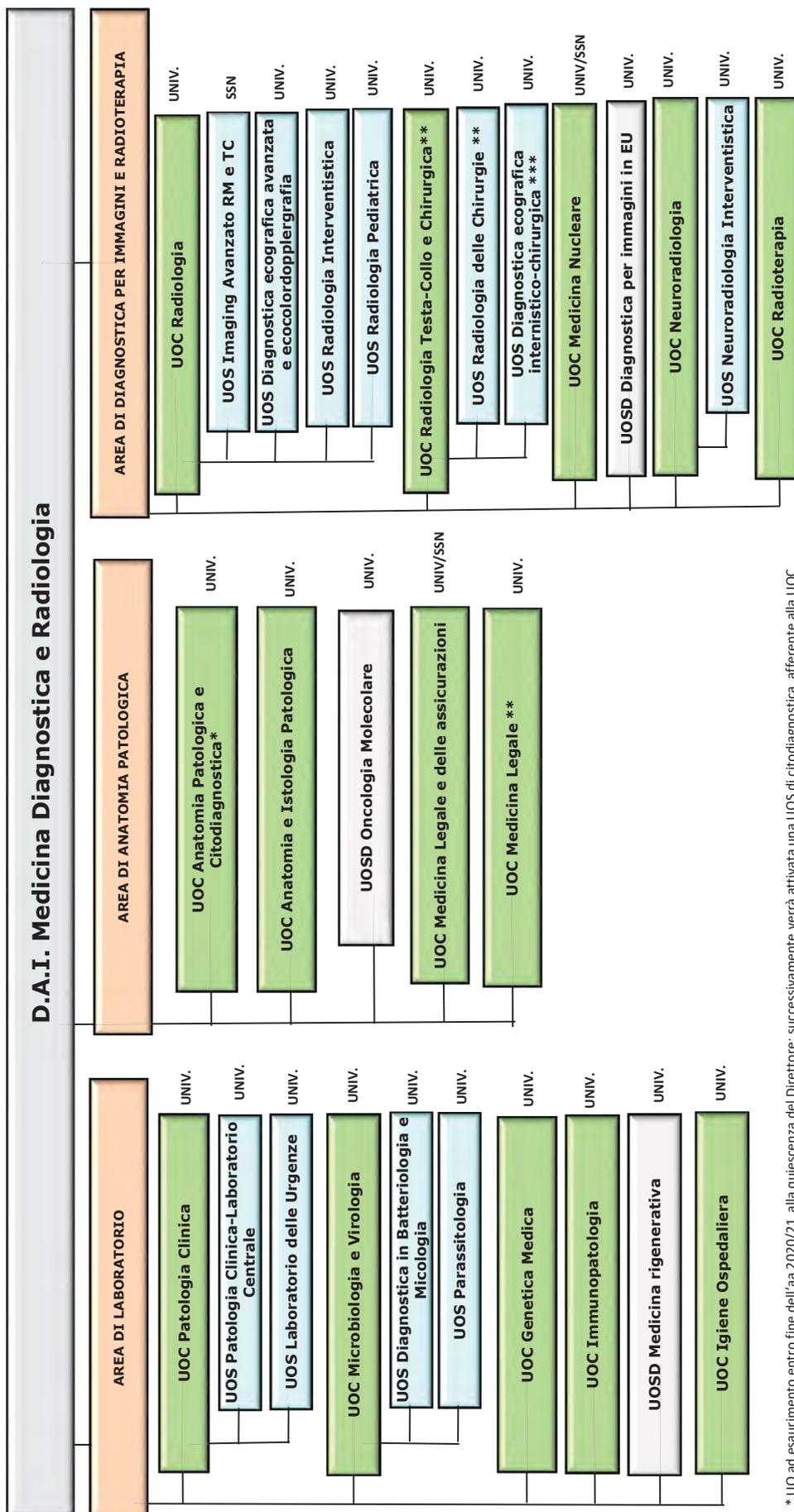


\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Responsabile

\*\* Disattivazione prevista a seguito all'accorpamento delle attività di laboratorio successivo al trasferimento dell'ematologia all'interno delle mura del policlinico



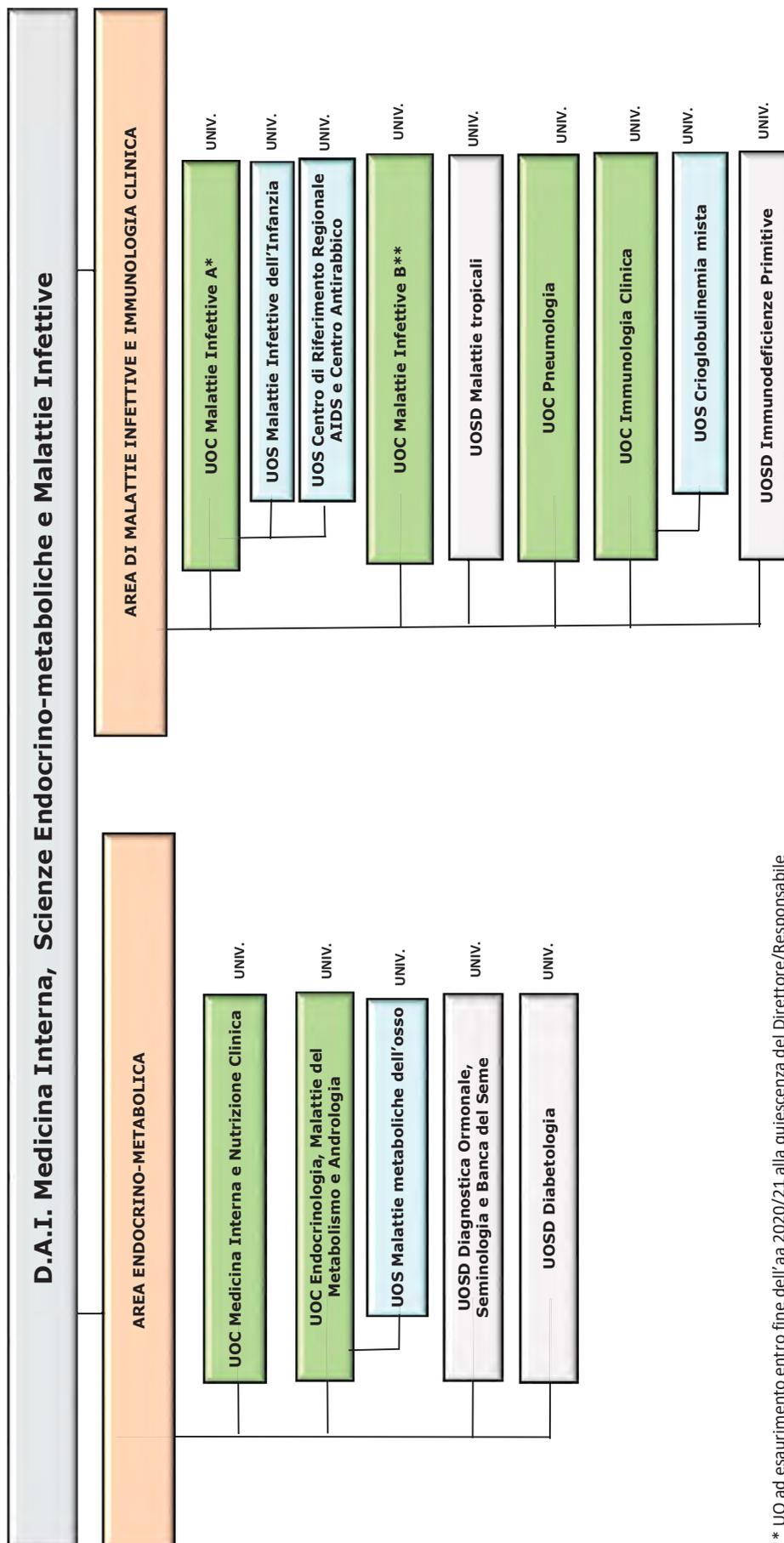




\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Direttore; successivamente verrà attivata una UOS di citodiagnostica afferente alla UOC Anatomia e Istologia Patologica

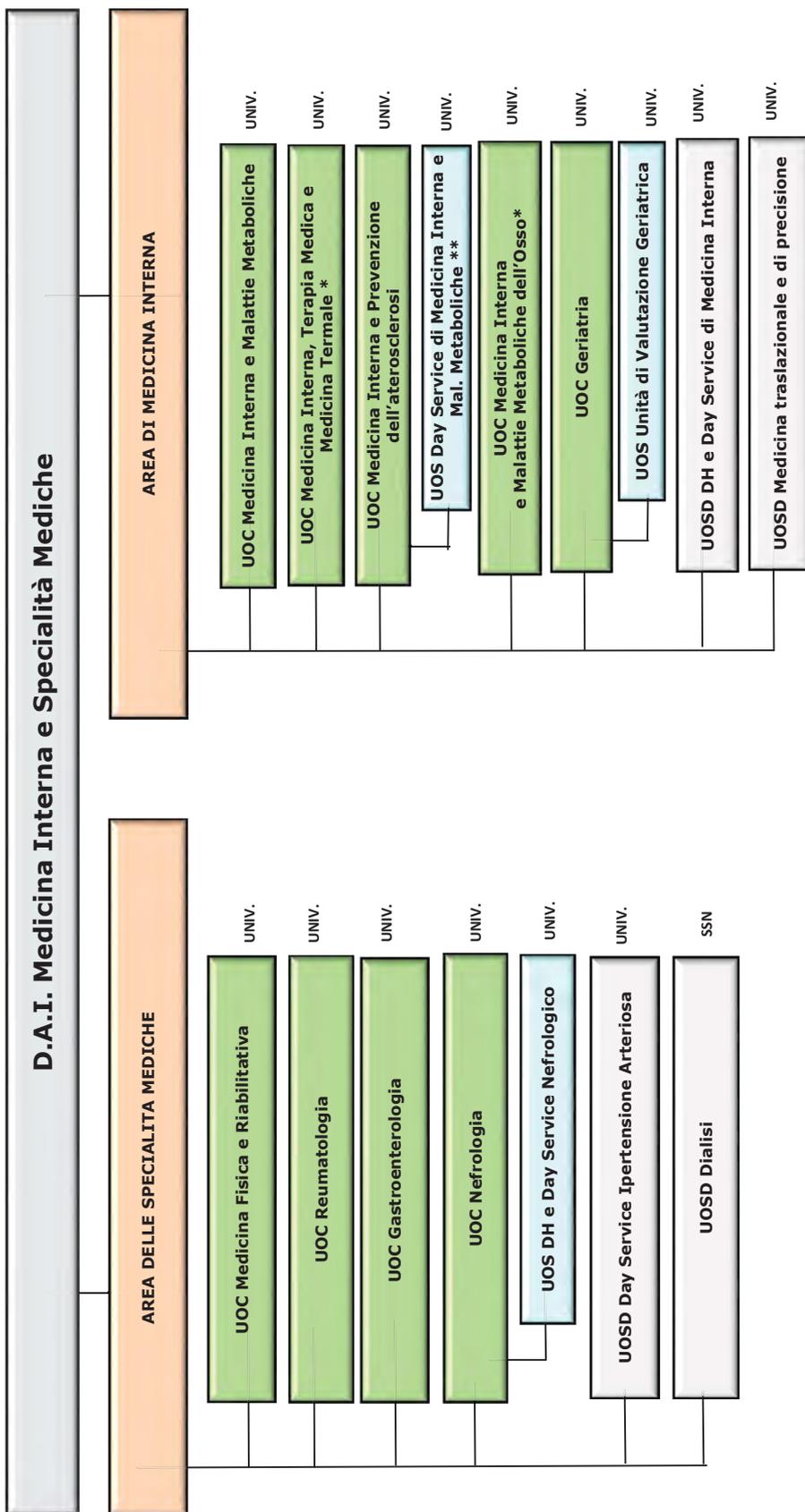
\*\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Direttore

\*\*\* Alla disattivazione della UOC, la UOS verrà trasferita nella UOC Radiologia



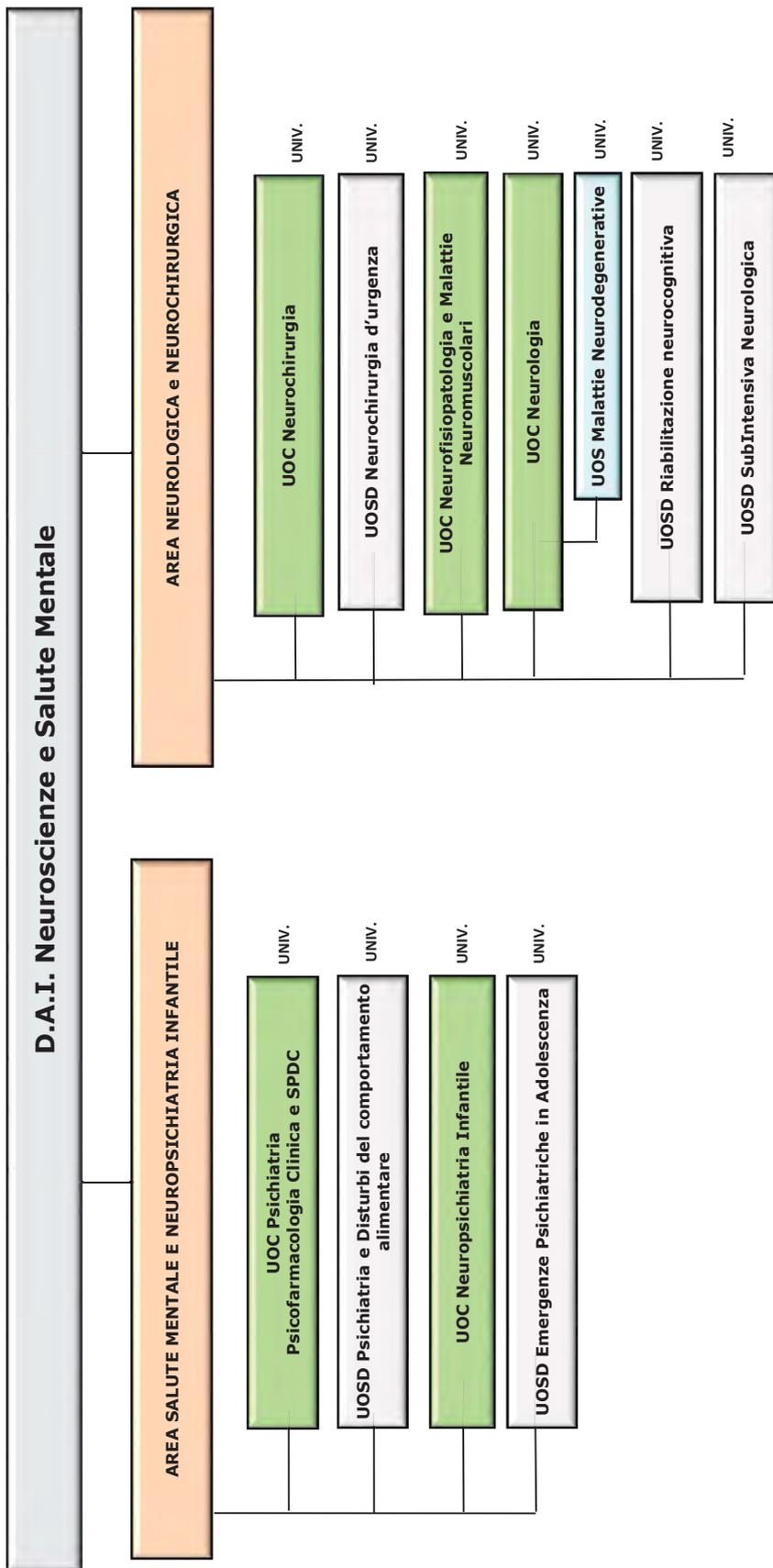
\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Direttore/Responsabile

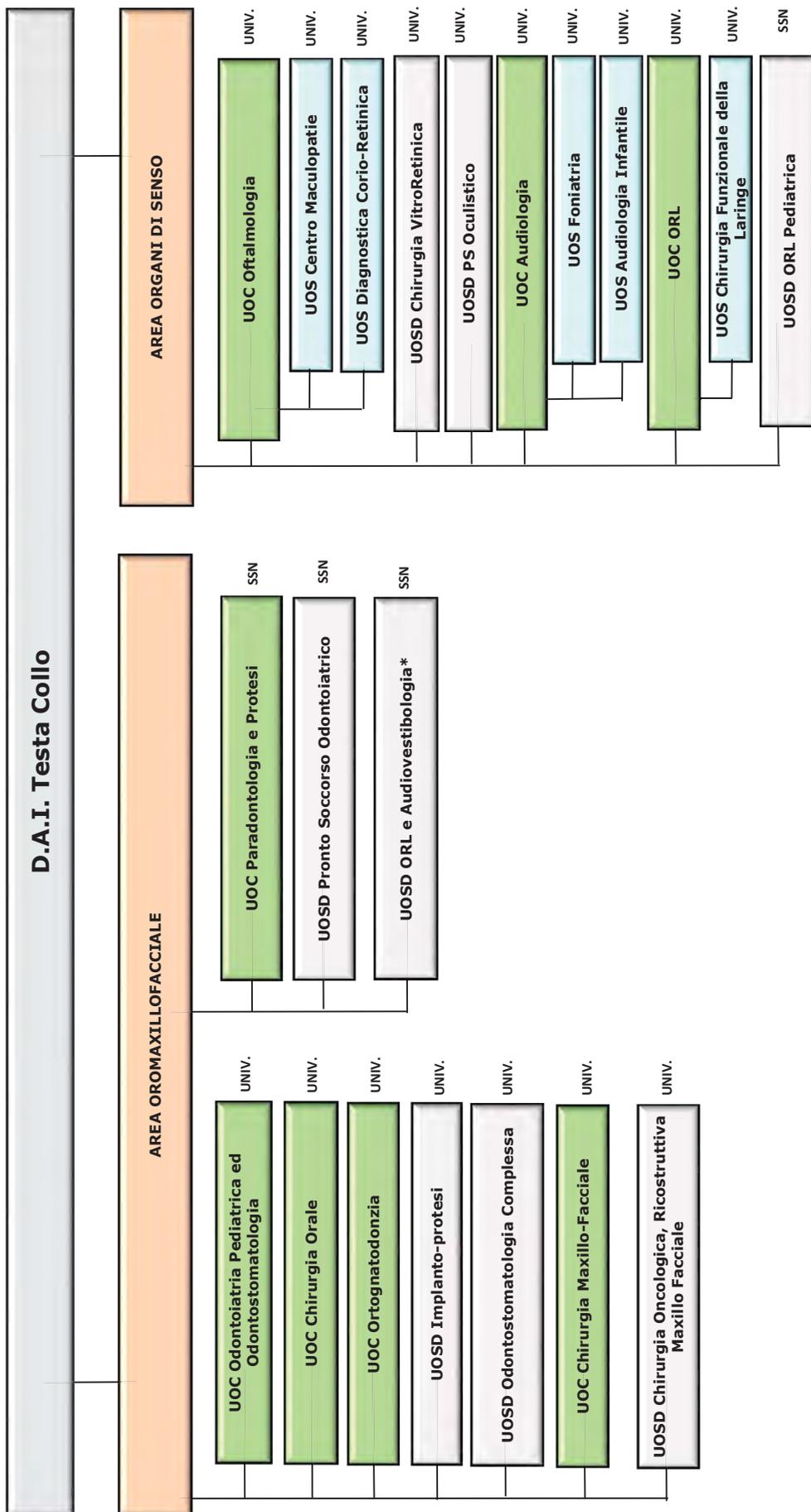
\*\* Alla disattivazione della UOC Malattie Infettive A, la UOC Malattie infettive B verrà ridenominata UOC Malattie infettive



\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2020/21 alla quiescenza del Direttore

\*\* Alla quiescenza del Responsabile conversione in UOSD interdipartimentale di Degenza medica a ciclo breve





\* UO ad esaurimento entro fine dell'aa 2019/20 alla quiescenza del Direttore



## FUNZIONIGRAMMA

FUNZIONI	VALENZA (Interna/ Esterna)
<b>DIREZIONE GENERALE</b>	
<b>UOC AFFARI GENERALI</b>	
Costituzione e gestione rapporti convenzionali esterni, esclusi quelli attinenti all'attività libero-professionale della dirigenza del ruolo sanitario del SSR e dei docenti e ricercatori cui siano state affidate le funzioni assistenziali	I/E
Gestione del Protocollo Aziendale	I/E
Tenuta delle deliberazioni e determinazioni del Direttore Generale	I
Rapporti con gli Organi Collegiali	I/E
Predisposizione atti deliberativi volti a: esecuzione e ottemperanza a provvedimenti giurisdizionali, atti transattivi, altri titoli	E
Consulenza legale	I/E
Gestione dei Contratti Assicurativi stipulati dall'Azienda. Rapporti con le Compagnie Assicuratrici e con gli Uffici interni.	E
Gestione URP, sportelli informativi e reclami	I/E
Promozione della partecipazione dei cittadini e del Terzo Settore	I/E
Promozione politiche di accoglienza, umanizzazione e di indagini di customer satisfaction	I/E
Gestione e aggiornamento portale aziendale	I/E
Predisposizione e aggiornamento carta dei servizi	I/E
Controllo interno	I
Supporto alla direzione nei rapporti con gli interlocutori istituzionali dell'azienda	I/E
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza ai sensi della vigente normativa	E
<b>UOC PROGRAMMAZIONE VALUTAZIONE E CONTROLLO</b>	
Predisposizione del documento programmatico triennale	I/E
Gestione del processo di programmazione, monitoraggio e valutazione della performance organizzativa (processo di budgeting)	I
Predisposizione della relazione annuale sulla performance aziendale	I
Sviluppo e aggiornamento del sistema di reporting aziendale sulle attività cliniche e assistenziali	I
Verifica completezza e accuratezza dei flussi SIO, SIES, SIAS, FileF	I
Gestione del Piano dei Centri di Responsabilità e di Costo	I
Contributo all'avvio del percorso di contabilità analitica regionale	I/E
Collaborazione alle attività di rendicontazione economica, fornendo relazioni e dati	I/E
Monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi previsti nei provvedimenti regionali	I
<b>UOC GESTIONE OPERATIVA E FUNZIONI STRATEGICHE</b>	
Progettazione, gestione e controllo dei sistemi e dei processi aziendali; elaborazione di modelli di sviluppo aziendale	I
Controllo operativo, direzionale e strategico: sviluppo di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità	I
Gestione di progetti di innovazione (organizzativa e tecnica) e di processi produttivi, logistici ed infrastrutturali	I
Progettazione funzionale dei sistemi informativi, valutazione delle tecnologie sanitarie, ottimizzazione delle risorse	I
Attività di coordinamento di team interni inter-funzionali e di gruppi di lavoro che prevedono il contributo di società esterne fornitrici di servizi specializzati	I/E
<b>STRUTTURA TECNICA URCCC</b>	
Supporto alla ricerca clinica	I
Controllo e verifica dell'adozione delle Good Clinical Practices	I
Tutela del benessere e della sicurezza dei soggetti arruolati negli studi clinici	I
Garanzia della protezione dei dati personali secondo le norme vigenti	I
Rapporti con il Comitato etico	I
Coordinamento dell'attività amministrativa inerente la ricerca clinica	I
<b>STRUTTURA TECNICA MASTERPLAN</b>	
Piano di riorganizzazione e ristrutturazione del Policlinico Umberto I (Masterplan)	I/E
Gestione delle procedure di progettazione e di realizzazione delle opere previste dal Masterplan	I/E
<b>UFFICIO MEDICO COMPETENTE ED AUTORIZZATO</b>	
Collabora all'attuazione di programmi di promozione della salute	I
Effettua la sorveglianza sanitaria, ove necessaria come misura di tutela della salute dei lavoratori	I
Istituisce e custodisce, sotto la propria responsabilità, le cartelle sanitarie dei singoli lavoratori e la relativa documentazione sanitaria, con salvaguardia del segreto professionale	I
Partecipa alle consultazioni in materia di tutela della salute e di sicurezza sul lavoro	I
<b>SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE</b>	
Collabora con il Direttore Generale alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e alla redazione del DVR (documento della valutazione dei rischi)	I
Riporta ai responsabili della sicurezza e al datore di lavoro i risultati aggregati delle sue valutazioni sulle situazioni di rischio negli ambienti di lavoro	I
Visita i luoghi di lavoro per valutare l'assenza di rischi ambientali	I
Elabora, in collaborazione con i dirigenti ed i preposti, le procedure di sicurezza per le varie attività	I
Redige i piani di emergenza ed evacuazione, consulenza e pareri per la sicurezza alle varie strutture aziendali, redige piani di sicurezza e coordinamento (ex D.Lgs. 494/96 e s.m.i.)	I
<b>GESTIONE DEL CONTENZIOSO</b>	
Tenuta dell'Albo degli avvocati esterni finalizzato al conferimento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio dell'Azienda e dei dipendenti. Registrazione contenzioso.	E
Gestione di tutte le richieste di risarcimento danni (apertura del sinistro, istruttoria, rapporti con le strutture interne e con la Medicina Legale, rapporti con le Compagnie Assicuratrici). Predisposizione eventuali atti deliberativi di liquidazione. Pubblicazione dati ai sensi della normativa vigente	E

<b>DIPARTIMENTO ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA</b>	
<b>UOC ORGANIZZAZIONE ATTIVITA' SANITARIE</b>	
Programmazione e controllo piattaforme produttive (degenza, ambulatori, sale)	I
Sviluppo del governo clinico e della qualità dei percorsi con attenzione alla continuità assistenziale e all'integrazione interdipartimentale	I
Razionalizzazione e centralizzazione dei servizi	I
Sviluppo di processi di riorganizzazione e di innovazione	I
Implementazione PDTA e Unit Multidisciplinari	I
Igiene ospedaliera, controllo rischio infettivo, gestione rifiuti	I
Azioni di verifica sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate	I
Continuità assistenziale e dimissione protetta	I
Integrazione nelle Reti regionali	I/E
Gestione e governo clinico attività di ricovero	I
Gestione e governo clinico attività in emergenza-urgenza	I
Gestione e governo clinico attività ambulatoriale istituzionale	I
Gestisce le procedure autorizzative e gli spazi per l'esercizio della libera professione	I
Assicura il corretto e coordinato esercizio dell'ALPI nel rispetto della Legge	I
Dispone le attività di ispezione-vigilanza in materia di libera professione	I
Verifica i volumi dell'attività libero professionale in rapporto alle attività istituzionali	I
Gestione attività specialistica e di ricovero in libera professione	I
Attività di medicina necroscopica	I
Attività di supporto alla direzione aziendale in qualità di consulente medico di parte nel contenzioso	I
Collaborazione con la UOSD Risk Management circa l'attività di competenza per il rischio clinico	I
<b>UOC FARMACIA OSPEDALIERA</b>	
Attività di distribuzione diretta farmaci e dispositivi	I
Programmazione fabbisogni farmaci e dispositivi	I
Monitoraggio della spesa e report periodici	I
Definizione di capitolati tecnici per l'approvvigionamento e partecipazioe alle gare	I/E
Aggiornamento PTO	I
Attività di farmacovigilanza	I/E
Diffusione di informazioni su farmaci e prescrizioni farmaceutiche (Note AIFA, Piani Terapeutici, Farmaci Stupefacenti, ecc.)	I/E
<b>UOSD RISK MANAGEMENT</b>	
Gestione del sistema di prevenzione, valutazione, monitoraggio e controllo del rischio clinico	I
Promozione strumenti per ridurre il rischio e per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure	I
Corretta alimentazione SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella	I
Redazione PARM e monitoraggio azioni previste	I
Implementazione adozione Raccomandazioni Ministeriali	I
Partecipazione alle attività del CVS	I/E
<b>UOSD FISICA SANITARIA</b>	
Controlli di qualità nella prevenzione dei rischi per i pazienti e gli operatori rispetto all'impiego, terapeutico e diagnostico, di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	I
Supporto tecnico per la gestione degli aspetti legali connessi con la detenzione e l'impiego di sostanze radioattive, radiogene, rifiuti radioattivi, ed effettuazione dei test di contaminazione in campioni ambientali	I/E
Provvede al controllo dei parametri radioprotezionistici degli impianti radiologici in fase di progettazione, collaudo e di verifica periodica e al monitoraggio dosimetrico di operatori e ambienti di lavoro	I
Contribuisce alla formazione ed all'addestramento del personale sanitario circa le tecnologie radiologiche e le metodiche connesse, in materia di radioprotezione e di sicurezza radiologica	I
<b>UOSD PSICOLOGIA OSPEDALIERA</b>	
Consulenza, valutazione psicodiagnostica e psicoterapia individuale o di gruppo, ai pazienti afferenti ai dipartimenti clinico-assistenziali, con l'obiettivo di contenere la sofferenza e promuovere un maggior benessere psicofisico	I
Potenziare le risorse dei pazienti ed dei loro familiari al fine di favorire un più efficace adattamento alla malattia ed un miglioramento della qualità di vita	I
<b>UOSD COORDINAMENTO DONAZIONI, PRELIEVI E TRAPIANTI D'ORGANO</b>	
Promuovere la donazione degli organi e dei tessuti	I/E
Trasmettere i dati relativi al donatore al Centro Regionale di riferimento	I/E
Coordinare gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo	I/E
Monitorizzare i decessi per individuare i potenziali donatori di organi e tessuti	I/E
Presentare annualmente, alla Direzione Medica dell'Azienda e al Coordinatore del Centro Regionale, una motivata relazione in merito all'attività svolta	I/E
Curare i rapporti con le famiglie dei donatori, sia nel contesto della donazione che nei momenti successivi	I/E
Svolgere attività di sensibilizzazione e consulenza nei confronti degli operatori sanitari sulle problematiche relative alla donazione ed al trapianto	I
Organizzare attività di informazione, di educazione sanitaria in tema di donazione	I/E

<b>STRUTTURA TECNICA COORDINAMENTO MALATTIE RARE</b>	
Gestione del Registro delle malattie rare in raccordo tecnico-funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, con i compiti di monitorare l'attività svolta in sede e di assicurare il flusso informativo verso il Registro Regionale	I/E
Scambio delle informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri regionali o interregionali e con gli organismi internazionali competenti	I/E
Garanzia della tempestiva diagnosi e dell'appropriata terapia, qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli	I
Consulenza e supporto ai medici del SSR in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento	I/E
Supporto alla attività di rendicontazione fornendo dati e relazioni	I
Collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive	I
Informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci	I/E

<b>DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE</b>	
<b>UOC GESTIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE</b>	
Programmazione, gestione, organizzazione e valutazione delle prestazioni assistenziali garantite dal personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, tecnico della prevenzione, assistenti sociali e dalle altre professioni	I
Sviluppo e valorizzazione delle professioni sanitarie, tecnico - sanitarie, sociali	I
Sviluppo del governo clinico e della qualità dei percorsi con attenzione alla continuità assistenziale e all'integrazione interdipartimentale	I
Razionalizzazione e centralizzazione dei servizi	I
Continuità assistenziale e dimissione protetta	I
Promozione del processo di responsabilizzazione professionale	I
Valorizzazione e promozione delle relazioni interprofessionali	I

<b>UOC FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE</b>	
Programmazione, gestione, organizzazione e valutazione delle prestazioni assistenziali garantite dal personale tecnico della riabilitazione	I
Formazione delle Professioni Sanitarie	I

<b>UOSD UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA</b>	
Promozione dell'appropriatezza assistenziale ed organizzativa oltre che all'aumento del turn over dei posti letto	I
Presenza in carico del paziente che, superata la fase acuta della malattia, necessita di assistenza infermieristica ad alta intensità	I
Garanzia di un adeguato percorso di uscita a pazienti "fragili"	I
Facilitazione della dimissione dei pazienti attraverso uno specifico percorso di continuità assistenziale	I

<b>DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO</b>	
<b>UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE</b>	
Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili (art.15 comma 5 Protocollo di Intesa Regione - Università)	I/E
Gestione economico - finanziaria, nel rispetto dei principi contabili e delle norme vigenti	I/E
Redazione delle scritture e tenuta libri obbligatori	I/E
Redazione del Bilancio di Previsione, di Esercizio	I/E
Rendicontazione trimestrale del Conto Economico Aziendale, in conformità alle disposizioni regionali	I/E
Gestione del sistema autorizzatorio e verifica dei budget assegnati ai centri ordinanti	I
Monitoraggio della spesa rispetto al bilancio di previsione e reportistica di monitoraggio	I/E
Rapporti con il Collegio Sindacale	I/E
Supporto amministrativo e contabile alle strutture operative	I
Manutenzione della matrice della contabilità analitica (Piano dei fattori e Centri di Costo)	I
Implementazione e monitoraggio dell'alimentazione della contabilità analitica integrata con la contabilità generale e sistemi di riconciliazione	I
Gestione delle chiusure della contabilità analitica di periodo (gestione della competenza); definizione e monitoraggio delle procedure di alimentazione, estrazione ed elaborazione dei dati per la produzione dei CE di analitica di periodo	I/E
Definizione e manutenzione del Piano dei centri di responsabilità Piano dei centri di costo e piano dei fattori produttivi e raccordo con il Piano dei Centri	I
Produzione rendicontazioni previste dalla normativa nazionale/regionale (maggiori costi, obiettivi di piano, modello LA, ecc.)	I/E
Ordinativi di pagamento e riscossioni	E
Gestione della cassa e tenuta dei rapporti con l'Istituto Tesoriere	E
Gestione contabile delle poste attive e passive di Bilancio	I/E
Certificazione dei debiti su Accordo Regionale e sulla piattaforma del MEF	E
Supervisione e controllo dei procedimenti di liquidazione attuati dai diversi uffici aziendali e del rispetto della tempistica di liquidazione prevista dalla normativa e monitoraggio dello stock del debito	I/E
Coordinamento dei percorsi attuativi per la certificabilità del bilancio (PAC)	I/E
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza degli atti di appalto ai sensi della vigente normativa	I/E

UOC AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	
Procedimenti, atti e provvedimenti concernenti il reclutamento del personale del SSR e l'attribuzione di funzioni assistenziali a docenti e ricercatori universitari	E
Applicazione istituti normativi al personale del SSR e al personale universitario	I
Gestione dei rapporti di lavoro	I
Procedimenti per il rilascio delle autorizzazioni per gli incarichi extraistituzionali	I/E
Procedimenti per il conferimento, la modifica e la revoca degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzioni del comparto	I
Gestione della procedura per le valutazioni del personale della dirigenza e del comparto	I
Gestione della presenza in servizio del personale e applicazione degli istituti normativi correlati	I
Procedimenti per l'accertamento della idoneità al servizio	I/E
Procedimenti di autorizzazione ai benefici di cui alla L. 104/1992	I/E
Gestione procedimenti concernenti gli infortuni sul lavoro	I/E
Gestione dati per l'anagrafe delle prestazioni	I/E
Gestione fascicoli del personale	I/E
Certificazioni di servizio/note informative concernenti lo stato giuridico del personale del SSR	I/E
Trattamento Economico di tutto il personale sia SSR che Universitario	I
Fondi Contrattuali Comparto, Dirigenza Medica e SPTA del SSR e Università	I/E
Elaborazione stipendiali mensili	I
Adempimenti contributivi previdenziali (INPS, INPDAP, INPGI, ENPAM, ENPAPI, ONAOSI) erariali (IRPEF, IRAP, IRES, IVA, IMU) ed assicurativi (INAIL)	E
Adempimenti connessi all'erogazione del salario accessorio da CCNL	I/E
Elaborazione, acquisizione e verifica della Certificazione Unica dei redditi percepiti dal personale	I/E
Predisposizione dati per Bilancio Economico di previsione e consuntivo e CE e contabilità analitica	I
Elaborazione Tabella B	I/E
Predisposizione e trasmissione del Conto Annuale al MEF	I/E
Certificazioni varie	I/E
Attività inerenti al trattamento di quiescenza del personale, ricongiunzioni e pensioni di inabilità	I/E
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza degli atti ai sensi della vigente normativa	I/E

UOC PROGRAMMAZIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	
Predisposizione del Piano Formativo aziendale	I
Rilevazione dei fabbisogni formativi dei diversi settori aziendali	I
Gestione degli eventi formativi: organizzazione, individuazione dei relatori, dei locali, delle apparecchiature e strumenti vari di supporto	I
Predisposizione di atti e provvedimenti in materia di formazione obbligatoria aziendale e extraaziendale e degli eventi formativi	I
Gestione dei vari livelli di relazioni sindacali: informazione, consultazione, concertazione e contrattazione	I/E
Predisporre protocollo di intesa per le redazioni sindacali.	I/E
Contrattazione decentrata aziendale per il personale SSR e Universitario	I
Gestione degli incontri sindacali: convocazione delle parti, verifica della regolarità dei soggetti partecipanti, verbalizzazione e predisposizione degli accordi e/o intese raggiunte.	I/E
Gestione dei rapporti con la UOC Amministrazione del Personale ed altri settori per l'attuazione degli accordi/raggiunti	I/E
Gestione permessi e altre prerogative sindacali in raccordo con la UOC Amministrazione del Personale	I/E
Gestione adempimenti correlati alla programmazione degli scioperi	I/E
Gestione procedimenti per la elezione della R.S.U. del personale del comparto e per la costituzione della R.S.A. del personale dirigenziale	I/E
Rilevazione dei bisogni formativi	I
Pianificazione e Programmazione dei percorsi formativi, coerenti con la pianificazione strategica e adozione strumenti di verifica	I
Gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale e con l'Aran per gli accordi e le intese raggiunte: trasmissione dei testi degli accordi, delle intese e dei contratti integrativi, predisposizione di note di comunicazione e riscontro a richieste e o osservazioni	I/E
Supporto alla direzione nei rapporti con gli interlocutori istituzionali dell'azienda	E
Relazioni sindacali	I/E
Strategie, piani e strumenti di comunicazione interna ed esterna	I/E
Supporto agli organi di vertice nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.	I
Supporto alla realizzazione sistema di qualità dei servizi, per gli aspetti organizzativi e tecnico -professionali	I/E
Supporto alle diverse articolazioni aziendali nell'individuazione, progettazione e realizzazione di specifici percorsi formativi quali momenti strategici nell'ambito di progetti di miglioramento.	I
Gestione dei rapporti con Sapienza Università di Roma	I/E

<b>UOC INGEGNERIA CLINICA</b>	
Predisporre il piano annuale e pluriennale degli investimenti in tecnologie sanitarie in attuazione del Piano Strategico aziendale e con il supporto della Commissione di Valutazione delle tecnologie sanitarie in attuazione del Piano Strategico aziendale nel rispetto delle apposite procedure di verifica dei fabbisogni	I
Produce, raccoglie e custodisce le certificazioni di competenza previste dalla legge relative alla sicurezza di impianti e strutture e provvede alla tenuta di tale documentazione	I
Rende disponibili, ai fini delle procedure di gara attuate dall' UOC "Beni e Servizi", le necessarie schede tecniche e capitolati di gara nel caso di forniture delle tecnologie sanitarie e di manutenzione delle stesse	I
Gestisce i contratti di locazione di apparecchiature elettromedicali o di altre attrezzature tecnico scientifiche in service, che abbiano ad oggetto la loro locazione e manutenzione, compresa la fornitura di materiali di consumo	I/E
Gestisce i contratti di manutenzione delle tecnologie sanitarie, compresi i libri macchina delle tecnologie e l'applicazione delle penali previste dai contratti garantendo i controlli ed avendo come riferimento i risultati delle rilevazioni di gradimento degli utenti e degli operatori	I
Assicura l'adeguatezza delle attrezzature sanitarie ai sensi del D. Lgs. 81/2008, sia al momento della fornitura e installazione che a seguito di interventi nel tempo di manutenzione ordinaria e/o straordinaria	I
Accerta la presenza delle certificazioni e delle marcature obbligatorie nelle tecnologie sanitarie	I
Svolge attività di collaudo delle tecnologie sanitarie, anche per il tramite di ditte esterne e svolge le attività di registrazione delle bolle di consegna, Monitora l'attività di addestramento ai fini della sicurezza in presenza di nuove o modificate tecnologie sanitarie	I
Interfaccia con la Regione Lazio per censimento grandi apparecchiature e con il MEF per concessioni, partecipazioni e immobili	E
Progettazione dei requisiti tecnici delle gare di acquisto delle apparecchiature di bassa e media tecnologia. Verifica/analizza l'appropriatezza delle acquisizioni delle apparecchiature di bassa e media tecnologia, perseguendo l'obiettivo di una razionalizzazione della dotazione delle apparecchiature e dei costi di acquisizione delle stesse	I
Interfaccia dell'Azienda con la Regione Lazio per la gestione dei finanziamenti destinati alle apparecchiature biomediche	E
Progettazione dei requisiti tecnici delle gare di acquisto delle apparecchiature di alta tecnologia	I
Supervisiona e verifica i collaudi delle apparecchiature	I
Coordina con l'RSPP e il Risk Manager relativamente alla sicurezza delle apparecchiature elettromedicali	I
Servizio di gestione dei guasti	I
Gestione del magazzino delle nuove macchine	I
Gestione archivio ticket richieste manutenzione	I
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza degli atti di appalto ai sensi della vigente normativa	I/E

<b>UOC TECNICO-PATRIMONIALE</b>	
Gestisce la procedura relativa alla accettazione di donazioni di beni mobili o immobili che accrescono il patrimonio aziendale	I
Elabora gli inventari ed aggiorna il libro cespiti - dispone la dichiarazione di fuori uso dei beni a valle dei corrispondenti giudizi espressi dalle competenti commissioni	I/E
Amministra i rapporti di uso dei beni immobili concessi in uso o ad altro titolo da parte dell'Università, dell'Agenzia del Demanio o da altri enti	I/E
Predisporre i contratti di locazione attiva e passiva di beni immobili e amministra i corrispondenti rapporti per la firma del Direttore Generale	I
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza degli atti di appalto ai sensi della vigente normativa ed in particolare ai sensi del D. Lgs. n. 50/2016 e della legge n. 190/2012 e ss.mm.ii.	I/E
Applica, in collaborazione con la UOC "Prevenzione e Sicurezza dei Lavoratori" le misure tecniche di prevenzione incendi e attiva i piani per l'emergenza.	I
Provvede alla attuazione e gestione, alla conservazione e al funzionamento del patrimonio immobiliare e impiantistico di proprietà dell'Azienda	I
Segue la realizzazione dei lavori (edili, impiantistici e tecnologici), siano essi riguardanti nuovi immobili, interventi di adeguamento o ristrutturazione di edifici, manutenzione ordinaria e straordinaria, come previsto dall'art. 93 del Decreto Legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e s.m.i., di direzione dei lavori e di sicurezza nei cantieri. Come previsto dal Titolo III del Decreto Legislativo 12 aprile 2006 n. 163 e successive modifiche e/o integrazioni.	I/E
Predisporre il piano annuale e pluriennale delle manutenzioni ordinarie.	I
Svolge, per tutti gli immobili e per gli impianti tecnologici, interventi in emergenza su chiamata delle varie strutture.	I
Esegue le verifiche periodiche di legge degli impianti di competenza e la tenuta dei relativi registri, con particolare riguardo agli impianti elettrici ed agli impianti di sicurezza, di emergenza e antincendio.	I
Provvede alla tenuta e aggiornamento dell'Albo Fornitori per le manutenzioni ordinarie degli immobili ed impianti	I
Adempie agli obblighi propri e delegati in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro ex D. Lgs. 81/2008 e s.m.i..	I
Adempie a tutti gli obblighi propri e delegati nel rispetto della Legge 196/03 e s.m.i.	I
Gestisce gli adempimenti relativi alla gestione delle gare di appalto per lavori di manutenzione straordinaria (capitolati, disciplinari, lettere invito, pubblicità ecc.).	I/E
Assicura la progettazione degli ambienti di lavoro (nuovi edifici e ristrutturazioni) secondo le norme di igiene e sicurezza del lavoro	I
Predisporre le pratiche per l'ottenimento degli atti autorizzativi necessari, ai sensi della vigente normativa, per la realizzazione delle opere e degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria	I/E
Adempie a tutti gli obblighi propri e delegati nel rispetto della Legge 196/03 e s.m.i.	I
Produce, raccoglie e custodisce le certificazioni di competenza previste dalla legge relative alla sicurezza di impianti e strutture e provvede alla tenuta di tale documentazione.	I

UOC SANITA' DIGITALE	
Cura i rapporti con AGID e con il Garante della Protezione dei dati personali e con la Direzione Regionale dei Sistemi Informativi.	E
Definisce le strategie di sviluppo in tema di ICT, ehealth e telemedicina	I/E
Definisce, progetta, acquisisce, integra e coordina le tecnologie, le infrastrutture ed i sistemi informatici e di comunicazione aziendali, integrati in un unico sistema tecnologico.	I/E
Coordina ed indirizza l'attività di tutte le funzioni specialistiche e sistemistiche competenti per la gestione dei sistemi e delle applicazioni aziendali.	I/E
Coordina ed indirizza la progettazione, la configurazione, il test, la gestione delle infrastrutture di calcolo e di storage in esercizio nel data centre aziendale, comprese le infrastrutture dei sistemi software di base ed applicativi.	I
Coordina ed indirizza la progettazione, la realizzazione, la configurazione, la gestione, l'integrazione tecnologica e funzionale delle infrastrutture di rete, dei sistemi e delle tecnologie di comunicazione con le infrastrutture applicative.	I/E
Indirizza e coordina la gestione sistemistica dei data-base aziendali da parte degli Amministratori di sistema assicurando le funzioni di DBA e di DBM, l'esecuzione dei back-up giornalieri e delle prove di restore dei dati.	I
Genera flussi di dati previsti da normative nazionali e regionali e li mette a disposizione delle funzioni aziendali deputate al loro controllo, alla validazione e al conseguente invio ai competenti Organi	I/E
Autorizza e coordina la generazione delle identità, dei ruoli, dei profili applicativi e delle credenziali necessarie per l'accesso ai sistemi aziendali da parte degli Incaricati accreditati dai rispettivi Responsabili del trattamento	I
Coordina l'utilizzo delle risorse ICT, assicura la gestione sistemistica e operativa del Data Centre aziendale, coordina le attività di manutenzione dei dispositivi elettronici	I
Provvede alla configurazione e all'aggiornamento dei sistemi	I
Collabora alla definizione dei metodi e degli standard di integrazione vigilando sull'operato dei fornitori in relazione al recepimento e all'esecuzione delle specifiche e delle prescrizioni del responsabile dei sistemi informativi, vigilando sul loro operato, procedendo ai test, predisponendo e sottoscrivendo le certificazioni di regolare esecuzione	I/E
Collabora alla progettazione e alla definizione delle linee di sviluppo dei sistemi di calcolo, dello storage e dei data-base aziendali, delle infrastrutture di rete e dei sistemi di comunicazione aziendali	I
Assicura la gestione sistemistica specialistica ed operativa degli apparati e dei dispositivi di rete e di comunicazione supportando le esigenze di call e video conference dell'Azienda	I
Collabora alla definizione e procede all'attuazione delle politiche di protezione e di sicurezza delle infrastrutture e dei sistemi ICT aziendali nell'ambito del NOC	I
Costituisce il SOC ed effettua la relativa vigilanza proattiva e reattiva	I
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza ai sensi della vigente normativa	I/E

UOC BENI E SERVIZI	
Predisposizione del Programma biennale degli Acquisti di beni e servizi che non siano riservati per competenza di materia ad altre Strutture aziendali	I/E
Gestione delle procedure di acquisto dei beni di consumo sanitari e non sanitari, dei servizi, delle apparecchiature e degli arredi, utilizzando le procedure di gara previste dalla vigente normativa ed in particolare dal D. lgs. n.50/2016, avvalendosi anche delle Convenzioni CONSIP esistenti e del MEPA (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione)	I/E
Coordina le attività di approvvigionamento di beni e servizi (anche con l'emanazione di protocolli e procedure operative, regolamenti, linee guida e direttive) ed individua nel proprio ambito i Responsabili Unici dei procedimenti ai sensi del D. Lgs. 50/2016	I/E
Gestione dei rapporti con la Direzione Centrale Acquisti della Regione Lazio per lo svolgimento di gare centralizzate nelle materie di propria competenza, di intesa con le proprie UU.OO.SS.	I/E
Gestione della cassa economica	I/E
Gestione delle attività riguardanti gli adempimenti informativi verso la Regione, il Collegio Sindacale l'A.N.A.C. e il M.E.F.	I/E
Amministra e gestisce i magazzini economici, monouso e per lo strumentario chirurgico, contribuendo alla revisione ed aggiornamento delle procedure informative ed amministrative di propria competenza	I
Monitora la scadenza dei contratti di appalto di competenza e sollecita le Strutture clienti interne a rinnovare i fabbisogni e a declinare le specifiche tecniche di prodotto o di servizio, per esperire nuove gare	I
Indice ed esperisce le procedure di individuazione dei contraenti secondo la disciplina del codice degli appalti pubblici	I/E
Gestione dei contratti di fornitura e servizi aggiudicati, nei limiti delle risorse economiche finanziarie assegnate con singoli budget di spesa. Controlla il corretto svolgimento dei contratti di fornitura e di servizio in corso di esecuzione, ferma restando la competenza degli eventuali DEC all'uopo individuati	I/E
Sovrintende alla emissione di ordinativi di fornitura di beni e servizi e al ciclo passivo delle fatture, tramite sistema tecnico contabile in dotazione, disponendone la liquidazione, previo positivo riscontro	I/E
Stipulazione in forma pubblica amministrativa dei contratti di appalto di beni e servizi di rilievo sovracomunitario; tenuta e conservazione del repertorio dei contratti; adempimenti con le Autorità preposte al pagamento delle tasse e delle spese di registro	I/E
Svolgimento dei procedimenti e delle attività amministrative di supporto all'Autoparco aziendale.	I
Gestione degli adempimenti inerenti la pubblicità e la trasparenza degli atti di appalto ai sensi della vigente normativa ed in particolare ai sensi del D. lgs. n. 50/2016 e della legge n. 190/2012 e ss.mm.ii.	I/E

UOSD GESTIONE ATTIVITA' RICETTIVE NO CORE	
Gestione dei servizi alberghieri, dei servizi di mensa e delle attività ricettive e di ospitalità "no core"	I
Flussi delle persone	I/E
Segnaletica	I/E
Pianificazione e monitoraggio degli interventi atti a promuovere il decoro dell'ospedale, inclusa la viabilità e la vivibilità dell'ospedale	I