

FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA

ATTO AZIENDALE



Regione Lazio

INDICE

PARTE I – GENERALITA', PRINCIPI E POLITICHE

1. DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE E LOGO	7
2. ASSETTI ISTITUZIONALI DEL PTV	7
2.1 Cornice normativa	7
2.2. Evoluzione degli assetti istituzionali del PTV	10
3. CARATTERI E SPECIFICITÀ DELL'ATTO AZIENDALE DEL PTV	14
3.1 Specificità dell'Atto aziendale del PTV	14
3.2 Principi e valori: la <i>mission</i> e <i>vision</i>	16
4. GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL PTV QUALE POLICLINICO UNIVERSITARIO	18
4.1 Ospedale di alta specializzazione	18
4.1.1. <i>Analisi del contesto e considerazioni generali</i>	19
4.1.2. <i>Il problema dell'invecchiamento della popolazione</i>	19
4.1.3. <i>Il PTV oggi</i>	20
4.1.4. <i>Il PTV nella Rete dell'Emergenza</i>	21
4.1.5. <i>Rete Emergenza cardiologica e cardiocirurgica</i>	21
4.1.6. <i>Rete Trauma grave e Neurotrauma</i>	24
4.1.7. <i>Rete Ictus</i>	25
4.1.8. <i>Rete Emergenza Adulti</i>	26
4.1.9. <i>Rete Malattie infettive</i>	27
4.1.10. <i>Reti oncologiche</i>	28
4.1.11. <i>Rete della Terapia del dolore</i>	28
4.1.12. <i>Reti specialistiche</i>	30
4.1.13. <i>Rete Servizi trasfusionali</i>	30
4.1.14. <i>L'integrazione "ospedale – territorio": partecipazione del PTV ai programmi di sviluppo dell'assistenza territoriale</i>	34
4.1.15. <i>Le eccellenze del PTV</i>	35
4.2 Ospedale di insegnamento	40
4.3 Ospedale di ricerca: verso l'IRCCS	45
5. IL PATRIMONIO	46
5.1 Evoluzione degli assetti giuridici	46
5.2 L'evoluzione architettonica, organizzativa e strutturale	47
5.2.1. <i>La composizione volumetrica e funzionale</i>	47
5.2.2. <i>La piastra servizi</i>	48
5.2.3. <i>Le torri degenze</i>	50
5.2.4. <i>L'edificio direzionale</i>	51
5.3 La dotazione tecnologica	51
5.3.1. <i>Il Parco tecnologico</i>	51
5.3.2. <i>Sistemi di aggiornamento e manutenzione</i>	54
6. LA DOTAZIONE ORGANICA	55
7. IL PTV E I RAPPORTI CONVENZIONALI CON GLI ENTI ESTERNI DI CUI ALL'ALLEGATO A DEL PROTOCOLLO D'INTESA	

PARTE II – GLI ASSETTI ISTITUZIONALI E ORGANIZZATIVI

TITOLO I

L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Capo I – Organi della Fondazione di Diritto privato PTV e residue funzioni di gestione dell'Azienda ospedaliera universitaria PTV

Art. 1 Disposizioni generali	60
Art. 2 Assemblea dei soci fondatori	62
Art. 3 Presidente della Fondazione	62
Art. 4 Vicepresidente della Fondazione	63
Art. 5 Consiglio di amministrazione	63
Art. 6 Direttore generale	64
Art. 7 Residue funzioni di gestione dell'AOU da parte del Direttore generale	65
Art. 8 Collegio dei revisori dei conti	66
Art. 9 Collegio di direzione	67

Capo II – Gli organismi, i comitati e le commissioni

Art. 10 Ricognizione	68
Art. 11 Consiglio dei Sanitari	68
Art. 12 Comitato dei Garanti	69

Capo III – Direzione aziendale e rapporti con le strutture operative

Art. 13 Disposizioni generali	70
Art. 14 Direzione aziendale: rapporti tra Direttore generale, Direttore amministrativo e Direttore sanitario	70
Art. 15 Direttore amministrativo e Direttore sanitario	70
Art. 16 Il principio di delega - esercizio da parte dei dirigenti di poteri delegati e di diretta attribuzione	72
Art. 17 La delega per la sicurezza	74

TITOLO II

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Capo I – Disposizioni generali

Art. 18 Le articolazioni strutturali	75
Art. 19 I Programmi	76
Art. 20 Le responsabilità professionali di natura funzionale	77

Capo II – L'organizzazione delle aree di governo: Direzione generale, amministrativa e sanitaria

Art. 21 Le funzioni in staff alla Direzione generale	77
Art. 22 L'Area amministrativa	80
Art. 23 L'Area del governo clinico	82
Art. 24 Rinvio all'organigramma e al funzionigramma	85

Capo III – L’organizzazione sanitaria

Art. 25 Il Dipartimento ad attività integrata (DAI)	85
Art. 26 Gli organismi del DAI	87
Art. 27 Il Direttore del DAI	87
Art. 28 Il Comitato del DAI	88
Art. 29 I rapporti fra il DAI e i Dipartimenti universitari (DU)	89
Art. 30 L’ Area funzionale	90
Art. 31 Le articolazioni strutturali interne al DAI	90
Art. 32 I Programmi	92
Art. 33 Le responsabilità professionali di natura funzionale	92
Art. 34 L’utilizzo delle risorse umane afferenti alle UOC e alle UOSD sanitarie e cliniche	93
Art. 35 L’utilizzo delle attrezzature elettromedicali	94
Art. 36 I blocchi operatori	94
Art. 37 Gli ambulatori	94
Art. 38 Definizione delle strutture dell’organizzazione assistenziale del PTV	94

TITOLO III

LA DISCIPLINA DEGLI INCARICHI

CAPO I - Il conferimento degli incarichi dirigenziali

Art. 39 Disposizioni generali	96
Art. 40 L’incarico di direzione del DAI	96
Art. 41 L’incarico di responsabile di Area funzionale	97
Art. 42 L’incarico di direzione di UOC	97
Art. 43 L’incarico di responsabile di UOSD e di UOS	98
Art. 44 La titolarità di Programma	99
Art. 45 Gli incarichi professionali	99
Art. 46 Le funzioni professionali del personale convenzionato	100
Art. 47 Disposizioni finali	100

CAPO II - Il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali

Art. 48 La valutazione degli incarichi	100
Art. 49 Il Collegio tecnico	101
Art. 50 L’Organismo indipendente di valutazione della <i>performance</i>	102
Art. 51 La misurazione e valutazione della <i>performance</i>	103
Art. 52 Disposizioni finali	104

CAPO III - L’affidamento e la valutazione degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento

Art. 53 Gli incarichi di posizione organizzativa	104
Art. 54 Le funzioni di coordinamento	104
Art. 55 Disposizioni finali	105

PARTE III – I SISTEMI

I. IL SISTEMA DI GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO E IL PIANO DELLA <i>PERFORMANCE</i>	105
1.1. Il governo economico finanziario e il sistema di contabilità	105
1.1.1. Il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili	107
1.1.2. I Percorsi attuativi della <i>Certificabilità (PAC)</i>	107
1.1.3. Il Piano di rientro regionale e il Piano di rientro aziendale	108

1.1.4.	<i>Il controllo della spesa</i>	109
1.1.5.	<i>Il controllo interno</i>	109
1.1.6.	<i>Piano strategico triennale di attività</i>	109
1.2.	<i>Il Piano della performance e il sistema di budget</i>	110
1.2.1.	<i>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi</i>	111
1.2.2.	<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	111
1.2.3.	<i>Il Controllo direzionale</i>	112
2.	IL SISTEMA DELLA PROGRAMMAZIONE E LA POLITICA DEGLI ACQUISTI	113
2.1.	Pianificazione e programmazione	113
2.2.	La politica degli acquisti di beni e di servizi	113
2.3.	La UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori	114
2.4.	Pianificazione e razionalizzazione acquisti farmaci e dispositivi medici	114
2.5.	La Commissione terapeutica aziendale (CTA)	116
3.	IL SISTEMA DELLA SICUREZZA SUL LAVORO	116
4.	IL SISTEMA DELLA SICUREZZA DEI PERCORSI DI CURA	120
4.1.	Il paziente al centro del sistema	120
4.2.	<i>Il Risk Management</i>	120
4.2	Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)	121
4.3	La responsabilità professionale medica e il Comitato valutazione sinistri (CVS)...	122
5.	IL SISTEMA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	123
6.	IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	124
7.	IL SISTEMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	126
7.1.	L'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali (APSS)	126
7.2.	Le strutture dell'APSS	127
8.	IL SISTEMA DELL'ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE	127
8.1.	La politica dell'umanizzazione	127
8.2.	Accoglienza, tutela e partecipazione	128
8.3.	Gli strumenti	129
8.3.1.	<i>La Carta dei Servizi</i>	129
8.3.2.	<i>L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)</i>	130
8.3.3.	<i>L'Audit civico</i>	130
8.3.4.	<i>Il Tavolo misto permanente della partecipazione e la valutazione della soddisfazione</i>	130
8.3.5.	<i>Gli strumenti comunicativi</i>	131
9.	IL SISTEMA DEGLI STUDI CLINICI	131
9.1.	Gli studi clinici	131
9.2.	Il Comitato Etico indipendente (CEI)	132
9.3.	Aspetti economici	133
10.	L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA	133
10.1	Principi informativi	133
10.2	Obiettivi strategici e operativi	134

PARTE I
GENERALITA', PRINCIPI E POLITICHE

1. DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE E LOGO

La denominazione della Fondazione è, allo stato, “*Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata*”, di seguito denominata per brevità “Fondazione”.

L’acronimo del Policlinico universitario gestito dalla Fondazione è costituito dalle tre lettere maiuscole: **PTV**. L’utilizzo dell’acronimo in luogo della denominazione per esteso ha inteso permettere il riconoscimento della struttura da parte dell’utenza in modo semplice e diretto, secondo canoni propri della comunicazione aziendale. La sede legale è in Roma, Viale Oxford 81, 00133 Roma, C.F. 97503840585, partita IVA 10110821005.

Il logo aziendale rimane confermato in quello già in uso dall’Azienda Policlinico e di seguito raffigurato



Il logo raffigura un uomo inginocchiato nell’azione di piantare nella terra una pianta di alloro: i colori prescelti sono quelli del verde scuro e del verde chiaro. Il logo ha inteso racchiudere in forma di icona le stesse ragioni d’essere della struttura. L’uomo è metafora del progetto del PTV: cura, rispetto e impegno al servizio esclusivo della persona. L’alloro, paradigma del sapere universitario, richiama nelle culture mediterranee la salute e la difesa delle leggi.

Attraverso l’uso del logo, negli strumenti di comunicazione interna ed esterna della Fondazione, si consolidano e riaffermano quotidianamente la cultura e i valori comuni che sono alla base del progetto di un nuovo modello di ospedale: *un ospedale umano, aperto e sicuro*.

Nella documentazione a valenza esterna, oltre al logo del PTV, sono altresì utilizzati quello della Regione Lazio e dell’Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

Il sito *internet* aziendale, a 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.ptvonline.it.

2. ASSETTI ISTITUZIONALI DEL PTV

2.1. CORNICE NORMATIVA

Con riguardo alla complessa evoluzione della natura giuridica dell’attuale Fondazione di diritto privato Policlinico Tor Vergata - che, ai soli effetti della titolarità dei rapporti di lavoro del personale di Comparto Universitario e dei rapporti convenzionali di cui all’ACN della medicina specialistica ambulatoriale - mantiene altresì, allo stato, la qualifica di Azienda ospedaliero-universitaria - e con riferimento alla prospettiva di trasformazione della stessa Fondazione verso la conclusiva configurazione di Fondazione di diritto pubblico IRCCS, così come declinata e temporizzata nel Protocollo d’intesa (*vedi infra ultimo cpv.*), si riporta di seguito la principale normativa di legge, unitamente alla correlata decretazione ministeriale, regionale e universitaria di applicazione, costituente il quadro di riferimento per l’adozione del presente Atto aziendale.

Detto quadro di riferimento normativo, con riguardo alla speciale posizione istituzionale del PTV e agli sviluppi istituzionali pianificati nel suddetto Protocollo d’intesa, è di particolare complessità, in

quanto costituito - oltre che dalla normativa generale, statale e regionale, in materia di *organizzazione delle aziende sanitarie* applicabile in via diretta o in quanto compatibile ai policlinici universitari - anche dalla speciale normativa relativa alla organizzazione delle *aziende universitario-ospedaliere*, da coordinare ulteriormente, nel caso del PTV, con la disciplina statale e regionale, in materia, da un lato, di *sperimentazione gestionale* e, dall'altro, di costituzione e regolamentazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nella particolare fattispecie delle *fondazioni di diritto pubblico IRCCS*.

Al riguardo con riferimento alla principale disciplina di rango legislativo e ai più rilevanti atti di relativa applicazione - ferme restando le ulteriori leggi nazionali e regionali di settore e i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro non specificamente citate in questa sede - si richiamano:

- ✓ D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., con riguardo, in via generale, agli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto applicabili alle aziende universitarie, nonché con particolare riferimento alla disciplina di cui all'articolo 6 in materia di "*Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*" e alla disciplina statale in materia sperimentazione gestionale di cui all'articolo 9-bis "*Sperimentazioni gestionali*"
- ✓ L.R. n. 18/1994 recante "*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*" e ss.mm.ii., con particolare riguardo, da ultimo, alle modifiche di cui alla L.R. 7/2014 recante "*Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: Disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell'ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie*";
- ✓ D. Lgs. n. 517/1999 e ss.mm.ii., recante "*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419*", in esecuzione del quale è stato emanato il D.P.C.M. 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 D. Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della L. 15 marzo 1997, n. 59*", di estremo rilievo in quanto integrativo delle linee-guida regionali in materia di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;
- ✓ D. Lgs. n. 368/1999 e ss.mm.ii. così come successivamente attuato sia con riguardo agli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, definiti, da ultimo, con D.M. 4 febbraio 2015 e successive modificazioni e integrazioni, ("*Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria*"), sia con riguardo all'organizzazione della rete formativa afferente dette Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria disciplinata, da ultimo, con Decreto interministeriale n. 402 del 13/6/2017 e relativi allegati, recante "*gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria*";
- ✓ D. Lgs. n. 288/2003 e ss.mm.ii., recante "*Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3*", con particolare riguardo all'articolo 13 in materia di istituzione di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, così come attuato e declinato con D.M. 14-3-2013 e ss.mm.ii. recante "*Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*";
- ✓ L.R. n. 26/2007, con riguardo all'articolo 42 (*Norme relative alle aziende integrate ospedaliero-universitarie*) - così come successivamente modificato dal combinato disposto dell'articolo [6, comma 5](#), [L.R. n. 6/2011](#) e dell'articolo [1, comma 126](#), [L.R. n. 12/2011](#) - specificamente dedicato, ai sensi dei commi 3, 4 e 5, alla *sperimentazione gestionale* concernente la fondazione "*Policlinico Tor Vergata*"
- ✓ L. n. 240/2010 recante "*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””, con particolare riferimento all’articolo 6 comma 13 nonché ai successivi, correlati atti di indirizzo, ancora, allo stato, in via di definizione;

- ✓ L.R. n. 6/2011, con particolare riguardo al citato articolo 6 (“*Promozione della costituzione dell’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di Tor Vergata*”), così come modificato dal parimenti citato articolo [1, comma 126, L.R. n. 12/2011](#)
- ✓ D.L. n. 95/2012 recante “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012, con particolare riferimento all’articolo 15 in materia di “*Disposizioni urgenti per l’equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica*”;
- ✓ D.L. n. 158/2012 recante “*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*” convertito con modificazioni dall’[art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189](#);
- ✓ Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo “*Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016*”;
- ✓ D.M. 2 aprile 2015, n. 70 recante “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”;
- ✓ L. n. 208/2015 e ss.mm.ii. recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*” ed in particolare il comma 528 - applicabile anche alle aziende ospedaliere universitarie (AOU), agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura - in materia di piani di rientro aziendali tesi al raggiungimento dell’equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all’adeguamento dell’offerta, così come poi declinato dal D.M. 21-6-2016 recante “*Piani di cui all’articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici*”;
- 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*”;

Con riferimento ai principali atti regionali e/o atti d’intesa tra Università e Regione inseriti nella suddetta complessiva cornice normativa di riferimento e direttamente rilevanti ai fini della definizione del presente atto, si richiamano, altresì, qui di seguito, tra gli altri e più recenti:

- ✓ DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, recante l’adozione della nuova edizione dei “*Programmi Operativi 2013/2015*”, unitamente alla successiva decretazione commissariale di applicazione;
- ✓ DCA n. U00052 del 22 febbraio 2017 - e successive modifiche e integrazioni di cui, da ultimo, al DCA n. 412 del 14 settembre 2017 - avente ad oggetto l’Adozione del *Programma operativo 2016/2018*”;
- ✓ DCA n. U00412 del 26 novembre 2014 - e successive modificazioni riportate nel DCA U00214 del 15 giugno 2016 - contenente, a rettifica del precedente DCA 368/2014, la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Lazio, così come, da ultimo, ulteriormente implementato ed integrato, anche in applicazione del citato DM 2 aprile 2015, n. 70, dai DD.CC.AA. n. U00257 del 05 luglio 2017 e n. U00291 del 18 luglio 2017, con particolare riguardo alla definizione del numero e della tipologia dei posti letto e delle relative discipline afferenti il Policlinico Tor Vergata nonché alla collocazione e ruolo dello stesso Policlinico nell’ambito delle reti assistenziali regionali, con specifico riferimento alle reti assistenziali tempo-dipendenti, così come programmate dai vari provvedimenti regionali emanati successivamente al citato DCA n. U00412 del 26 novembre 2014;
- ✓ DCA n. U00413 del 15/09/2017 di recepimento in ambito regionale del citato DPCM 12.01.2017 di Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

- ✓ DCA n. 00223 del 16 giugno 2017 con il quale sono stati approvati i piani di rientro aziendali triennali delle sei aziende ospedaliere regionali individuate con DCA 273/2016, tra cui dello del Policlinico di Tor Vergata adottato con DDG 228/2017, in applicazione dei commi 525 e ss. della citata L. 208/2015 in materia di piani di rientro aziendali tesi al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, così come poi declinati dal D.M. 21-6-2016 recante *“Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici”*;
- ✓ DCA n. 259/2014 e ss.mm.ii, recante l' *“Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”*, applicabile anche, ai sensi del relativo punto 2 (*“AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI”*), al Policlinico Tor Vergata, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma *“Tor Vergata”* al PTV, *“direttamente o per analogia e compatibilmente con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento”*, fonti che, si ripete, sono attualmente rinvenibili - oltre che, per la parte propriamente *“organizzativa”*, nella suddetta normativa di cui al D. Lgs. n. 517/1999, al D.P.C.M. 24 maggio 2001 e alla L. 240/2010 - anche, con riguardo, in particolare, agli assetti propriamente *“istituzionali”*, nella speciale normativa di cui alla L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii. e all'ivi richiamato D. Lgs. n. 288/2003, così come poi declinato e temporizzato (vedi *infra*) dal successivo Protocollo d'intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma *“Tor Vergata”*;
- ✓ e, segnatamente, il DCA n. U00208 del 6 giugno 2017, pubblicato sul BURL del 20 giugno 2017, con il quale si prende atto del Protocollo d'intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma *“Tor Vergata”*, stipulato in data 23 maggio 2017, che disciplina i rapporti convenzionali tra i suddetti enti anche ai fini e per gli effetti della adozione del presente Atto aziendale della Fondazione Policlinico Tor Vergata ai sensi della suddetta normativa statale e regionale;
- ✓ il DCA n. U00501 del 27 novembre 2017 con il quale si prende atto del Protocollo d'intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma *“Tor Vergata”*, stipulato in data 24 novembre 2017 (di seguito denominato *“Protocollo d'intesa”*), che sostituisce il precedente Protocollo di cui al DCA n. U00208 del 6 giugno 2017, al fine di recepire i rilievi espressi dai Ministeri affiancanti, senza apportare alcuna modifica agli effetti della disciplina organizzativa del presente Atto aziendale.

2.2. EVOLUZIONE DEGLI ASSETTI ISTITUZIONALI DEL PTV

Ai sensi dell'art. 4, comma 5° del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - che definiva i Policlinici universitari come *“aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile”* - con Decreto Rettoriale n. 2297 del 15 ottobre 1998 è stata costituita *“l'Azienda Autonoma dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata denominata Policlinico Tor Vergata”*.

Il successivo D. Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 (*“Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419”*) ha dettato un nuovo assetto dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, prevedendo che ogni collaborazione tra gli stessi dovesse svolgersi attraverso Aziende Ospedaliere-Universitarie aventi autonomia personalità giuridica.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 4 agosto 2000 è stata disposta l'attivazione, a far data dall'8.8.2000, *“dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del comma 2 del D. Lgs. 517/1999 già istituita con provvedimento del Rettore n. 2297 del 15 ottobre 1998”*, disponendo nel contempo che, dalla medesima data, tale Azienda *“acquisisce la capacità giuridica di assumere obbligazione attive e passive nei confronti di terzi”*.

Con DGR 2540 del 12.12.2000 la Regione Lazio “prende atto, nelle more della definizione del complessivo protocollo di intesa, del programma relativo all’avvio dell’attività assistenziale dell’Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata”.

Successivamente, Regione e Università hanno avviato il percorso per attivare una “*sperimentazione gestionale*”, consistente nella costituzione dell’attuale Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, prevedendo la stipula di apposito Protocollo d’intesa ex art. 1 del D. Lgs. n. 517/1999, previamente approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 193 e con deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell’Università di Tor Vergata del 23 novembre 2004 e del 9 dicembre 2004.

In tale prospettiva, in data 11 marzo 2005, l’Università e la Fondazione hanno stipulato, in forma notarile, l’atto costitutivo della Fondazione PTV, allegandovi lo statuto così come approvato dalla citata deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 193, e, in data 18 giugno 2005, hanno infine stipulato il citato Protocollo d’intesa conformemente alla suddetta deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 193.

In particolare, il Protocollo d’intesa ha delineato i caratteri generali dell’attuale Fondazione PTV, destinata a subentrare gradualmente nelle attività sanitarie svolte dall’Azienda ed avente ad oggetto la realizzazione di un modello istituzionale ed organizzativo delle aziende ospedaliere universitarie e la gestione sperimentale integrata delle attività sanitarie, di didattica applicata e di ricerca facenti capo al Policlinico (art. 6, comma 2, del Protocollo d’intesa).

In realtà, la Fondazione non è entrata in immediata operatività (vedi infra: articolo 42 della Legge regionale n. 26 del 28 dicembre 2007 e successivo, nuovo atto notarile e iscrizione al registro delle persone giuridiche private effettuata solo nel 2008) e, nel frattempo, alla luce del nuovo CCNQ 2002/2005 e del conseguente CCNL Comparto Università 2002/2005, il personale dipendente dell’AOU Policlinico Tor Vergata, in origine afferente al Comparto Sanità e già reclutato tramite procedure concorsuali pubbliche da parte dell’AOU, è stato collocato nelle fasce AOU di cui all’art. 28 del CCNL Comparto Università, anche a seguito di provvedimenti giurisdizionali da parte del Giudice del Lavoro del 31.5.2006 e del 20.11.2006, con conseguente applicazione degli istituti giuridici del Comparto Università e conservazione a carico dello stesso PTV del relativo trattamento economico complessivo e correlati oneri economici, già integralmente a carico dello stesso PTV in ragione dell’originaria assunzione di detto personale con Comparto Sanità.

Il legislatore regionale è intervenuto nuovamente nella materia dell’integrazione tra attività ospedaliera e attività universitaria con il citato articolo 42 della Legge regionale 28 dicembre 2007, n. 26 confermando, in particolare, il processo di sperimentazione riguardante il Policlinico Tor Vergata.

Sulla base di tale previsione normativa regionale, con atto notarile del 18 febbraio 2008, la Regione e l’Università, in qualità di Soci della Fondazione, hanno quindi modificato la Fondazione PTV ed adottato un nuovo statuto, in adeguamento alla suddetta disposizione di Legge regionale, nominando contestualmente i nuovi membri del Consiglio di amministrazione e i nuovi membri del Collegio dei Revisori.

Con deliberazione n. 6 del 30 giugno 2008, il Consiglio di amministrazione della Fondazione, preso atto dell’avvenuta attribuzione della personalità giuridica di diritto privato in capo alla Fondazione, ha dato esecuzione alla presa in consegna a titolo di comodato d’uso gratuito del complesso dei beni materiali e immateriali costituenti il Policlinico, divenendo in tal modo pienamente operativa.

Con riferimento alle residue competenze dell’AOU PTV, con ulteriore delibera n. 10 del 30 giugno 2008, il Consiglio di amministrazione della Fondazione, nel dare atto del trasferimento in capo alla Fondazione di tutti i rapporti attivi e passivi già in capo all’Azienda, ha previsto che le seguenti categorie di rapporti giuridici restassero in capo all’AOU:

- personale dipendente dell’AOU al 30.6.2008 - unitamente al personale assunto successivamente al 30.6.2008 in esito a procedure già deliberate dall’AOU alla suddetta data - contrattualmente regolato così come sopra riportato

- prestatori d'opera in regime libero-professionale ricondotti all'ACN della medicina specialistica ambulatoriale interna.

Con la deliberazione del Direttore generale n. 2 del 1° agosto 2008, è stato, quindi, adottato “l'Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV”, in ossequio alla deliberazione n. 12 assunta il 31 luglio 2008 dal Consiglio di amministrazione ed avente ad oggetto i criteri per l'adozione dell'Atto stesso.

Con successivo atto notarile del 5 febbraio 2009, lo Statuto è stato nuovamente modificato nel senso di prevedere la figura del Vicepresidente del Consiglio di amministrazione con poteri vicari del Presidente.

Dal punto di vista giuridico-organizzativo, la Fondazione PTV ha la forma giuridica di una “fondazione di partecipazione” regolata in primo luogo dalle disposizioni del codice civile, senza scopo di lucro, i cui enti partecipanti nonché soci fondatori sono la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

In coerenza con l'atto costitutivo e lo statuto, e con riguardo agli assetti propriamente istituzionali, la Fondazione, è dotata di personalità giuridica e piena autonomia imprenditoriale, finanziaria, organizzativa e gestionale per il raggiungimento delle finalità istituzionali e della *mission* aziendale, oggetto del presente Atto aziendale e trattati nei successivi titoli.

La Fondazione è lo strumento individuato da Regione ed Università per garantire il diretto e costante coinvolgimento delle rispettive rappresentanze istituzionali nella gestione integrata delle funzioni di assistenza (comprese le attività di eccellenza previste dalla programmazione regionale), di didattica e di ricerca, necessarie e funzionali allo sviluppo delle attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università ed al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionale.

La Fondazione PTV ha natura meramente formale privatistica ma deve ritenersi annoverabile a pieno titolo tra gli Enti che godono di uno *status* giuridico materiale di diritto pubblico, definibile, secondo la nozione comunitaria e interna, quale *organismo di diritto pubblico*, sulla base dei seguenti fattori:

- la natura pubblica dei soci fondatori (Regione e Università);
- la *prestazione di servizi aventi natura pubblica*, coincidenti con la *gestione delle attività sanitarie facenti capo al Policlinico Tor Vergata*, precedentemente prestate dall'Azienda PTV;
- la soddisfazione di *esigenze di interesse generale, aventi carattere non industriale o commerciale*;
- la soggezione al controllo della Corte dei Conti;
- l'accesso diretto, non in regime di convenzione con la Regione, alla quota di finanziamento *ex art. 8 sexies* del D. Lgs. 502/92, relativo alla remunerazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali a valere sul riparto del FSR;
- l'applicazione al personale delle norme del *pubblico impiego*;
- la vincolante applicazione della normativa comunitaria in materia di *Appalti pubblici*;

L'operatività di tale modello di *governance*, ha, tuttavia, implicato rilevanti complessità di natura istituzionale - anche in considerazione delle dinamiche connesse alla compresenza di due enti distinti quali la Fondazione e l'Azienda - complessità che hanno suggerito l'avvio della procedura di riconoscimento di cui agli articoli 13 e 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, così come declinata normativamente dall'articolo 6 della L.R. 22 aprile 2011, n. 6, menzionata nel precedente paragrafo.

In tale prospettiva, con deliberazione del Consiglio di amministrazione della Fondazione n. 1 del 18 luglio 2011 è stato conseguentemente conferito mandato al Direttore generale della Fondazione, anche nella sua veste di Direttore generale dell'Azienda, ad adottare tutti gli atti funzionali e consequenziali all'*iter* procedimentale di cui sopra - conformemente a quanto previsto dall'art. 6, comma 2, della L.R. n. 6/2011 - il quale ha inoltrato alla Regione Lazio formale domanda di riconoscimento della Fondazione IRCCS di diritto pubblico in data 30/12/2013.

Al fine di consentire il completamento dell'*iter* per il riconoscimento e costituzione della Fondazione I.R.C.C.S., l'Assemblea dei soci fondatori, con deliberazione n. 1 del 18 giugno 2013, ha successivamente disposto “(...) la proroga dell'attuale gestione sperimentale della Fondazione PTV,

ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 dello Statuto della Fondazione medesima, per la durata massima di un anno (fino al 30 giugno 2014) ovvero per il minor tempo eventualmente necessario per la formale attivazione di essa”.

Successivamente, in ossequio al citato articolo 42 L.R. 26/2007 - così come successivamente modificato dal combinato disposto dell'articolo [6, comma 5, L.R. n. 6/2011](#) e dell'articolo [1, comma 126, L.R. n. 12/2011](#) - e a conclusione della sperimentazione gestionale prevista per il 30 giugno 2014, la commissione per la valutazione tecnica dei risultati conseguiti dalla sperimentazione gestionale Fondazione del PTV, all'uopo nominata dalla Regione Lazio con nota n. G08106 del 5.6.2014, ha stilato una relazione conclusiva con la quale ha conclusivamente confermato il percorso per il superamento della sperimentazione gestionale così come già definito dall'articolo 6 della L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii., volto alla costituzione ed attivazione di una Fondazione IRCCS di diritto pubblico ex D. Lgs. n. 288/2003 e ss.mm.ii.

Contestualmente, nella stessa direzione, in data 27 giugno 2014, l'Assemblea dei soci, Università e Regione, ha proceduto alla modifica dell'articolo 24 (norma transitoria) dello Statuto della Fondazione di diritto privato, inserendo i seguenti commi 3, 4 e 5:

“(...) 3. In seguito alla cessazione della sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 5, sino all'attuazione di quanto previsto dall'art. 6 della legge regionale 22 aprile 2011, n. 6 e al trasferimento alla costituenda Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S. del patrimonio mobiliare ed immobiliare, del personale e dei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Università, dell'Azienda e della Fondazione PTV, con conseguente estinzione della Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata e della Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, la prosecuzione delle attività resta disciplinata in conformità alle vigenti norme organizzative e statutarie della Fondazione PTV e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

4. Sino al compimento degli atti di cui al comma 3, il Direttore Generale della Fondazione PT - Policlinico Tor Vergata, nominato ai sensi dell'articolo 18, svolge le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata in qualità di Direttore Generale della stessa ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 517/1999.

5. Qualora il perfezionamento delle attività di cui al comma 3 avvenga prima della scadenza dell'incarico del Direttore Generale della Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata e di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, lo stesso incarico, sino alla naturale scadenza del contratto, prosegue quale incarico di Direttore Generale della costituenda Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S.”

Tale prospettiva di progressiva evoluzione degli assetti istituzionali del PTV viene confermata dallo stesso DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, citato nel paragrafo precedente (“Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”), che, in particolare, al punto 3.2.1 AZIONE 1 (“Riorganizzazione della rete ospedaliera”), prevede quanto segue:

“Ridefinizione dell'assetto istituzionale del Policlinico Tor Vergata con cessazione al 30.06.2014 dell'attuale sperimentazione gestionale e riconoscimento, di concerto con il Ministero della Salute e l'Università Tor Vergata, di Fondazione IRCCS di diritto pubblico ai sensi del [D. Lgs. n. 288/03](#). In tale processo dovrà essere attentamente valutata la tematica di riconoscimento del carattere scientifico. Nelle more del riconoscimento di Fondazione IRCCS, Regione e Università concorderanno la governance dell'Istituto”.

Successivamente, al fine, da un lato, di assicurare concordemente la “governance” del PTV a seguito della cessazione della sperimentazione e nelle more della conclusione del complessivo procedimento destinato alla costituzione della Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S. prevista dall'articolo 6 della citata L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii. e, dall'altro, di temporizzare ed articolare le fasi di detto procedimento, nel rispetto della superiore normativa di cui al citato articolo 13 del D. Lgs. n. 288/2003 e ss.mm.ii., richiamato dallo stesso 6 della L.R. n. 6/2011, Università e Regione, hanno, dapprima, stipulato, in data 7 luglio nel 2015, un Protocollo d'intenti nel quale viene pianificata la successione ed articolazione degli atti di competenza regionale e universitaria, tra i quali

il Protocollo d'intesa, destinati alla conclusiva costituzione della Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S. e, successivamente, hanno sottoscritto il già citato Protocollo d'intesa di cui al DCA n. U00501 del 27 novembre 2017.

Detto Protocollo d'intesa, in linea con l'articolazione procedimentale di cui al citato Protocollo d'intenti, da un lato, regola il passaggio dall'attuale convivenza della Fondazione di diritto privato PTV con l'Azienda Universitaria PTV alla costituzione e piena operatività della Fondazione di diritto pubblico, previa contestuale estinzione dei suddetti enti, verso l'ulteriore configurazione di Fondazione di diritto pubblico IRCCS a seguito del futuro riconoscimento ministeriale e, dall'altro, disciplina gli assetti propriamente organizzativi del Policlinico Tor Vergata.

3. CARATTERI DELL'ATTO AZIENDALE DEL PTV

3.1. SPECIFICITÀ DELL'ATTO AZIENDALE DEL PTV

Il presente Atto aziendale è destinato, ovviamente, a regolare sia la parte "istituzionale" che quella propriamente "organizzativa" dei complessivi assetti del Policlinico Tor Vergata.

Tuttavia, ferma restando la disciplina degli assetti propriamente "organizzativi", omologa a quella delle aziende universitario-ospedaliere, la disciplina della parte "istituzionale", nello specifico caso del PTV organizzato in Fondazione, risulta condizionata in termini di necessaria aderenza - diversamente dalle altre realtà aziendali, anche di profilo universitario - alle ulteriori, autonome fonti rappresentate dai decreti di costituzione e, soprattutto, dai correlati atti statutari nonché dalla evoluzione di dette fonti, così come profilata dal più volte citato articolo 6 della L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii. e successivamente declinata dal menzionato Protocollo d'intenti e dal Protocollo d'intesa.

Al riguardo, il Protocollo d'intesa, con specifico riguardo alla conformazione ed evoluzione degli assetti "istituzionali" relativi alla configurazione degli organi della Fondazione, all'articolo 6 (*Organi del PTV*) - unico articolo contenuto nel *CAPO III* relativo all' "ASSETTO ISTITUZIONALE" - prevede quanto segue:

comma 1: *"Sino all'attivazione della Fondazione PTV di Diritto pubblico, l'Azienda e la Fondazione di Diritto Privato continuano ad essere regolate dalle vigenti disposizioni statutarie, regolamentari ed amministrative, sino a diversa determinazione.*

comma 2: *"All'esito dell'attivazione di cui al precedente comma, ferme restando le previsioni di carattere transitorio di cui al successivo art. 26, la Fondazione PTV di Diritto Pubblico è regolata dalle disposizioni del nuovo statuto e dalle ulteriori previsioni regolamentari ed amministrative di cui si dota."*

Lo stesso Protocollo d'intesa, in tema, invece, di assetti propriamente "organizzativi", definisce incombenze e competenze da parte dell'Atto aziendale di immediata e stabile definizione così come diffusamente articolate, in particolare, nelle previsioni di cui al Capo IV ("ASSETTO ORGANIZZATIVO").

La complessità e specificità della *ratio* sottesa all'adozione del presente Atto è "plasticamente" sintetizzata al punto (iii) della lettera e), comma 3 dell'articolo 1 del Protocollo d'intesa, che, tra i principi che informano i rapporti di fattiva collaborazione tra Università e Regione di cui allo stesso Protocollo, riporta quanto segue: *"prosecuzione delle attività dell'Azienda e della Fondazione PTV di Diritto Privato, senza soluzione di continuità, in capo all'Azienda, alla Fondazione PTV di Diritto Privato e quindi alla Fondazione PTV di Diritto Pubblico successivamente costituita, sino all'attuazione completa di quanto previsto dall'art. 6 della L.R. 22 aprile 2011, n. 6, nella prospettiva di disporre dello strumento più idoneo a realizzare l'integrazione delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza all'interno dei dipartimenti ad attività integrata"*.

Il presente Atto aziendale - inserendosi in un momento temporale transitorio per quanto riguarda l'evoluzione degli assetti istituzionali dello stesso Policlinico - riveste, pertanto, nella fase attuale, carattere prioritario e non ulteriormente procrastinabile, al precipuo fine di regolamentare la

governance istituzionale dello stesso PTV a seguito della cessazione della sperimentazione gestionale e, nello stesso tempo, al fine:

- da un lato, di “assecondare” la complessa “evoluzione” *istituzionale* così come prefigurata dal Protocollo d’intesa in coerenza con il precedente Protocollo d’intenti del 7 luglio nel 2015: passaggio dall’attuale convivenza della Fondazione di diritto privato PTV con l’Azienda Universitaria PTV alla costituzione e piena operatività della Fondazione di diritto pubblico, previa contestuale estinzione dei suddetti enti, verso l’ulteriore configurazione di Fondazione di diritto pubblico IRCCS a seguito del futuro riconoscimento ministeriale

- e, dall’altro, soprattutto, di ridefinire, comunque, tempestivamente e con carattere di stabilità i profili propriamente *organizzativi* delle strutture assistenziali che lo compongono, in applicazione della normativa nazionale e regionale che impone immediatezza e contestualità di azioni sia in riferimento al complessivo riassetto delle *reti regionali* sia in relazione all’esigenza di adeguare con certezza e stabilità *il regime di responsabilità e degli incarichi*.

In tale complessa prospettiva, per i motivi di cui sopra, l’Atto aziendale è pertanto necessariamente e specificamente caratterizzato:

a) dalla provvisorietà della disciplina - contenuta, in particolare, nel Capo I del Titolo I - degli assetti propriamente “istituzionali” inerenti la strutturazione, composizione e le competenze degli organi istituzionali di governo e direzione strategica della PTV e relativi rapporti interni, allo stato necessariamente conformati, in via principale, ai sensi dello Statuto della Fondazione PTV di diritto privato e ss.mm.ii., così come previsto dal citato articolo 6 del Protocollo d’intesa, con, altresì, le residue funzioni di gestione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata ai sensi del comma 4 dell’articolo 24 del medesimo articolo Statuto e degli articoli 6 (comma 1) e 26 (comma 2) dello stesso Protocollo d’intesa, nelle more dell’adeguamento/rimodulazione dello stesso Atto aziendale, per detti profili istituzionali, a fronte della costituzione - tramite decreto istitutivo e approvazione del relativo statuto - della nuova Fondazione di diritto pubblico, il cui statuto ri-definirà la composizione e le competenze dei nuovi organi istituzionali di governo: l’adeguamento/rimodulazione dell’Atto aziendale, esclusivamente per detta parte istituzionale, dovrà pertanto necessariamente seguire la costituzione del nuovo ente unitamente alla entrata in vigore del relativo statuto;

b) dalla stabilizzazione e messa a regime in continuità degli assetti propriamente “organizzativi”, vale a dire il riassetto delle strutture ospedaliere e dei relativi incarichi - contenuta, in particolare, nei Titoli II e III- in conformità con la normativa e regolamentazione regionale in tema di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche in applicazione del citato DM 2 aprile 2015, con particolare riguardo alla definizione del numero e della tipologia dei posti letto e delle relative discipline afferenti il Policlinico Tor Vergata nonché alla collocazione e ruolo dello stesso Policlinico nell’ambito delle reti assistenziali regionali, con specifico riferimento alle reti assistenziali tempo-dipendenti, così come programmate dai vari provvedimenti regionali emanati in materia.

Proprio con riguardo a tali ultimi profili, il PTV, necessita, di una immediata e stabile ridefinizione degli assetti organizzativi (quelli vigenti risalgono, come detto, al citato e ancora vigente “Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV” del 2008), per ultimare la fase di razionalizzazione organizzativa, già avviata ed implementata nel corso dell’ultimo triennio.

Tale riorganizzazione porterà ad un ulteriore efficientamento dell’ospedale, in coerenza, del resto, con il citato e già pienamente operativo Piano di rientro aziendale approvato, tra gli altri, dalla Regione Lazio con DCA n. 00223 del 16 giugno 2017 e in linea con la ridefinizione della rete ospedaliera di cui, da ultimo, ai menzionati DD.CC.AA. n. U00257 del 05 luglio 2017 e n. U00291 del 18 luglio 2017, che hanno, tra l’altro, ridefinito/precisato il complessivo numero e la tipologia dei posti letto e delle relative discipline afferenti il Policlinico Tor Vergata - portando a **557 il numero**

complessivo di posti letto per il PTV di cui n. 494 posti letto ORDINARI e n. 63 DH - nonché la collocazione e il ruolo dello stesso Policlinico nell'ambito delle reti assistenziali regionali, con specifico riferimento alle reti assistenziali tempo-dipendenti, così come programmate dai vari provvedimenti regionali emanati successivamente all'originario DCA n. U00412 del 26 novembre 2014.

3.2. PRINCIPI E VALORI: LA *MISSION* E *VISION*

La *mission* della Fondazione PTV è delineata dagli *obiettivi statutari* che, nell'attuale riformulazione del vigente Statuto, rappresentano il riferimento primario per gli organi della Fondazione stessa nello svolgimento delle funzioni, dei compiti e delle attività di competenza e nell'esercizio della *governance*.

Analogamente lo Statuto della costituenda Fondazione di diritto pubblico e della Fondazione IRCCS costituiranno i binari di riferimento dei nuovi enti, ad oggi, non ancora attivi.

Gli artt. 1 e 2 dello Statuto pongono quale obiettivo centrale la *gestione delle attività sanitarie facenti capo al PTV*, cui affiancano *lo sviluppo della ricerca, sia sperimentale che clinica e tecnologica applicata*, quale occasione fondamentale di qualificazione dell'attività assistenziale e arricchimento della *potenzialità didattica e formativa dell'Università*.

Le previsioni statutarie riaffermano, quindi, il principio fondamentale della inscindibilità e dell'integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca proprie di un Policlinico universitario, cui la normativa primaria di riferimento-rappresentata dal D. Lgs. n.517/99 e s.m.i.- ed il conseguente Protocollo d'Intesa Regione-Università assegnano l'obiettivo di sviluppare un'integrazione ottimale tra le tre descritte funzioni istituzionali, attraverso il bilanciamento concordato tra obiettivi del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università.

Da tale programma sinergico scaturisce un ulteriore fondamentale **principio** sancito dalla normativa richiamata – art. 1 D. Lgs. 517/99 e s.m.i. - e posto a base del Protocollo d'intesa – negli artt.1-5 - che risulta essere quello della *“leale collaborazione istituzionale tra Università e Regione”* - di cui all'art. 120 della Costituzione - principio che ispira i rapporti tra le due istituzioni, nella salvaguardia delle reciproche autonomie ma con l'obiettivo di perseguire congiuntamente i propri fini istituzionali.

La *vision* della Fondazione PTV corrisponde a pieno all'obiettivo di realizzazione, a breve termine, di una bilanciata integrazione tra attività sanitaria, formativa e sviluppo della ricerca e rimarrà, a medio-lungo termine, coerente con i medesimi principi, potenziando una ottimizzazione dei canali, strumenti e risorse dedicati alla *ricerca clinica*, propri della istituenda Fondazione IRCCS, che dovranno continuare ad includere l'ambito della *medicina traslazionale*, allo scopo di realizzare percorsi corrispondenti alla più alta specializzazione assistenziale ed al più elevato profilo scientifico.

La caratterizzazione del PTV - quale Policlinico universitario - e la sua tipicità e triplicità di funzioni sono singolarmente approfondite nella presente Parte I.

La caratteristica di *“ospedale di insegnamento”* impone la copresenza di molte discipline specialistiche, spesso ospitate e organizzate nello stesso reparto (con unica dotazione infermieristica e capo sala). In tale ottica si è operata la scelta di una organizzazione dipartimentale avanzata, al cui interno le singole unità operative utilizzano spazi e personale in comune, fatte salve alcune specialistiche di maggiore complessità quali, a titolo esemplificativo, cardiocirurgia e ortopedia. Tale organizzazione consente una sempre maggiore fluidità nella gestione delle attività, che vengono governate dalle reali necessità espresse dalle liste di attesa o dalla complessità dei casi clinici.

La Fondazione opera per garantire il più alto livello di soddisfazione della domanda di salute -intesa come espressione del benessere psicofisico e sociale- secondo gli obiettivi determinati dalla programmazione regionale, dagli accordi tra la Regione Lazio e l'Università, nonché dai propri atti di programmazione a valenza pluriennale e annuale, coerentemente con gli indirizzi definiti dal Consiglio di Amministrazione e, in sintesi, attua la propria *mission* istituzionale mediante:

- a) lo sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario e il sistema formativo tali da perseguire, in modo congiunto con il sistema universitario, obiettivi di qualità, efficienza e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità rispetto alle esigenze assistenziali della formazione del personale medico e sanitario, e potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica;
- b) la garanzia per la collettività dei più qualificati livelli assistenziali, erogando in modo efficace, appropriato, efficiente ed economico prestazioni sanitarie fruibili in ambiente ospedaliero ed in particolare quello di alta complessità;
- c) la garanzia, per gli studenti dei corsi di laurea specialistica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, per gli studenti dei corsi di laurea triennali e per i *medici in formazione specialistica*, di una offerta di sede e strumenti per lo sviluppo di un'attività didattica professionalizzante altamente qualificata e coerente con gli indici di validità comunitari;
- d) lo sviluppo di un percorso assistenziale basato sul principio della “*continuità delle cure*” e su una modalità innovativa che tende a “*prendersi cura del paziente*”, dal momento dell'accesso in ospedale al momento della dimissione e, in tale ottica, con l'obiettivo di proiettare le finalità assistenziali ospedaliere anche verso il territorio, adeguando, in tale prospettiva, anche l'offerta formativa non più limitata al solo settore dell'ospedalizzazione, ma anche a quello territoriale e, più in generale, al complesso di tutti gli interventi assistenziali riferibili sia alla prevenzione delle situazioni patologiche, che alla cura delle malattie ed al recupero dello stato di benessere psicofisico dei cittadini-utenti;
- e) la proposizione di forme di innovazione organizzativa, privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti, favorendo lo sviluppo di “*modelli aperti*”, quale strumento che permetta di trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili per i pazienti e le patologie più gravi e garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore e, comunque, nel rispetto del moderno concetto della “*presa in carico*” e della “*continuità delle cure*”, che corrisponde all'attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso ovvero “*high care*”, “*low care*” e “*catena della cronicità*”;
- f) la garanzia di un miglioramento continuo dei protocolli assistenziali con contestuale implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull'evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana, a favore della *sicurezza del paziente* e di una *riduzione del rischio clinico*;
- g) l'assunzione dell'impegno a conformare i rapporti economici ed i risultati di gestione al principio della programmazione condivisa tra Regione e Università, adeguando l'attività di gestione a criteri di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità, nel pieno rispetto del vincolo di bilancio annuale teso al conseguimento dell'equilibrio di costi e ricavi (pareggio economico), secondo quanto previsto dall'art. 17 del Protocollo d'intesa Regione-Università;
- h) la collaborazione con Regione e Università, al fine di promuovere la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'offerta sanitaria regionale, nella prospettiva dell'implementazione e aggiornamento della rete dei centri di riferimento regionali e delle malattie rare, impegnandosi a valorizzare le strutture e i percorsi facenti capo al PTV quale struttura a più alta specializzazione assistenziale e qualificato profilo scientifico;
- i) nuovi modelli organizzativi che privilegino i processi;
- l) nuove modalità di utilizzo e gestione delle risorse.

Carattere distinto e peculiare nel percorso culturale promosso dal PTV, sin dalla sua attivazione, in perfetta coerenza con la *mission* nel tempo perseguita e pienamente attuale, assume il **principio -valore** dell'*Umanizzazione*. L'umanizzazione è prioritariamente legata al concetto del “*prendersi cura*”, che individua l'ospedale come un'organizzazione di *servizio alla persona*, ed il “*prodotto*” di tale servizio si concretizza in una composizione di prestazioni sanitarie e rete di relazioni fra i suoi utenti e la struttura. I criteri informativi di tale principio acquisiscono pieno

significato nel programma di “*presa in carico del paziente*” - posto al centro del Sistema salute quale “*persona*” - già consolidato nel tempo nella struttura del Policlinico e che concretizza una componente prioritariamente caratterizzante la *mission* dell’Ospedale PTV.

4. GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL PTV QUALE POLICLINICO UNIVERSITARIO

Il PTV si colloca all’interno di un quadro normativo di riferimento finalizzato a promuovere e disciplinare *l’integrazione delle attività di didattica e di ricerca con quelle assistenziali*, che è rappresentato, prioritariamente, dal D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., norma che trova conferma, concretezza e strumenti attuativi nei Protocolli d’intesa Regione-Università e, in particolare, in quello, da ultimo, sottoscritto tra Regione Lazio e Università di Tor Vergata in data 24 novembre 2017.

La piena integrazione tra attività didattiche, di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle assistenziali si realizza, infatti, ai sensi e per gli effetti della richiamata normativa, nel complesso ospedaliero del PTV che, nella considerazione dell’intero percorso evolutivo del proprio modello organizzativo-gestionale, viene individuato quale *Azienda di riferimento dell’Università e della Regione* nell’ambito del Protocollo d’intesa – all’art. 2.

Sempre il Protocollo d’intesa – all’art.3 – disciplina, in particolare, le modalità di collaborazione tra l’Università e la Regione per lo svolgimento delle *attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza* nell’interesse congiunto finalizzato alla tutela della salute della collettività, alla migliore formazione e allo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria.

Regione e Università - a mezzo dell’adozione di provvedimenti condivisi- promuovono, altresì, in attuazione dell’art. 5 del Protocollo d’intesa, la stretta interdipendenza e la sinergia fra *l’assistenza, la didattica e la ricerca*, con l’obiettivo condiviso di concorrere alla funzione di miglioramento del servizio pubblico con particolare riguardo alla tutela della salute sia nell’ambito dell’assistenza ospedaliera che con riferimento all’attività *extra* ospedaliera, obiettivi ai quali l’Università concorre nei limiti delle garanzie istituzionali.

L’inscindibilità delle descritte tre funzioni istituzionali - sancita nel contesto normativo e regolamentare ed altresì acclarata in sede giurisprudenziale - conferisce al PTV, nella sua configurazione di Policlinico universitario, una peculiare qualificazione che lo caratterizza ed identifica prioritariamente quale:

- *Ospedale di alta specializzazione*
- *Ospedale d’insegnamento*
- *Ospedale di ricerca*

4.1. OSPEDALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La *complessità assistenziale* della struttura universitaria rappresentata dal Policlinico trae origine dalla norma di riferimento di cui all’art. 7 comma 2 del D. Lgs. 517/99, che ne riconosce la classificazione nella *fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale* - quale *azienda di riferimento* individuata congiuntamente da Regione e Università per lo sviluppo integrato delle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali di cui al comma 4 dell’art. 2 dello stesso decreto - cui è attribuita, altresì, una valorizzazione maggiorata per le prestazioni assistenziali prodotte, per effetto dei maggiori costi indotti dalle funzioni di didattica e ricerca.

La qualificazione del PTV quale “*Azienda di più elevata complessità*” è confermata, conseguentemente, sia nello specifico ambito del Protocollo d’Intesa Regione – Università, propriamente all’art. 2, sia nel quadro dei provvedimenti di programmazione regionale, all’interno dei quali si riafferma la caratterizzazione di *Ospedale di alta specializzazione*, che si distingue per gli elementi propri di *multidisciplinarietà* e per il potenziale altamente specialistico emergente dai risultati prestazionali realizzati.

Il ruolo centrale del PTV trova piena collocazione ed il riconoscimento di funzioni primarie nella individuazione delle *reti assistenziali ospedaliere*, sia “tempo-dipendenti” che legate all’elezione, di recente oggetto di ridefinizione nell’ambito di 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.

4.1.1. Analisi del contesto e considerazioni generali

La Fondazione PTV sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda USL RM 2 in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma – Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l’aeroporto internazionale di Ciampino.

Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL RM B e i distretti H1 e H3 della ASL RM 6, mentre la struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone.

Le linee di sviluppo del PTV debbono pertanto essere rivolte a definire una organizzazione in grado di assicurare un’offerta adeguata di prestazioni per soddisfare i bisogni sanitari del territorio di riferimento.

Pari rilevanza e spessore assume il progetto di trasformazione del PTV in Istituto di ricerca a carattere scientifico, nonché il mantenimento delle funzioni e delle attività didattiche legate ai corsi universitari per medici, infermieri e tecnici sanitari.

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione con il DCA 368/2014, ribadita con DCA U00412 del 2017, fa emergere il ruolo futuro del PTV come DEA di II livello di riferimento per l’asse sud-orientale della Regione, che comprende le ASL di Frosinone, RM2 (*ex* RM/B) e RM/6.

4.1.2. Il problema dell’invecchiamento della popolazione

L’esplosione della cronicità oggi assorbe nel nostro Paese l’80% delle risorse sanitarie e l’onere economico connesso a questa situazione epidemiologica diventa sempre più difficilmente conciliabile con le risorse disponibili.

Si impone pertanto l’adozione di modelli di cura sostenibili e basati su un approccio proattivo, che evitino nel tempo la progressione della malattia, nonché la ricerca di sistemi organizzati innovativi.

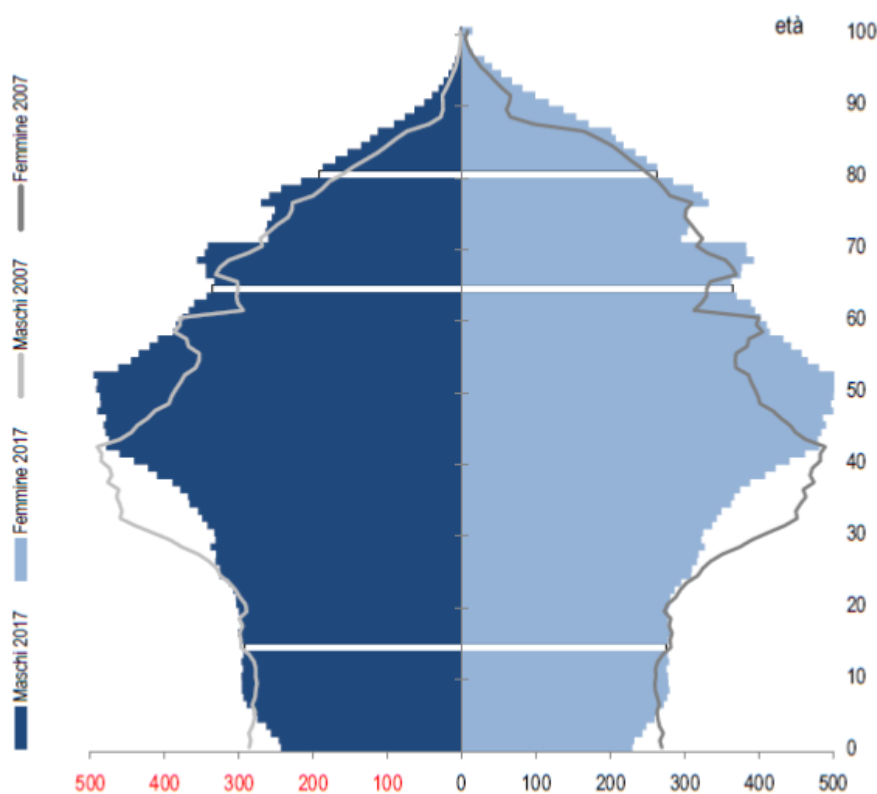
Come documentato nella figura 1 oltre il 21% della popolazione nel nostro Paese si trova in una fascia di età superiore a 65 anni; tra 10 anni la percentuale sarà ancora maggiore con un ipotizzabile incremento di un ulteriore 10%.

L’invecchiamento della popolazione accresce la pressione sui bilanci pubblici e sui sistemi pensionistici, nonché sulle spese per il personale addetto ai servizi sociali e di assistenza agli anziani.

La terza età è associata alla malattia e alla dipendenza e le persone anziane rischiano di essere escluse dall’occupazione e dalla vita familiare e collettiva.

Il progressivo incremento, nel prossimo decennio, della popolazione collocata nella fascia di età superiore ai 65 anni impone la ricerca di modelli assistenziali sostenibili, sia per continuare a garantire la dovuta tutela ai singoli soggetti, sia per ritardare/ridurre il ricorso di questi alle cure ed ai trattamenti sanitari.

Composizione della popolazione italiana al 2007 - 2017



L'integrazione con le ASL RM2 e RM6 per la presa in carico delle patologie croniche e oncologiche con maggiore prevalenza e mortalità, segnatamente quelle respiratorie e cardiocircolatorie, è fattibile e realizzabile in tempi brevi per l'esistenza nel Policlinico di Tor Vergata delle specialità e delle competenze necessarie.

4.1.3. Il PTV oggi

Al PTV sono stati riconosciuti con DCA N.257/2017 numero 557 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*, attualmente però, a causa del parziale completamento della Torre 8, i posti letto funzionanti sono 504 che non sono sufficienti per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo *standard* nazionale.

Nel territorio circostante l'Azienda infatti risiedono circa 850 mila abitanti e l'insieme dei posti letto presenti nelle altre strutture di ricovero non raggiunge i 1500, con un rapporto pertanto inferiore a 2 posti letto per mille.

Presso la struttura prestano attualmente servizio circa 2000 operatori con diverse tipologie di contratto

Con DCA n.73/2010 la struttura, dotata di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno, è stata riconosciuta DEA di I livello, mentre con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

- ictus cerebrale
- cardiologia, cardiocirurgia
- medicina trasfusionale
- terapia del dolore

Sono inoltre presenti nel Policlinico le funzioni di CTZ per:

- trauma grave
- malattie infettive

La struttura è sede del centro trapianti di rene e fegato e del centro trapianti di midollo.

Il PTV riveste un ruolo di primo piano a livello regionale per il *trapianto di organi e tessuti*: è presente al suo interno una U.O.C. di Chirurgia dei trapianti che nel 2016 ha eseguito 38 trapianti di fegato e 63 trapianti di rene.

Con particolare riferimento alle attività del centro trapianti il PTV risulta essere la prima struttura per numero di trapianti di fegato e rene nella Regione Lazio.

Nell'area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua *trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo*.

All'interno della rete *Rome Transplant Network* (RTN) il PTV si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.

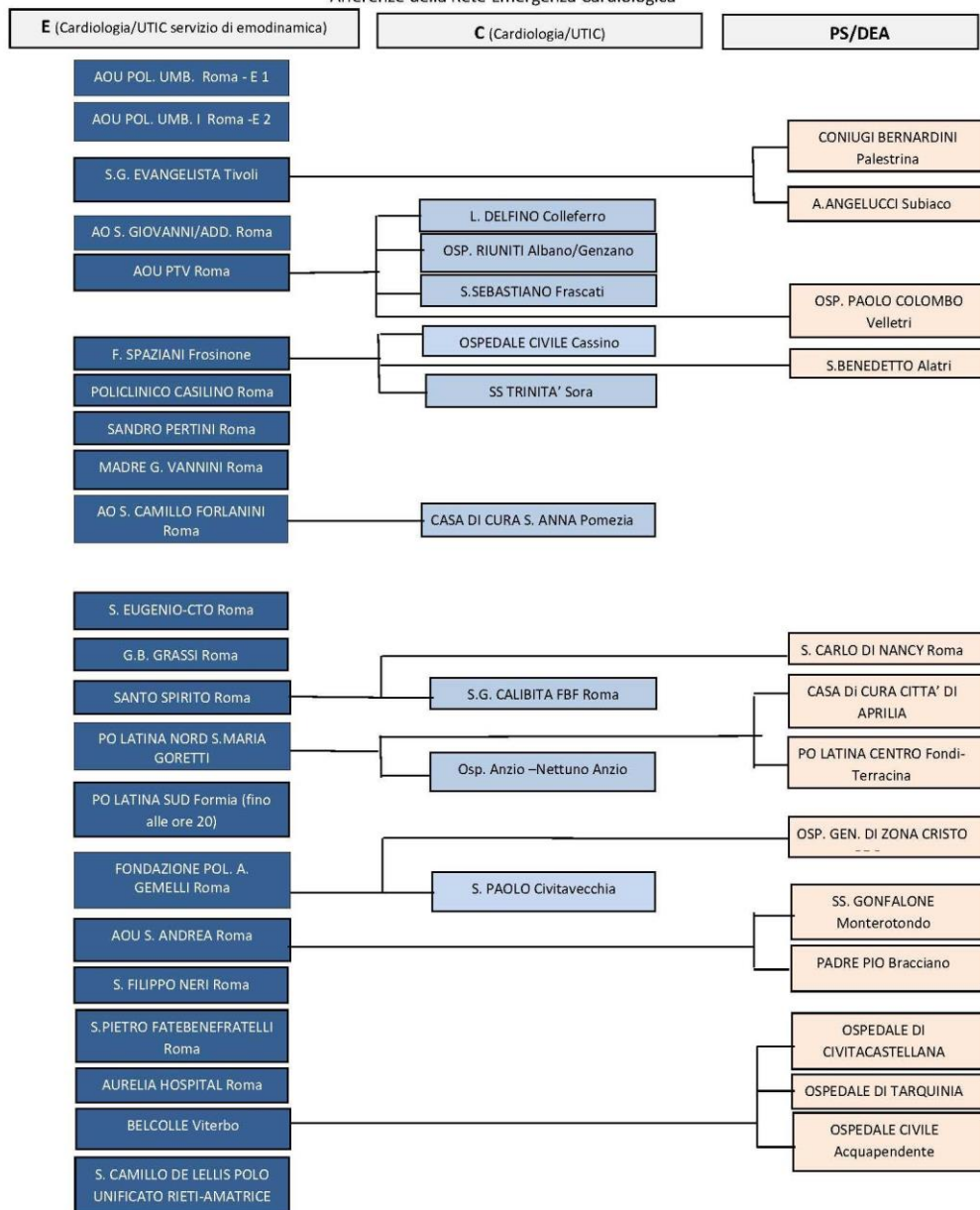
4.1.4. Il PTV nella Rete dell'Emergenza

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, il PTV si colloca come struttura di riferimento essendo stata confermata, sia nell'ambito del Protocollo d'Intesa Regione-Università che nel DCA n. U00257 del 5 luglio 2017 "*Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018 , in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015*", quale CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete Trauma grave e Neurotrauma, nonché quale *Hub* di riferimento per le seguenti aree critiche: rete emergenza cardiologica e cardiocirurgica, (dotazione di UTIC/servizio di emodinamica); Rete *Ictus* (dotazione UTN di secondo livello). Inoltre, nel biennio 2017-2018, la programmazione regionale prevede (DCA n. 257/2017) l'apertura presso il PTV di una Unità perinatale di I livello che inserirebbe la struttura all'interno della Rete perinatale, nonché l'apertura del reparto di Ostetricia. Nel DCA n. 291/2017 vengono assegnati al PTV 15 posti letto di Ostetricia comprensivi di 6 posti letto di Ginecologia.

4.1.5. Rete Emergenza cardiologica e cardiocirurgica

Il PTV è inserito come *Hub* di riferimento nella rete di Emergenza cardiologica e cardiocirurgica con un bacino di utenza differente, come riportato negli schemi sottostanti, per le 2 discipline. La disciplina di Cardiocirurgia è dotata di 20 posti letto di degenza ordinaria, 8 posti letto di terapia intensiva post-operatoria e 2 sale operatorie dedicate di cui una aperta H 24. La struttura cardiologica del PTV è dotata di 20 posti letto ordinari, 8 posti letto di UTIC, 2 sale di emodinamica di cui una aperta H 24. Entrambe le strutture hanno raggiunto *standard* di riferimento superiori, in alcuni casi a quelli previsti nel DCA n. 412/2014 e dal DM 70/2015.

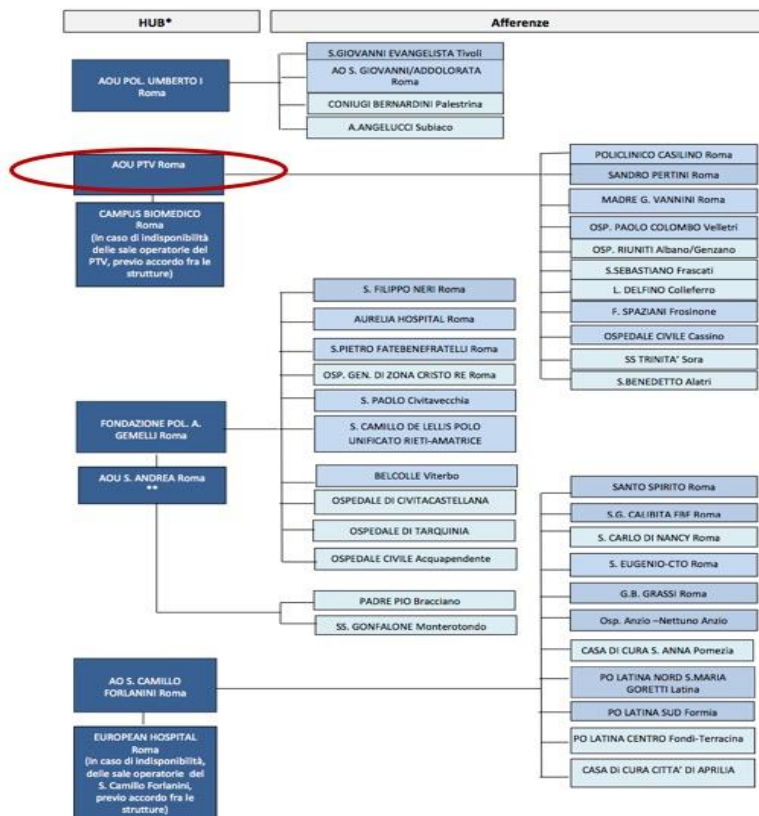
Afferenze della Rete Emergenza Cardiologica



E= Cardiologia/UTIC servizio di emodinamica
C= Cardiologia/UTIC

23.03.2017

Rete Emergenza cardiocirurgica



*Cardiologia con Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica.

**Di supporto al Pol. Gemelli in caso di indisponibilità delle sale operatorie previo accordo fra le strutture.

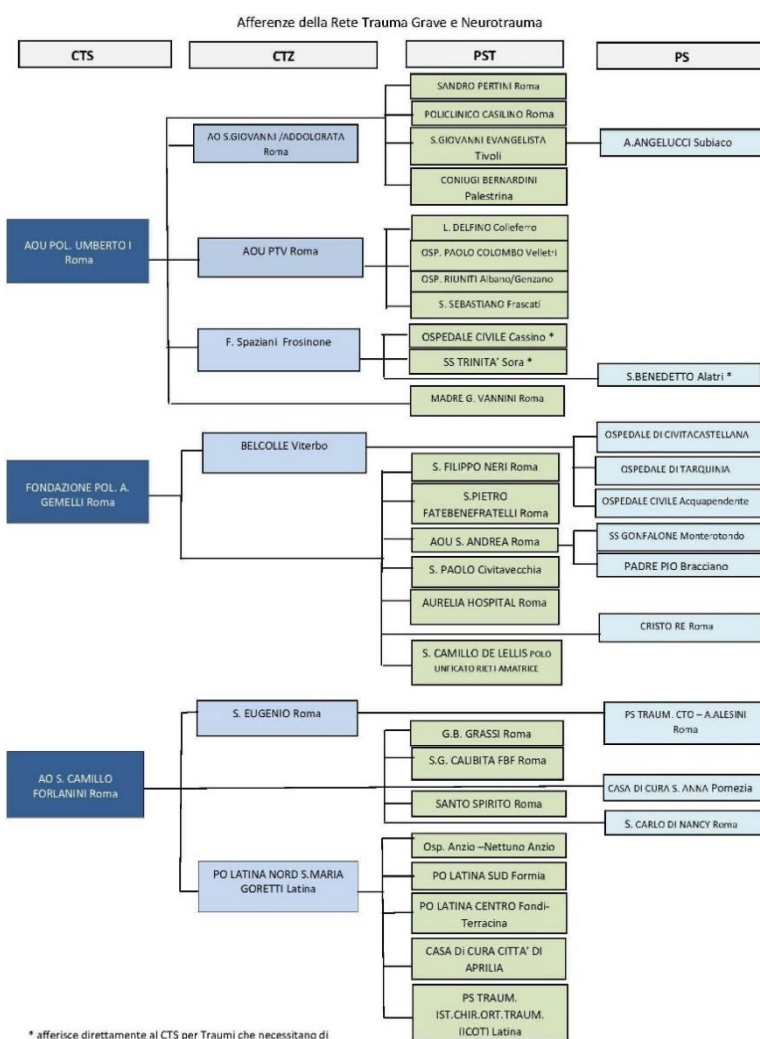
4.1.6. Rete Trauma grave e Neurotrauma

Il Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e competenze disponibili secondo livelli di complessità contiene i Percorsi clinico assistenziali dell'emergenza (PCAE) per il trauma.

La Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della Rete assistenziale del Trauma grave e Neurotrauma progettata secondo il modello *Hub e Spoke*, con un'articolazione territoriale su tre macroaree e una distinzione dei centri in tre livelli: Pronto Soccorso traumatologico (PST); Centro Trauma di zona (CTZ); Centro Trauma specialistico (CTS *Hub*)

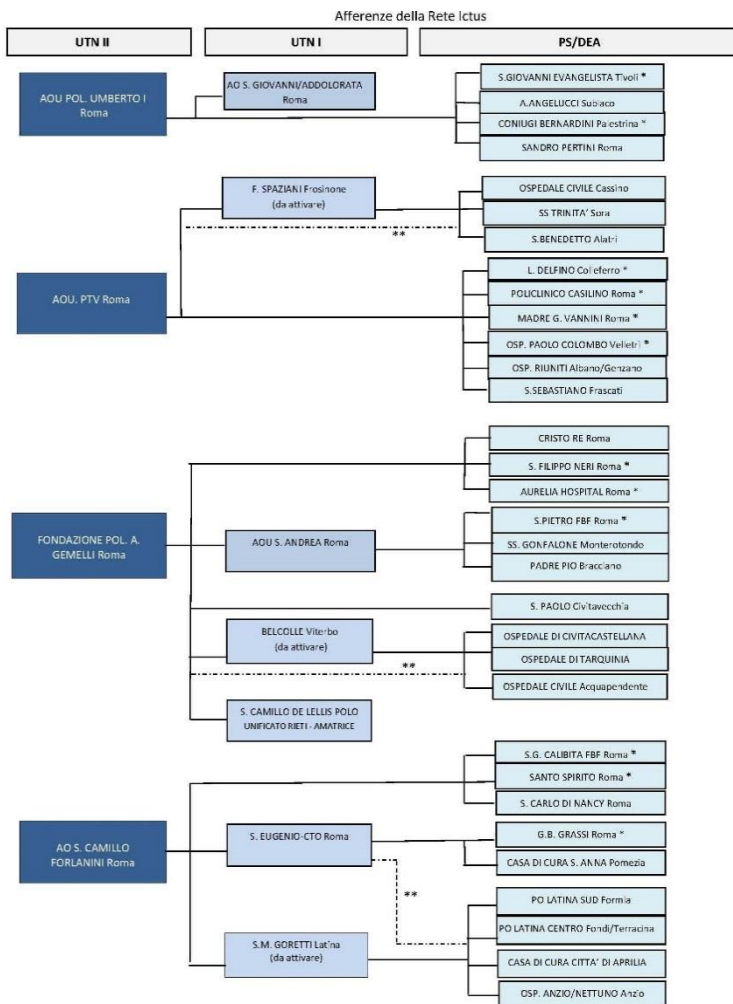
Il modello di rete *Hub e Spoke* ha l'obiettivo di portare il paziente dal luogo dell'evento al centro più appropriato per livello di gravità e complessità clinica per consentire un rapido accesso alla terapia definitiva attraverso un percorso di continuità assistenziale tra il servizio di soccorso *extra* ospedaliero e la rete di emergenza ospedaliera.

Il Policlinico Tor Vergata si pone come una delle sei strutture CTZ all'interno della Rete Trauma della Regione Lazio. Attualmente la Rete per il Trauma è organizzata sui tre livelli tra loro funzionalmente connessi: 3 Centri Trauma ad alta specializzazione (CTS) di cui due pubblici, 6 Centri pubblici Trauma di zona (CTZ) e 23 presidi di Pronto Soccorso per traumi (PST).



4.1.7. Rete Ictus

La Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale dell'ictus progettandola secondo il modello *Hub e Spoke*. La rete è stata organizzata secondo due articolazioni di Unità di Terapia neurovascolare (UTN), entrambe con posti letto dedicati: UTN di II livello con neuroradiologia interventistica quale il Policlinico di Tor Vergata e UTN di I livello che garantiscono l'uniformità del trattamento dell'ictus su tutto il territorio regionale. La riorganizzazione garantisce anche l'uniformità di protocolli per la gestione clinica dei pazienti con patologie cerebro-vascolari acute e il percorso diagnostico terapeutico-assistenziale nel *setting* più appropriato, prevedendo il rientro dei pazienti che non necessitano più di interventi di alta complessità in strutture prossime al loro domicilio. La continuità delle cure post-acute presso strutture di riabilitazione è garantita dalla rete presente sul territorio e garantita dal Policlinico Tor vergata attraverso specifici accordi di collaborazione. Il Policlinico Tor Vergata, all'interno della rete di sua competenza fornisce formazione continua e scambio culturale fra gli operatori dedicati o esperti in trattamento delle patologie cerebro vascolari con particolare attenzione alla opportunità di effettuare la trombolisi endovenosa anche nelle strutture UTN I. Il Policlinico Tor Vergata è dotato di UTN di II livello con 8 posti letto con neuroradiologia interventistica H 24, rispondendo sin da subito al DCA n. 412/2014. Nell' anno 2016 nel Lazio il volume di ricoveri per ictus è stato pari a circa 10.000, di questi il 30,3% per ictus emorragico, il 58,9% ischemico ed il 10,8% con diagnosi di vasculopatie cerebrali mal definite. La Fondazione PTV, con 565 ricoveri per ictus cerebrovascolare si pone al primo posto tra le strutture di riferimento regionali e al primo posto a livello nazionale per numero di trombectomie.



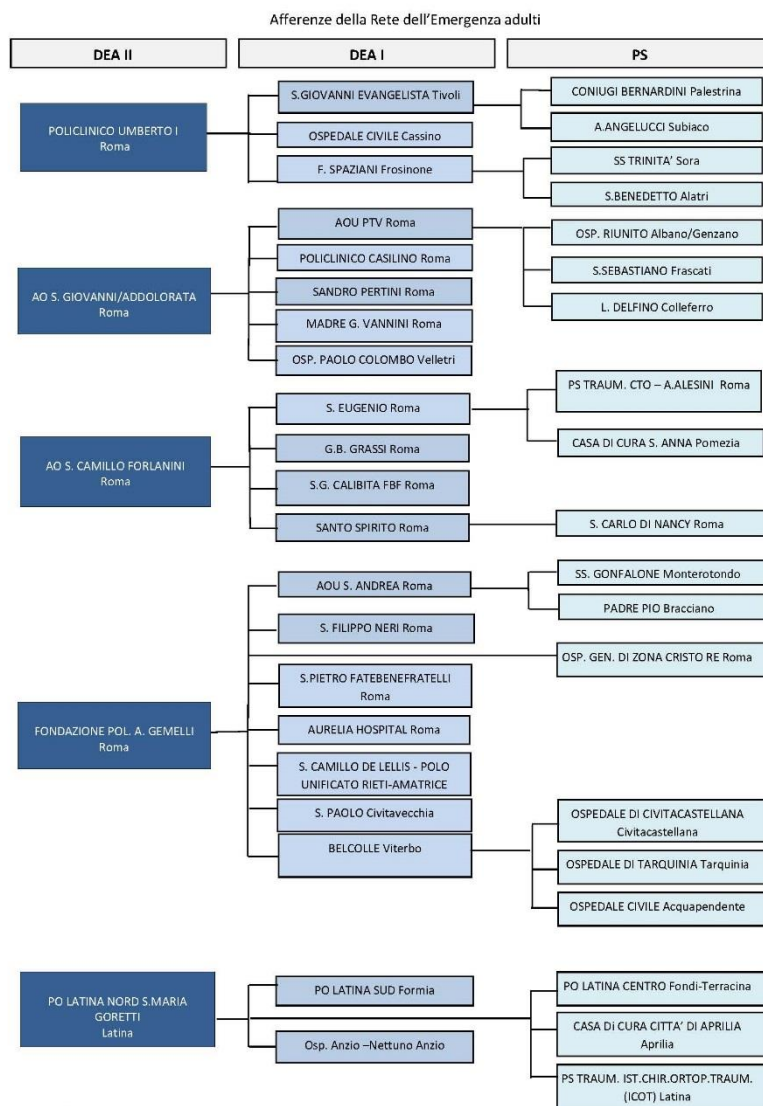
* Strutture formate per avviare la terapia Trombolitica
 ** Afferenza temporanea

4.1.8. Rete Emergenza Adulti

Per quanto riguarda la Rete Emergenza Adulti, al PTV viene riconosciuto un percorso di crescita ed espansione, costituito dalla previsione di attivazione del DEA di II livello - già programmata nell'ambito del DCA n. 412/2014 recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", che si poneva tra gli obiettivi prioritari il percorso di adeguamento del Policlinico Tor Vergata quale DEA di II livello – successivamente confermata anche nel contesto del richiamato DCA n. U00257/2017, quale completamento del DEA di I livello già attivo da numerosi anni, e, da ultimo, nuovamente riaffermata nel DCA n. 412/2017 inerente i Piani operativi 2016 – 2018, che ribadiscono la posizione del Policlinico Tor Vergata quale DEA di II livello. La struttura, attualmente riconosciuta DEA di I livello, è dotata di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno.

Inoltre, presso il PTV è attivo 7 giorni a settimana, H 12 il Pronto Soccorso odontoiatrico, che costituisce un centro di riferimento consolidato per le urgenze odontoiatriche di un'area molto vasta.

Dal 2016 sono stati attivati presso il PTV 15 posti letto dedicati al Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), la cui apertura ha completato un'offerta dell'assistenza psichiatrica integrata con il servizio territoriale con un'utenza afferente ad un bacino stimato intorno alle 300.000 persone. Le prestazioni erogate fin dal 2002 presso una struttura privata distaccata, sono state reinternalizzate presso la UOC di Psichiatria e Psicologia clinica e di Neuropsichiatria infantile nel 2016.



23.03.2017

4.1.9. Rete Malattie infettive

Nella Regione Lazio, come del resto nel Paese nel suo insieme, le malattie infettive continuano a rappresentare un problema significativo per la salute dei cittadini. Aumenta il problema delle infezioni da germi multi resistenti, inclusa la tubercolosi farmaco resistente, e delle infezioni associate all'assistenza sanitaria. Deve essere inoltre considerato il problema dell'emergenza di nuovi agenti infettivi, favorito fra l'altro da fenomeni quali la facilitata mobilità che costituisce un fenomeno di grave allarme sociale e possono rappresentare nel futuro un rischio grave per la salute collettiva. L'assistenza ai pazienti con malattie da infezione presenta aspetti diversi che richiedono, nell'affrontarle, articolate strategie di intervento, in particolare le forme acute debbono essere prontamente identificate, isolate e trattate in ambiente specialistico, per garantire un intervento appropriato che è dimostrato essere in grado di migliorare la prognosi, razionalizzare l'uso delle risorse, in particolare i farmaci antinfettivi, attuare misure di isolamento del paziente per prevenire la diffusione nosocomiale e mettere in atto interventi profilattici e di sanità pubblica.

Il PTV è inserito nella Rete di Malattie infettive regionale come *Spoke* con 12 posti letto dedicati. Con il DCA di riorganizzazione della rete ospedaliera n. U00412/2014 viene aggiornata l'offerta ospedaliera dei reparti di malattie infettive con il relativo numero di posti letto, ad integrazione della rete disegnata con il precedente DCA n. U0058/2010.

Complessivamente, l'offerta assistenziale è assicurata da 8 Unità operative, di cui 3, ai sensi del DCA 58/2010, svolgono una funzione di *Hub* (INMI, Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli) per un totale di 339 posti letto (48% presso l'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani).

4.1.10. Reti oncologiche

Nel PTV è operativa la UOSD di Oncologia con 6 posti letto, *DH* e ambulatorio. Sono inoltre presenti almeno due unità di Chirurgia generale che rispondono ai criteri di cui al DCA n. 30/2017 inerente la Rete oncologica del colon-retto, inserendosi - in particolare quali Centri di trattamento del colon - nel panorama di quelli ad elevato volume della Regione Lazio.

Con deliberazione DG n. 260 del 29 marzo 2017 è stata istituita la **Breast Unit**, riconosciuta da parte del Comitato regionale, in quanto la struttura risponde a tutti i requisiti riportati nel DCA n. U00247/2014 "*Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella nel Lazio*".

La Fondazione PTV è dotata di posti letto di oncologia (disciplina 64) ed attività ambulatoriale oncologica (branca specialistica 64), in grado di effettuare prestazioni di risonanza magnetica (branca specialistica 69), di radioterapia (branca specialistica 70) e con un volume di nuovi interventi annui superiore ai 150, avendo nel 2016 trattato circa 200 pazienti con tumore maligno della mammella.

Il PTV, è sede anche di Centro di Endoscopia e della UOC Radioterapia.

Come da schema sottostante, il PTV, per quanto detto, risulta Centro di riferimento per il tumore del colon insieme ad altre strutture del territorio dell'ASL RM2, mentre risulta ancora in corso di valutazione come Centro di riferimento per il tumore del retto da parte della tecno-struttura regionale.

Centri di endoscopia	Centri di trattamento colon	Centri di trattamento retto
Campus Biomedico	Campus Biomedico	Campus Biomedico
IRCCS Regina Elena	IRCCS Regina Elena	IRCCS Regina Elena
Policlinico Tor Vergata	Policlinico Tor Vergata	
PO S. Pertini PO S. Pertini	PO S. Pertini PO S. Pertini	
Policlinico Casilino		

4.1.11. Rete Terapia del dolore

La terapia del dolore è garantita attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza dalle seguenti figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo: medico specialista in anestesia e rianimazione, medico di medicina generale, specialisti in geriatria, neurologia, oncologia, pediatria, radioterapia, infermieri, psicologi clinici e tramite il supporto dei medici specialisti in fisiatria, medicina interna, neurochirurgia, ortopedia, radiologia e reumatologia. L'intesa del 25 luglio 2012, con cui vengono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture per la terapia del dolore, ai sensi dell'art. 3 della L. 15 marzo 2010, n. 38, individua i nodi della rete: Ambulatori dei Medici di Medicina generale, Centri di Terapia del dolore di I livello ospedalieri, ambulatoriali (*Spoke*), Centri di Terapia del dolore di II livello solo ospedalieri (*Hub*). Il PTV, con DCA n. 568/2015, è stato riconosciuto come uno dei due Centri regionali *Hub* nella Rete della Terapia del dolore, cui territorialmente afferiscono 10 centri *Spoke*, grazie ad un sistema integrato di assistenza che lo pone quale centro di eccellenza a livello regionale e nazionale.

Centri Hub/Spoke della Rete per la Terapia del dolore della Regione Lazio

HUB	MUNICIPI ASL	SPOKE	
Policlinico Umberto I	I, II, III	A.O. San Giovanni - Addolorata P.T.P. Nuovo Regina Margherita	
	X, XI, XII, Fiumicino	A.O. San Camillo-Forlanini Osp. G.B. Grassi - Ostia	
	XIII, XIV, XV	Osp. San Filippo Neri A.O. Sant'Andrea	
	RMF	Osp. San Paolo - Civitavecchia	
	VITERBO	Osp. Belcolle - Viterbo	
	RIETI	Osp. San Camillo De Lellis - Rieti	
	LATINA	Osp. Santa Maria Goretti - Latina Distretto Territoriale di Gaeta	
	Policlinico Tor Vergata	IV, V, VI	Osp. S. Pertini Presidio Integrato Santa Caterina della Rosa
		VII, VIII, IX	A.O. Sant'Eugenio I.F.O.
		RMG	Osp. Parodi Delfino - Colferro Osp. San Giovanni Evangelista - Tivoli
RMH		Osp. di Anzio-Nettuno Osp. De Santis - Genzano	
FROSINONE		Osp. Umberto I - Frosinone Osp. SS. Trinità - Sora	

4.1.12. Reti specialistiche

RETE GENETICA MEDICA

Con DCA n. 549 /2015, la Regione ha istituito la Rete specialistica disciplinare dei laboratori di *Genetica medica*, classificando i laboratori di rete in Centri di I e II livello, in base al volume ed alla complessità delle indagini diagnostiche. Il PTV è stato riconosciuto quale Centro di II livello.

Rete dei Laboratori di Genetica medica della Regione Lazio

Classificazione	Struttura
Laboratorio di II livello	Genetica Medica Ospedale AO san Camillo-Forlanini, Roma Genetica Medica Ospedale Policlinico Umberto I, Roma Genetica Medica Ospedale A.O.U. Sant'Andrea, Roma Genetica Medica Ospedale Policlinico Tor Vergata, Roma Genetica Medica Ospedale Fondazione Policlinico Gemelli, Roma

4.1.13. Rete Servizi trasfusionali

Con DCA n. 207/2014, a completamento della piena operatività della *Rete trasfusionale*, sulla base dei dati di attività, il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) del PTV è stato individuato quale *Area di produzione*, cui sono collegati numerosi centri territoriali per la produzione/lavorazione di plasma ed emoderivati e numerose associazioni di volontariato per la raccolta associativa di donazioni di sangue.

Il Programma di attività di *Hub* trasfusionale del PTV - quale area di produzione degli emocomponenti prelevati rispettivamente dai SIMT presenti presso le strutture di Velletri, Frosinone, Campus Biomedico, Tivoli, S. Pertini - è in corso di completamento, mancando ancora la definitiva afferenza dei SIMT di Tivoli e del S. Pertini. Gli emoderivati oggetto di lavorazione nel PTV sono redistribuiti percentualmente secondo i dati di produzione ai SIMT afferenti all'Area di produzione dello stesso PTV, con conseguenti notevoli riduzioni della spesa sanitaria delle rispettive Aziende, in relazione all'acquisto di emoderivati quali in particolare albumina, immunoglobuline e fattore VIII.

Si evidenzia che la sola disciplina di oncoematologia effettua mensilmente circa 120 trasfusioni nell'ambito dei percorsi dei propri pazienti in terapia e che tale attività determina il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- continuità assistenziale;
- appropriatezza dei ricoveri;
- riduzione del numero di accessi in Pronto Soccorso;
- integrazione ospedale – territorio.

In prospettiva le trasfusioni saranno effettuate presso le ASL di residenza dei pazienti secondo il principio dell'ampliamento dei servizi di prossimità.

Area di Produzione con i relativi centri di afferenza, di seguito evidenziata in neretto

Area della Produzione	Presidio ospedaliero	Funzione (afferenza)
1	S. Camillo Forlanini	SIMT Area di produzione
	S. Eugenio	SIMT
	S. Giovanni-Addolorata	SIMT
	Grassi Ostia	SIMT
	IRCCS Bambino Gesù	SIMT
	IRCCS IFO	AF (S. Camillo)
	S. Giovanni Calibita FbF	AO (S. Camillo)
2	S. Filippo Neri	SIMT Area di produzione
	Policlinico Umberto I	SIMT
	Policlinico A. Gemelli	SIMT
	S. Pietro FBF	SIMT
	S. Andrea	SIMT
	Ospedale di Rieti	
	Ospedale S. Spirito	AF (S. Filippo Neri)
S. Paolo Civitavecchia	AO (S. Filippo Neri)	
3	Policlinico Tor Vergata	SIMT Area di Produzione
	S. Pertini	SIMT CUV
	F. Spaziani di Frosinone	SIMT
	SS. Trinità di Sora	AO (Frosinone)
	Santa Scolastica di cassino	AO (Frosinone)
	Civile di Velletri	SIMT
	Civile di Anzio	AO (Velletri)
	SG Evangelista di Tivoli	SIMT
	Parodi Delfino di Colleferro	AO (Tivoli)
	Campus Biomedico	
4	S.M. Goretti di Latina	SIMT Area di Produzione
	Dono Svizzero di Formia	AF (Latina)
5	Belcolle di Viterbo	SIMT Area di Produzione

In ambito regionale il PTV è pertanto posizionato in tutte le “reti” tranne in quella perinatale (in via di attivazione) e pediatrica così come di seguito riepilogato.

PROVVEDIMENTO REGIONALE	OGGETTO RETE	
DCA U00214/2016	Modifica del DCA n. U00412/2014 avente ad oggetto Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto <i>"Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014"</i> . Adozione del documento tecnico inerente: <i>"Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio"</i>	Cardiologica Trauma grave e neurotrauma Perinatale
DE G15037 2015	Adozione del documento <i>"Percorso assistenziale per il paziente affetto da trauma grave e neurotrauma"</i> , redatto dal Gruppo di lavoro tecnico regionale della Rete dell'Emergenza, istituito con determinazione n. B03042/13, ai sensi del DCA n. U00412/2014	Trauma
DE G07616/2015	Adozione del documento <i>"Percorso assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico – Dall'emergenza alla fase della post-acuzie"</i> , redatto dal Gruppo di Lavoro tecnico regionale della Rete Emergenza Ictus, istituito con determinazioni n G027237 e G06731/2014, ai sensi del DCA n. U00412/2014	Ictus
DCA U00540/2015	Adozione del documento <i>"Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbidità"</i> , ai sensi del DCA n. U00412/2014	Malattie Infettive
DCA U00038/2015	Recepimento dell'Atto d'intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato - Regioni sul documento recante <i>"Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"</i> ed adozione del documento tecnico inerente <i>"Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella nel Lazio"</i> ai sensi del DCA n. U00247/2014	Oncologica (Mammella)
DCA U00189/2017	Programma Operativo 2016-2018 (DCA n. U00052/2017). Approvazione del documento di indirizzo per la prevenzione secondaria del tumore al seno, gestione delle donne ad alto rischio e <i>follow-up</i> delle donne post-trattamento	
DCA U00030/2017	Adozione del documento tecnico <i>"Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio, ai sensi del DCA n. U00247/2014"</i>	Oncologica (Colon retto)
DCA U00419/2015	Adozione del documento tecnico inerente <i>"Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio"</i> , a cura del Gruppo di Lavoro Regionale di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria per le attività previste nei Programmi operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica, ai sensi del DCA n. U00247/2014	Oncologica (Polmone)
DE G04950/2016	Adozione del documento <i>"Rete cardiocirurgica - Protocollo operativo per le emergenze-urgenze"</i> , redatto dai Responsabili dei Centri di Cardiocirurgia delle Aziende Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto	Cardiocirurgica

	I, Policlinico Tor Vergata, San Camillo Forlanini e Sant'Andrea	
DE G08550/2017	Adozione del documento " <i>Percorso in Emergenza ed Elezione con Scompenso Cardiaco Avanzato</i> ". A cura del Centro Trapianti di Cuore condiviso dal Gruppo di lavoro regionale Rete cardiologica, dai Centri di Cardiocirurgia e dal Centro Regionale Trapianti Lazio.	Cardiologica
DCA U00219/2014	Attuazione Programma Operativo 2013 - 2015. Intervento 2 - Azione 1 " <i>Riorganizzazione dell'offerta assistenziale</i> " riguardante la Riorganizzazione della Rete dei laboratori di analisi pubblici - Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 1040 del 21.12.2007. Approvazione documenti tecnici: Allegato 1 e Allegato 2	Laboratori Analisi Pubblici
DCA U00274/2016	Modifiche ed integrazioni al Decreto del Commissario <i>ad acta</i> 2 luglio 2014, n. U00219 riguardante la Riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi pubblici	
DCA U0088/2015	Rete per la Terapia del dolore della Regione Lazio in attuazione della Legge del 15 marzo 2010, n. 38. Modifiche ed integrazioni al Decreto n. U0083 del 30 settembre 2010	Terapia del Dolore
DCA U00568/2015	Istituzione della Rete regionale dei centri <i>Hub/Spoke</i> per la Terapia del dolore in attuazione della Legge del 15 marzo 2010, n. 38. Approvazione del documento " <i>Individuazione dei centri Hub/Spoke della rete per la terapia del dolore della Regione Lazio</i> "	
DCA U00549/2015	Istituzione della Rete specialistica disciplinare dei laboratori di Genetica medica in attuazione dei Programmi operativi 2013-2015. Approvazione del documento " <i>Rete dei laboratori di Genetica medica della Regione Lazio</i> "	Laboratorio di Genetica Medica
DCA U00387/2015	Recepimento Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n.140 del 16/10/2014 che ha approvato il Piano nazionale malattie rare 2013 - 2016. Individuazione del Coordinamento regionale delle malattie rare. Primo riassetto della rete assistenziale per le malattie rare. Disposizioni transitorie	Malattie Rare
DCA U00429/2015	Rettifica della Tabella A dell'Allegato 3 del Decreto del Commissario <i>ad acta</i> n.U00387 del 06.08.2015	
DE G14554/2015	Approvazione elenco dei Centri malattie rare riconosciuti ai sensi dei DCA n. U00387/2015 e n. U00429/2015	

4.1.14. L'integrazione "ospedale – territorio": partecipazione del PTV ai programmi di sviluppo dell'assistenza territoriale

Punto di partenza per definire il ruolo che il PTV può utilmente svolgere nella implementazione dell'assistenza territoriale, in collaborazione con le Aziende territoriali che costituiscono il suo naturale bacino di utenza, è rappresentato dall'analisi della domanda e dai bisogni di salute espressi dalla popolazione interessata.

Le fonti di valutazione dei bisogni sono forniti dalla conoscenza della struttura della popolazione e dalle analisi epidemiologiche attraverso la verifica delle prestazioni erogate e della mobilità sanitaria.

La risposta ai bisogni di salute avviene attraverso una programmazione dell'offerta che coinvolga tutte le unità operative aziendali la cui attività dovrà essere organizzata in coerenza con il modello assistenziale che nella *governance* della salute privilegia la medicina di iniziativa che si esprime attraverso interventi differenziati e confluenti:

- come modalità di intervento sulla popolazione "fragile" va sviluppato progressivamente il *Chronic Care Model* che prevede l'utilizzo integrato dei sistemi informativi orientati alla persona, delle organizzazioni sanitarie fondate sulla centralità della persona, dei *team* multidisciplinari e multi professionali, della promozione dell'autocura, dell'attività clinico - assistenziale basata sulle evidenze e l'attivazione delle risorse della comunità;
- gli utenti "fragili" si trovano ad interagire con un sistema sanitario e sociosanitario ancora frammentato, con conseguenti problemi di qualità e continuità delle cure; uno degli strumenti principali per risolvere queste problematiche consiste nella strutturazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), intesi quali l'insieme organizzato, coerente e coordinato di prestazioni e attività di natura sanitaria e socio assistenziale, erogate per raggiungere un dato obiettivo di salute a fronte di una specifica condizione clinico - assistenziale. I percorsi vanno costruiti a livello distrettuale, in sinergia con il livello ospedaliero, allo scopo di garantire una gestione integrata del paziente. Al fine di favorire la continuità delle cure e dell'assistenza, di superare alcuni problemi logistici e di integrazione con gli altri ambiti di assistenza, si devono promuovere azioni per lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza;
- per il trattamento di persone affette da patologie cronico - degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera, nella nostra regione è in via di realizzazione il sistema delle Case della Salute come forma di assistenza intermedia, come area di confine tra *setting* ospedaliero e domiciliare caratterizzato da una bassa complessità clinica e alta complessità assistenziale. La Casa della Salute è il luogo fisico e sociale all'interno del quale confluiscono le risorse e le competenze necessarie alla gestione delle "fragilità".

Il PTV può a pieno titolo essere coinvolto nella organizzazione assistenziale sopra descritta quale struttura deputata a fornire le risposte di II livello, sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale, in quanto in possesso delle competenze e del *know-how* necessario per tutte le discipline che maggiormente sono richieste nel trattamento delle patologie croniche e nella gestione del paziente fragile nella consapevolezza che:

- tutto quello che si fa sul territorio si riverbera all'interno dell'area ospedaliera e viceversa;
- la presa in carico di pazienti da parte del territorio sgrava l'ospedale da quote di inappropriata e permette alle strutture ospedaliere di concentrarsi sull'acuzie vera;
- l'ospedale, parimenti, alimenta l'area territoriale inviando pazienti, sia tramite le dimissioni protette, sia tramite le proposte di inserimento nei P.D.T.A.

Il PTV pertanto sarà chiamato, in termini di risorse, a contribuire ai percorsi integrati attivati dal territorio con l'obiettivo centrale di garantire salute alla popolazione.

Ciò prevede una integrazione e una ottimizzazione delle risorse e la attivazione di percorsi concertati per la messa in comune, fra ospedale e territorio, delle risorse umane e tecnologiche necessarie al raggiungimento dell'obiettivo salute.

E' già attivo presso il PTV un protocollo di collaborazione tra MMG e *team* multidisciplinare del PDTA di riferimento, interno al PTV, per il trattamento precoce del tumore del colon-retto.

4.1.15. Le eccellenze del PTV

Nel PTV sono attivi diversi centri, medici e chirurgici, *ad alta specialità* ed elevato volume di prestazioni, punto di riferimento per i pazienti della Regione Lazio, ma anche *extra* regionali.

Il PTV è orientato verso una logica di percorsi di cura e di presa in carico del paziente in modo multidisciplinare attraverso i PDTA, a tal proposito all'interno del PTV sono già stati attivati **PDTA (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali)** che consentono l'agevole accesso e presa in carico, a livello multidisciplinare, del paziente, con contestuale migliore programmazione dei controlli ed una ottimale gestione delle liste d'attesa, con particolare riferimento a:

- 1) *Ictus*;
- 2) Ulcere da pressione;
- 3) Leucemia mieloide acuta;
- 4) HIV;
- 5) Tumore del colon-retto;
- 6) Sclerosi multipla;
- 7) Sindrome di *Marfan*;
- 8) Angioedema ereditario;
- 9) Distrofie miotoniche;
- 10) Sindrome di *Lennox-Gastaut*;
- 11) Polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante ed altre polineuropatie disimmuni croniche;
- 12) Narcolessia;
- 13) Cancro della mammella.
- 14) Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine;
- 15) Immunodeficienza primaria;
- 16) Acalasia;
- 17) Colangite sclerosante primitiva;
- 18) Malattia di *Caroli*;
- 19) Malattia fegato policistico;
- 20) Poliposi familiare;
- 21) Sindrome di *Rett*;
- 22) Sclerosi tuberosa;
- 23) *Deficit* alfa1-tripsina;
- 24) Neuropatie ereditarie;
- 25) Fibrosi polmonare idiopatica;

È attivo, inoltre, un percorso di eccellenza di presa in carico del **paziente diabetico**, sin dall'età pediatrica, al cui interno sono presenti aree ad elevata specialità per il trattamento di patologie diabete-correlate ed in corso *trials* clinici di II e III livello.

Sono attivi all'interno del PTV i seguenti **Centri per il trattamento di malattie rare**:

- Ambulatorio di Genetica medica
- Ambulatorio dell'angioedema ereditario
- Ambulatorio delle malattie reumatologiche
- Centro per la diagnosi e cura della sindrome di *Marfan* e patologie correlate
- Ambulatorio delle malattie neuromuscolari e distrofie miotoniche
- Ambulatorio delle fibrosi polmonari e delle malattie rare dell'apparato respiratorio
- Ambulatorio di ortopedia pediatrica

Le malattie rare riconosciute al PTV con DCA n. 387/2015 e DCA n. 429/2015 sono:

- Disturbi del metabolismo e del trasporto dei carboidrati
- Angioedema ereditario
- Endocardite reumatica
- Deramtomiosite
- Connettivite mista
- Connettivite indifferenziata
- Sindrome di *Marfan*
- Distrofie miotoniche

Le malattie rare riconosciute al PTV con DCA n. 413/2017 sono:

- Iperinsulinismo congenito – iperinsulinismo congenito da *deficit* di glucochinasi
- Angioedema acquisito da *deficit* C1 inibitore
- Ipertensione polmonare arteriosa idiopatica
- Sarcoidosi
- Malattie interstiziali polmonari primitive – Polmonite acuta – Fibrosi polmonare idiopatica
- Sindromi gravi e invalidanti con ipoventilazione centrale congenita – Sindrome di *Ondine* – Sindrome di *Rohad*
- Emosiderosi polmonare idiopatica
- Proteinosi alveolare polmonare idiopatica
- Proteinosi alveolare polmonare congenita
- Angiomatosi cistica diffusa dell'osso
- Eteroplasia ossea progressiva
- Fibrodisplasia ossificante progressiva
- Meloreostosi
- Miosite a corpi inclusi
- Miosite eosinofila idiopatica
- Sindrome *Shprintzen-Goldeberg* – Sindrome *Loeys-Dietz*

Il PTV disegna le proprie strategie a breve e lungo termine, ponendosi obiettivi di miglioramento continuo, in linea con le finalità istituzionali del nosocomio, con le indicazioni derivanti dalla politica sanitaria regionale nonché con i vincoli di bilancio definiti dalla Regione Lazio.

In tale ottica il PTV ha realizzato e intende mantenere nel proprio programma di sviluppo il posizionamento quale terzo Centro regionale dispensatore di farmaci in *File F*, in considerazione della presenza di *centri di riferimento regionali* (psoriasi e reumatologia, sclerosi multipla, ematologia, gastroenterologia, oculistica) nonché dei descritti Centri per le malattie rare.

Attività chirurgica

Al fine di efficientare le attività di ricovero afferenti al dipartimento di chirurgia il PTV, già dal 2014, ha avviato e continua a realizzare un potenziamento del servizio di *pre-ospedalizzazione*, propedeutico all'attivazione dei posti letto di *week surgery* che operano per 5 giorni a settimana. Tali posti letto non sono dedicati alle singole discipline ma concepiti per una gestione multidisciplinare governata dalle liste di attesa, con l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa, riduzione delle giornate di degenza pre-operatoria e definizione di tempi certi della dimissione, con contestuale ottimizzazione delle risorse infermieristiche dedicate.

Nell'anno 2016 è stata completata l'offerta relativa a 40 posti letto di *week surgery* e 20 posti letto di *day surgery* la cui gestione risponde alla stessa logica multidisciplinare del *week surgery*.

L'organizzazione di tali attività è in capo alla Direzione sanitaria e alla Direzione infermieristica.

La scelta organizzativa sopra descritta ha consentito di rispondere alle nuove esigenze delle discipline specialistiche chirurgiche che hanno ridotto i tempi medi di intervento attraverso l'utilizzo di tecniche di chirurgia mininvasiva. Tali tecniche generano, inevitabilmente, maggiori costi per dispositivi specialistici e generici, che vanno recuperati con un efficientamento del sistema, attraverso nuove e più appropriate modalità organizzative.

Attualmente nel PTV sono attive complessivamente 15 sale operatorie, il cui numero è coerente con il numero dei posti letto chirurgici, nell'ambito delle quali n. 3 sono dedicate alle attività di *day surgery* per 90 ore settimanali e 1 sala operatoria è dedicata all'attività in *APA di Oculistica* per 30 ore settimanali. Le rimanenti 11 sale sono organizzate come segue:

- 1 sala operatoria → emergenza chirurgica H 24;
- 1 sala operatoria → chirurgia generale – trapianti 33 ore settimanali oltre attivazione per trapianto con reperibilità notturna e festiva;
- 1 sala operatoria → cardiocirurgia H 24 (*Hub*);
- 1 sala operatoria → neurochirurgia per 40 ore settimanali (*Hub*);
- 1 sala operatoria → ortopedia-traumatologia per 55 ore settimanali (*CTZ*);
- 6 sale operatorie → chirurgia generale e chirurgie specialistiche che a rotazione dispongono di slot chirurgici per lo svolgimento dell'attività in regime di elezione per 300 ore settimanali.

Tale organizzazione ha permesso una maggiore offerta indirizzata verso patologie a più alta complessità e, conseguentemente, si pone l'obiettivo di "stabilizzare" un costante numero di interventi chirurgici, pari mediamente, a 54 al giorno per 5 giorni a settimana.

Le sale operatorie sono allocate in piastra al primo piano, in contiguità verticale con il Pronto Soccorso. All'interno dei blocchi operatori sono presenti la terapia intensiva e sub intensiva per un totale di n. 20 posti letto dedicati alla cardiocirurgia (n. 8), ai trapianti d'organo (n. 3), alla neurochirurgia (n. 3); i rimanenti sono disponibili per le attività chirurgiche specialistiche e di emergenza.

Degenza ordinaria

Con riferimento alla degenza ordinaria, presso ogni modulo-tipo sono presenti 20/22 posti letto, con una dotazione di infermieri H 24 di 12 unità, pari al minimo numero necessario a garantire una congrua turnazione in quinta (mattina, pomeriggio, notte, smonto notte, riposo) nonché il rispetto della vigente normativa europea sull'orario di lavoro. Per salvaguardare i diversi istituti contrattuali inerenti le assenze dal lavoro (ferie, malattie, congedi, legge 104, *etc.*), la turnazione prevede la copresenza di due infermieri per ogni turno e l'assenza contemporanea di due unità.

Per ogni modulo di degenza è prevista la copresenza di più specialità (a mero titolo esemplificativo si pensi ad un modulo di chirurgia dove insistano la chirurgia toracica, l'urologia, la chirurgia vascolare, la chirurgia generale e l'otorino). Il cospicuo numero di *équipe* mediche, legate anche all'attività di didattica, peculiare in un Policlinico universitario, comporta un maggiore sforzo

organizzativo da parte del personale di comparto che si trova ad operare con più specialità contemporaneamente. Anche al fine di razionalizzare le risorse e per una migliore armonizzazione organizzativa, il coordinamento di ogni modulo di degenza, nonostante siano multidisciplinari, è sempre affidato ad un unico coordinatore/caposala e non a tanti coordinatori /caposala quante sono le specialistiche presenti.

In tutte le aree intensive, infine, la numerosità di personale in turnazione H 24 è sempre determinata nel rispetto della normativa vigente, ossia il rapporto 1:2 nelle terapie intensive e 1:3 nelle sub-intensive.

Relativamente all'efficientamento dei processi di ricovero, è previsto un supporto degli infermieri esperti nella gestione del *wound care* e dello *stoma care*. La precoce presa in carico dei pazienti complessi dal punto di vista assistenziale contribuisce notevolmente ad ottimizzare i percorsi di dimissione dei pazienti medici e di quelli atomizzati, abbassando indirettamente la degenza media di questa tipologia di pazienti. Anche l'incremento dell'attività ambulatoriale infermieristica (*wound care* e *stoma care*), ha dato modo ai medici di dimettere tutti quei pazienti che, a conclusione del percorso clinico, si trovavano con problematiche assistenziali ancora attive. È, inoltre, presente un gruppo aziendale di infermieri, esperti nella gestione della nutrizione artificiale, al fine di promuovere una più rapida dimissione dei pazienti con problematiche nutrizionali attive.

In un *programma* già avviato ed in corso di implementazione, alcuni coordinatori- titolari di posizione organizzativa- sono stati impegnati nel governo di processi trasversali. Due esempi sono l'informatizzazione dell'approvvigionamento carico e scarico dei farmaci e/o presidi in tutti i reparti di degenza e l'implementazione del sistema informatico per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito in tutte le aree. In entrambi i casi il governo dei suddetti processi produce notevoli risultati in termini di *compliance* organizzativa e risultati ottenuti.

L'obiettivo che il PTV si pone è quello di rivisitare tutti i coordinamenti e le posizioni organizzative, al fine di dare maggior concretezza gestionale ai ruoli apicali delle professioni sanitarie e, contestualmente, ridisegnare l'intera organizzazione impegnando i titolari di posizione organizzativa nel governo di processi aziendali. Il *programma* consentirà di avere il massimo controllo sulle diverse attività considerate ad alta dinamicità e innovatività produttiva.

Tra le attività previste nel triennio futuro, ai fini dell'efficientamento strutturale, c'è il completamento dell'organizzazione per «intensità di cura» presso la macro-area chirurgica (*day surgery, week surgery, long surgery*).

I criteri che costituiscono la base del nuovo approccio culturale, vedono la gestione per processi come uno strumento fondamentale per orientare l'organizzazione verso il suo continuo miglioramento. La “chiave per processi” comporta un'analisi e una progettazione dell'organizzazione aziendale, non legata a compiti e funzioni gerarchicamente connessi, ma basata su un insieme di attività omogenee rispetto al risultato/valore prodotto, correlate tra loro da analoghi processi e regolate da organismi di coordinamento che trascendono l'aspetto puramente gerarchico strutturale. Da questi concetti nasce la necessità di strutturare un modello organizzativo che si colloca in continuità nel lungo processo di cambiamento, volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie. L'organizzazione richiede un ripensamento della presa in carico del paziente, perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa a tutti i livelli di cura. Occorre quindi passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'*hosting management* alla gestione del caso (Venuti et al, 2008).

E' necessario quindi rispondere in modo diverso e appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

Questo determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per percorsi e obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione di un *team* multidisciplinare capace di operare secondo tale impostazione concettuale. In base a tale approccio, come già positivamente sperimentato nelle Unità operative di *week* e *day surgery* nonché *week* e *day*

service, medici e infermieri sono chiamati a una funzione di primissimo piano nello sviluppo di tutte le attività comprese nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente.

Attività di ricovero e attività ambulatoriale

Un'analisi condotta, a livello di disciplina, sui ricoveri effettuati, si rileva che *i ricoveri medici* si concentrano prevalentemente sulle discipline di neurologia, medicina generale, cardiologia e oncematologia che concentrano il 60% dei ricoveri medici.

Con riferimento ai *ricoveri chirurgici* si rileva una concentrazione nelle discipline di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, che concentrano il 50% dei ricoveri chirurgici. La disciplina che presenta un incremento maggiore è quella della chirurgia toracica (+53%) e della neurochirurgia.

Attraverso una riorganizzazione delle attività chirurgiche sia di degenza che di sala operatoria ed utilizzando i dati di volumi e di esiti delle attività delle unità operative complesse sanitarie, forniti dal sistema P.Re.Val.E., sia come obiettivi di *budget*, a partire dal 2014, sia come *audit* per il rischio clinico, è stato possibile raggiungere gli obiettivi prefissati da detto sistema e conseguire un aumento delle prestazioni critiche nonché un contestuale miglioramento degli esiti delle cure. Tale processo ha consentito il posizionamento del PTV tra le Aziende del Lazio con le migliori *performance* e costituisce obiettivo di miglioramento continuo.

Con riferimento all'offerta ambulatoriale il PTV si propone per un'offerta di II livello erogata principalmente dalle strutture della Microbiologia e virologia e della Medicina di laboratorio.

La Microbiologia e Virologia è suddivisa in 4 linee di attività: Batteriologia e Batteriologia molecolare, Virologia e Virologia molecolare, Parassitologia e Sierologia. L'attività si svolge di routine ed è previsto un servizio di pronta reperibilità H 24 per le principali urgenze microbiologiche. I laboratori si avvalgono di tecnologie di ultima generazione. In particolare la Batteriologia, oltre ai metodi tradizionali, si avvale di tecnologie in grado di identificare i microrganismi in tempi brevi mediante spettrometria di massa e tecniche molecolari e di effettuare l'antibiogramma con tecnologie che riducono drasticamente i tempi di risposta. Nell'ambito della Batteriologia si contribuisce, inoltre, al controllo delle infezioni ospedaliere mediante l'identificazione di germi sentinella e di pronta individuazione di germi responsabili di epidemie, oltre al monitoraggio continuo delle resistenze batteriche. La Virologia molecolare rappresenta un centro di eccellenza nell'ambito del monitoraggio delle resistenze antivirali.

Nell'ambito della Parassitologia viene svolta la diagnostica delle principali parassitosi umane causate sia da protozoi che da elminti utilizzando metodiche tradizionali che tecniche molecolari. Nell'area della Sierologia si effettuano i test per identificare anticorpi verso i maggiori agenti patogeni.

Per quanto riguarda la Medicina di laboratorio, essa è suddivisa in 6 linee di attività: *Corelab* (chimica clinica, ormonologia, allergologia), Autoimmunità, Ematologia e Coagulazione, Farmaci e Droghe di abuso, Radioimmunologia e Proteinologia.

L'attività si svolge sia in *routine* che in emergenza per un totale di circa 3.6 milioni di analisi annue. E' inoltre presente la sala prelievi con un numero di pazienti medio di 400 unità al giorno.

La struttura è dotata di strumentazioni analitiche e pre-analitiche avanzate ed aggiornate alle conoscenze e alla disponibilità tecnologica della IVD. La struttura segue un programma di certificazione secondo la norma ISO 9000 così come tutti i controlli di qualità compreso il controllo di qualità esterno (VEQ) per tutti gli analiti testati.

Day Service

Il Day Service nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta *l'attivazione di interventi articolati e multidisciplinari*. Vuole essere funzionale alla necessità di gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in *day hospital*, risulta inappropriato ma tali da richiedere, comunque, una presa in

carico del paziente da parte del referente individuato, per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

*L'obiettivo è quello di una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione senza che venga meno la capacità da parte del SSR di soddisfare efficacemente la domanda di prestazioni sanitarie. Gli ambiti di attività del DH medico rappresentano un'area dove sono possibili importanti interventi di razionalizzazione. Le strutture ospedaliere e le strutture territoriali dovranno orientarsi a potenziare e qualificare l'assistenza ambulatoriale, dispiegando adeguate risorse nell'erogazione di assistenza specialistica secondo la modalità del *Day Service*, nel quale dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in regime di ricovero. Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il *Day Service* prevede la "presa in carico" del paziente da parte di un medico referente, che consiste nella pianificazione e nel coordinamento dell'intero processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva finale. Nel *Day Service* vengono erogati i Pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) per problematiche mediche e gli Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) per problematiche chirurgiche.*

Percorsi odontoiatrici per pazienti fragili

La struttura del PTV è fortemente attrattiva sul territorio per la gestione dei pazienti vulnerabili sanitari che necessitano di assistenza anestesiologicala, sovente prestata in regime di *day hospital*.

Tale attività è sinergica e indispensabile soprattutto per quei pazienti vulnerabili sanitari afferenti ai nostri Centri di riferimento regionali (vedi *Marfan*, neuropsichiatria infantile, psichiatria *etc.*).

4.2. OSPEDALE DI INSEGNAMENTO

Il PTV, quale *sede elettiva* della formazione dell'Università di Tor Vergata, è istituzionalmente impegnato nel perseguimento di obiettivi generali che si inquadrano nel contesto sociale e regionale di riferimento.

L'Università ha da sempre un ruolo fondamentale nelle dinamiche evolutive dei processi culturali e formativi nell'ambito del contesto sociale di riferimento.

Difatti, storicamente, le Università, in quanto produttrici di "cultura", sono sempre state il veicolo del cambiamento, adeguando i propri contenuti e l'approccio didattico perseguito ai valori ed al modello culturale delle società di appartenenza. L'Università ed in particolare la Facoltà di Medicina e Chirurgia hanno pertanto una posizione attiva e dinamica all'interno della società, strettamente legata ai fenomeni evolutivi che investono i sistemi sociali e, in particolare, il mondo della sanità, ove le complesse interrelazioni tra fattori demografici, sociali, economici e culturali hanno prodotto, negli ultimi decenni, e continuano a produrre profondi cambiamenti.

Tali esigenze pongono la necessità di riorganizzare l'attività formativa garantendo che sia al passo con i tempi, non limitandola più al solo settore ospedaliero, ma anche a quello territoriale ed ai diversi livelli di intensità delle cure. Questi diversi settori della sanità sono stati per molto tempo considerati come mondi separati, mentre oggi sempre più appare importante garantire quella "continuità delle cure" la cui realizzazione non può essere più rimandata.

Nel settore dell'assistenza, ed in particolare nella sanità, è emersa, ad ogni livello, la necessità di formare il personale che in esso opera, secondo principi orientati all'introduzione di metodiche organizzative ed innovative, in grado di migliorare l'erogazione delle prestazioni, la loro qualità e la loro appropriatezza, in coerenza con criteri di economicità e sostenibilità del sistema.

Da una parte, quindi, l'Università ha come compito istituzionale quello di formare il personale medico e non medico, che sarà chiamato ad organizzare, in stretta sinergia, l'offerta assistenziale del prossimo futuro secondo i più alti livelli qualitativi e sulla base di obiettivi di efficacia, efficienza, appropriatezza ed umanizzazione delle cure, integrazione terapeutica.

Dall'altra parte, la Regione utilizzerà nel prossimo futuro il personale oggi formato nell'Università, e quindi non solo i medici ed i laureati sanitari che opereranno all'interno degli ospedali, ma anche tutte le figure professionali che permetteranno, in totale sinergia, lo sviluppo ed il potenziamento delle attività territoriali e dei servizi alternativi al ricovero ospedaliero.

Nel ripensare il *processo formativo* in un'ottica più adeguata ai tempi, assume un ruolo fondamentale non solo la Facoltà di Medicina e Chirurgia, ma si afferma un'Università multidisciplinare e integrata tra le diverse Facoltà.

In questo senso un Policlinico universitario, nel caso specifico il Policlinico Tor Vergata, viene ripensato ed organizzato, occupando una posizione centrale nel processo di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale.

I Policlinici universitari sono, infatti, tra le organizzazioni più complesse nel mondo della sanità, all'interno delle quali si incontrano e si attuano principi generali e criteri organizzativi e si fondono ospedale e università con ruoli e finalità distinti, ma interdipendenti e strettamente interconnessi.

L'equilibrio ottimale va trovato in un concordato bilanciamento tra le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, che impatta direttamente sui doveri e sui rapporti del personale medico e di quello afferente alle altre professioni sanitarie.

I Policlinici universitari devono costituire un punto di riferimento per l'assistenza ai malati con patologie complesse, e questo richiede la concentrazione di specialisti e di tecnologie altamente qualificati, organizzati secondo un modello dipartimentale, così da integrare le rispettive competenze, mediche e non mediche, e consentire la valutazione collegiale dei principi e metodi utilizzati, spesso innovativi, a tutto vantaggio dei pazienti, oltre che della didattica, della ricerca e della formazione continua.

Questo modello culturale ed organizzativo non esaurisce le sue finalità nelle funzioni altamente specialistiche, che non rappresentano in via esclusiva le articolate attività dell'ospedale, ma è essenziale anche per affrontare le altre tipologie di prestazioni, che riguardano le patologie più comuni e diffuse, ovvero le patologie rare e le emergenze.

Il Policlinico universitario è uno strumento essenziale, ma non sufficiente a garantire il percorso completo della formazione a di tutto il personale medico e non medico, di cui la Regione deve poter disporre per far fronte alle necessità assistenziali, in continua evoluzione, e secondo i modelli organizzativi più appropriati, proprio nella considerazione della necessità di sviluppare sul territorio quei servizi alternativi all'ospedalizzazione, sui quali da tempo si discute a diversi livelli, internazionale, nazionale e regionale.

Il DPCM 24 maggio 2001 già prevedeva la possibilità di *“integrare o rimodulare l'individuazione delle strutture assistenziali per le finalità istituzionali della facoltà di medicina e chirurgia”* e, stabiliva che le strutture aziendali debbano consentire le funzioni formative sia nei settori ordinari, sia in quelli sperimentali ed innovativi con riguardo all'evoluzione della ricerca biomedica ed alle esigenze della sanità pubblica.

Il recente D.I. n. 402 del 13/6/2017 - adottato ai sensi dell'art. 3 co. 3 del D.M. n. 68 del 4.2.2015 e recante *“gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria”* - prevede che *“oggetto di accreditamento sono innanzitutto le strutture di sede della Scuola di specializzazione, cioè le strutture a direzione universitaria, idonee e attrezzate per l'organizzazione e la realizzazione di attività di formazione professionale specialistica nell'area medica di pertinenza della Scuola...”* ed in forza di tale decreto l'Università Tor Vergata ha chiesto ed ottenuto il riconoscimento delle Scuole di Specializzazione sulla base, tra l'altro, dell'attuale assetto del Policlinico, individuato quale *Azienda di riferimento dell'Università e della Regione* nell'ambito del Protocollo d'intesa - all'art. 2.

La complessa articolazione del PTV, sia sotto il profilo strutturale e tecnologico che organizzativo, consente, attualmente, il funzionamento e la realizzazione dei percorsi formativi delineati dagli ordinamenti didattici e statuti delle numerose *Scuole di specializzazione-area medica e sanitaria-* e dei *Corsi di laurea* che insistono nello stesso Policlinico e che costituiscono una vasta

offerta formativa rivolta ai futuri operatori della Sanità, nelle sue diversificazioni, esemplificate in dettaglio come segue:

<i>Scuola di specializzazione di area sanitaria</i> <i>Circa n. 750 specializzandi frequentano PTV</i>
Anatomia Patologica
Anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore
Cardiochirurgia
Chirurgia Generale
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica
Chirurgia Toracica
Chirurgia Vascolare
Dermatologia e venereologia
Ematologia
Endocrinologia e malattie del metabolismo
Genetica Medica
Ginecologia e Ostetricia
Igiene e medicina preventiva
Malattie dell'apparato cardiovascolare
Malattie dell'apparato digerente
Malattie dell'apparato respiratorio
Malattie Infettive e Tropicali
Medicina del lavoro
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico
Medicina Fisica e riabilitativa
Medicina Interna
Medicina Legale
Medicina Nucleare
Microbiologia e Virologia
Neurologia
Neuropsichiatria infantile
Oftalmologia
Oncologia medica
Ortopedia e traumatologia
Otorinolaringoiatria
Patologia Clinica e Biochimica clinica
Pediatria
Psichiatria
Radiodiagnostica
Radioterapia
Scienza dell'alimentazione
Urologia

<i>Scuole specializzazione ad esaurimento</i>
Nefrologia
Neurochirurgia

<i>Scuole specializzazione area odontoiatrica</i>
Chirurgia Orale
Ortognatodonzia

<i>Corsi di laurea triennale</i>
Dietistica
Educazione Professionale
Fisioterapia
Igiene Dentale
Infermieristica
Infermieristica Pediatrica
Logopedia
Ortottica ed assistenza oftalmologica
Ostetricia
Podologia
Tecniche audioprotesiche
Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Tecniche della riabilitazione psichiatrica
Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
Tecniche di laboratorio biomedico
Tecniche di neurofisiopatologia
Tecniche di radiologia medica per Immagini e radioterapia
Tecniche ortopediche
Terapia della neuropsicomotricità dell'età evolutiva
<i>Corsi di laurea magistrale</i>
Scienze delle professioni sanitarie e tecniche diagnostiche
Scienze infermieristiche e ostetriche
Scienze riabilitative delle professioni sanitarie

Non può sottacersi, naturalmente, che sia le richiamate recenti norme emanate sul funzionamento e requisiti delle Scuole di Specializzazione dell'Area medica e sanitaria che il Protocollo d'intesa Regione Università, in particolare all'art. 5, prevedono espressamente un completamento della rete formativa con strutture diverse dal Policlinico e che Università e Regione concordino annualmente il *Piano della Rete formativa*, che comprenda, oltre al PTV, altre strutture pubbliche e strutture private accreditate, funzionali alla formazione complementare di tutte le figure sanitarie, oltre che dei medici in formazione specialistica.

L'Università e il PTV, nell'ambito delle rispettive competenze, definiscono di concerto modalità e forme di partecipazione del personale SSR all'attività didattica in relazione a quanto disposto dai competenti organi accademici, nel rispetto dei CC.CC.NN.L di riferimento, come previsto dall'art. 11 comma 3 lett. l) e dall'art. 24 del Protocollo d'Intesa.

Proprio considerando l'Università e il Policlinico come strumenti di programmazione congiunta con le strutture regionali, l'attività formativa deve essere coerente con gli stessi indirizzi della programmazione nazionale e regionale e, conseguentemente, le attività di didattica e di ricerca non devono essere finalizzate esclusivamente a determinati profili medico-specialistici, rappresentati dalle specialità di medio-alta intensità di cura, ma devono rivolgere la loro attenzione a tutto il

percorso assistenziale dei pazienti, dalla fase per acuti a quella della riabilitazione, della lungodegenza *post-acuzie*, dell'assistenza domiciliare, delle cure primarie e dell'assistenza per i malati terminali.

Il sistema formativo efficace posto in essere nel PTV considera, quindi, l'intera offerta assistenziale, sia sotto il profilo delle figure professionali, che sotto il profilo dei modelli assistenziali e della loro appropriatezza funzionale ed organizzativa.

Al contempo il PTV – quale Policlinico universitario - e le attività ad esso connesse non possono prescindere dal principio sempre più fortemente affermato di *integrazione tra ospedale e territorio* ed il conseguente processo formativo è orientato allo sviluppo delle specialità, delle professionalità e di tutti i servizi che consentono di porre il paziente al centro di un sistema di cura e di assistenza sanitaria e sociosanitaria, a garanzia di un percorso assistenziale basato sulla continuità della cura, sulla qualità, completezza e appropriatezza dell'offerta.

In aggiunta ed a completamento dell'*offerta formativa* di matrice universitaria, il PTV svolge un altro ruolo fondamentale nel sistema sanitario regionale e nazionale, che consiste nel garantire percorsi di *aggiornamento professionale* agli operatori della Sanità, rivolti alle diverse tipologie professionali - mediche e non mediche - che già svolgono attività professionale all'interno del sistema.

L'attività di *aggiornamento professionale* si sostanzia nell'*Educazione Continua in Medicina* denominata **ECM**, che costituisce il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato, per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario ed al proprio sviluppo professionale ed acquisisce nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica nuove conoscenze e competenze, per offrire un'assistenza qualitativamente elevata e prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da potersi collocare con un ottimale livello di professionista nel sistema sanità.

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in attuazione dell'innovazione dettata dal D. Lgs. n. 502/1992, integrato dal D. Lgs. n. 229/1999, che hanno istituito l'obbligo della *formazione continua* per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte cambiamento nel mondo della sanità.

Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie.

In tale contesto, il Policlinico Tor Vergata nasce con l'obiettivo di integrare un'attività assistenziale altamente specialistica con un'attività didattica e formativa rivolta non solo verso la popolazione universitaria /studentesca bensì estesa al personale medico e sanitario del SSN e finalizzata a fornire strumenti formativi/di aggiornamento che tengano conto delle diverse fasi del percorso assistenziale, contribuendo a sviluppare tutte le professionalità necessarie in un sistema assistenziale in continua evoluzione.

L'attività didattica di *aggiornamento* è coordinata da un apposito **Centro ECM**, costituito con delibera aziendale n. 27 del 18.01.2002, che accredita eventi formativi con la finalità di assicurare la crescita professionale al personale operante presso la struttura e per rispondere in modo efficace ed efficiente ai requisiti del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM).

A partire dal 01 gennaio 2011, in relazione all'entrata in vigore del nuovo sistema di formazione continua in medicina, al Policlinico Tor Vergata è stato riconosciuto dalla Commissione nazionale il ruolo di **Provider** (*Provider* n. 140), in grado di individuare ed attribuire direttamente crediti formativi ECM per tutte le professioni sanitarie sul territorio nazionale (accreditamento nazionale) per le seguenti tipologie di formazione:

- formazione residenziale
- formazione sul campo
- formazione a distanza

La Fondazione Policlinico Tor Vergata forma circa **2000** unità di personale sanitario l'anno.

4.3 OSPEDALE DI RICERCA: VERSO L'IRCCS

Il PTV si pone come obiettivo primario statutario, quello di realizzare una ricerca al passo con i tempi, integrata con le attività assistenziali e didattiche, promuovendo iniziative in tre settori della ricerca, quella clinica, quella traslazionale e sui servizi sanitari., che si inquadrano in una moderna ottica multispecialistica e multidisciplinare, che consenta una valutazione quanto più possibile rigorosa, oggettiva e imparziale, per evitare errori sistematici nella selezione dei pazienti, nella gestione, nel *follow-up* e nella valutazione dei risultati.

La ricerca clinica si esprime attraverso lo studio clinico controllato che si applica sia alla valutazione dei farmaci che alla valutazione delle procedure chirurgiche, delle terapie fisiche e delle terapie psichiche, ma può essere esteso alla valutazione dei *test* diagnostici, nonché alla valutazione, rispetto a diverse strategie medico-cliniche, di un approccio di tipo invasivo rispetto ad un approccio conservativo, o un trattamento farmacologico pre-ospedaliero rispetto a quello ospedaliero.

Nell'ambito della ricerca clinica, i *trials* rappresentano “un'attività di ricerca tesa ad individuare risposte a domande su vaccini o cure nuove o su metodiche innovative per utilizzare cure conosciute. I *trials* clinici, orientati a scoprire se i nuovi farmaci o le nuove terapie sono sicuri ed efficaci, ove condotti correttamente, sono il sistema più rapido e più sicuro per scoprire nuove cure efficaci”.

I *trials* sono la strada maestra per stabilire prove di evidenza attraverso le quali gruppi scientifici di alto profilo possono definire linee guida per la cura delle diverse patologie, anche più complesse.

In questo settore il PTV ha negli anni prodotto ottimi risultati e intende ancora investire molto, soprattutto nel campo delle nuove terapie, non solo di carattere farmacologico ma anche di tipo biocellulare, genetico e chirurgico, per le quali sono ancora oggi scarse, a livello scientifico, le prove di efficacia.

Un altro settore strategico per la Fondazione è rappresentato dalla ricerca traslazionale, intesa quale ricerca biomolecolare pre-clinica destinata a produrre risultati rapidamente trasferibili all'attività clinica.

La ricerca traslazionale rappresenta l'integrazione tra l'attività di ricerca sperimentale e la pratica clinica e costituisce un investimento centrale, poiché consente di raggiungere il miglioramento di salute della popolazione, riducendo l'incidenza delle malattie e promuovendo la qualità dei servizi attraverso lo sviluppo delle eccellenze.

La ricerca traslazionale rappresenta, oggi, un mezzo concreto per ridurre l'incidenza delle malattie e per promuovere la salute, qualificandosi come strumento capace di dare risposte mirate, di produrre obiettivi capaci di indirizzare pianificazioni sanitarie appropriate, con un risparmio importante di energie e costi per l'intero sistema sanitario.

Il PTV intende sviluppare questa tipologia di ricerca, favorendo un dialogo costante tra i ricercatori ed i clinici universitari che operano in sinergia all'interno di esso, anche per migliorare lo scambio di informazioni tra istituzioni e favorendo pragmaticamente il miglioramento delle conoscenze.

Per quanto riguarda la ricerca sui servizi sanitari, è in costante crescita l'interesse delle istituzioni per l'epidemiologia dei servizi sanitari, che si va ad affiancare all'epidemiologia tradizionale.

In particolare, l'epidemiologia dei servizi sanitari si inserisce in un campo di indagine multidisciplinare, sia di base che applicata, che riguarda l'uso, i costi, la qualità, l'accessibilità, l'erogazione, l'organizzazione, il funzionamento ed i risultati dei servizi di assistenza sanitaria, per aumentare le conoscenze e la comprensione della struttura, dei processi e degli effetti dei servizi sanitari sulla salute degli individui e della popolazione. La finalità costante rimane il miglioramento dello stato di salute nella popolazione, che si cerca di ottenere mediante l'erogazione di servizi sanitari di qualità, intesa nel suo significato più ampio che include parametri di appropriatezza.

Mentre l'epidemiologia tradizionale, essendo prospettica, è più utilizzata per fini programmatori, l'epidemiologia dei servizi sanitari rappresenta un valore aggiunto, con lo scopo di fornire i fondamenti culturali, oltre agli strumenti concreti, per organizzare e gestire al meglio i servizi sanitari, per contemperare gli aspetti sanitari ed economici che inevitabilmente accompagnano le scelte e, soprattutto, per garantire la promozione e tutela della salute della popolazione.

Il PTV, fin dalla sua attivazione si è orientato ad una organizzazione dei propri servizi e delle proprie attività al passo con i tempi, con particolare riferimento alla diversificazione dei flussi dei pazienti che giungono presso il complesso ospedaliero, provenienti da realtà territoriali e sociali molto diversificate. Il costante aumento della domanda di salute ed il necessario contenimento del numero di posti letto impongono un'organizzazione del lavoro che deve essere continuamente "ripensata" e migliorata e, per questo, il settore della ricerca sui servizi sanitari può rappresentare una valida palestra per sperimentare nuovi modelli organizzativi.

Il triplice obiettivo di ricerca che il PTV persegue costituisce fondamento e premessa indispensabile per la trasformazione della Fondazione in IRCCS, in accordo con le norme di programmazione regionale.

Lo sviluppo della ricerca -che si è posto come obiettivo fondante della sperimentazione gestionale che ha ispirato la costituzione della *Fondazione PTV di diritto privato*, quale strumento di efficace integrazione tra Regione e Università- trova conferma nel disegno improntato alla valorizzazione del carattere scientifico del PTV, concretizzatosi nella formulazione dell'art.6 della L.R. n. 6/2011, il quale dispone che "*Al fine di individuare l'assetto istituzionale definitivo del Policlinico Universitario di Tor Vergata, superando la sperimentazione gestionale avviata, la Regione, d'intesa con l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, promuove il riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, ai sensi degli articoli 13 e 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della l. 16 gennaio 2003, n. 3)*" ed altresì, al successivo comma 3, che "*Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto di riconoscimento del Ministero della Salute, la Regione e l'Università adottano i provvedimenti di rispettiva competenza per la costituzione ed attivazione della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata nella forma giuridica di Fondazione IRCCS di diritto pubblico a rilievo nazionale, di cui all'articolo 2 del d. lgs. 288/2003 e successive modifiche (...)*".

Sempre Regione e Università, già con il *Protocollo d'intenti* sottoscritto in data 07/07/2015, avevano prefigurato, in attuazione delle previsioni di cui al D.Lgs.288/2003 e della L.R. n. 6/2011, un percorso ed un programma di attività per addivenire alla costituzione ed attivazione della *Fondazione PTV di Diritto pubblico*, al fine di conseguire il riconoscimento del carattere scientifico del Policlinico, quale IRCCS.

Da ultimo, infine, il *Protocollo d'intesa* Regione-Università, all'art. 1 e in molte altre disposizioni nel testo dell'intesa, interviene a conferma del progetto mirato a dare attuazione, per il PTV, al modello di *Fondazione IRCCS di diritto pubblico a rilievo nazionale*, a seguito del riconoscimento ministeriale ai sensi degli artt.13 e 14 del richiamato D. Lgs. n. 288/2003.

L'iter di riconoscimento in IRCCS - già avviato dalla direzione del PTV con domanda inoltrata nel dicembre 2013 - è ad oggi in fase evolutiva e vede impegnato, su designazione del Consiglio di amministrazione - un gruppo di lavoro misto PTV/UTV, di specifico profilo scientifico-sanitario, coordinato dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dal Direttore sanitario, ognuno per i reciproci aspetti di competenza, volto alla ricognizione e valutazione dei requisiti utili alla rinnovazione dell'istanza di riconoscimento- in accordo con le previsioni di cui al DM 14/03/2013- che verte , *quale tema generale, sulle malattie cronico degenerative e, quale tema specifico, sull'ematologia*, con l'ulteriore declinazione, stabilita dallo stesso Consiglio di amministrazione, in termini di "*Malattie degenerative del malato cronico ed Ematologia*".

5. IL PATRIMONIO

5.1. EVOLUZIONE DEGLI ASSETTI GIURIDICI

Il patrimonio del PTV è costituito da tutti i beni mobili acquisiti dal PTV mediante procedure di acquisto o a seguito di atti di liberalità, per l'esercizio delle proprie attività.

Il PTV riconosce una valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento da sottoporre alla preventiva approvazione della Regione Lazio.

L'inventario del patrimonio è aggiornato ogni anno e contiene l'indicazione analitica e la valutazione delle attività e delle passività che compongono il patrimonio del PTV con riferimento al 31 dicembre di ogni anno.

In aggiunta ai beni che costituiscono la propria dotazione patrimoniale, il PTV attualmente dispone dei beni mobili e immobili concessi in uso alla Fondazione di diritto privato dall'Università, già destinati in modo prevalente all'attività assistenziale o acquisiti dall'Università ai predetti fini e con vincolo di destinazione d'uso assistenziale, per i quali il PTV sostiene gli oneri di manutenzione, in attuazione delle previsioni di cui all'art. 8 del D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i.

Con riferimento al patrimonio nella sua interezza il relativo definitivo assetto è definito dall'art. 25 del Protocollo d'intesa sottoscritto il 24 novembre 2017.

Le previsioni del Protocollo d'intesa confermano, in una prima fase, l'attuale situazione patrimoniale del Policlinico, disponendo che, all'atto dell'istituzione della Fondazione PTV di diritto pubblico, l'Università concederà in uso a detto ente i beni mobili e immobili di sua proprietà, funzionali alle attività del citato ente.

Sempre il Protocollo d'intesa dispone, altresì, che l'Università si impegni a conferire in proprietà, nel patrimonio della Fondazione di diritto pubblico, i seguenti beni, ponendo una serie di condizioni per la realizzazione del relativo conferimento, quali, tra le altre, l'emissione ed efficacia del decreto ministeriale di riconoscimento del carattere scientifico, ai sensi del D. Lgs. n. 288/2003 e s.m.i. nonché l'approvazione dell'operazione di trasferimento dei beni da parte del Consiglio di Amministrazione dell'Università:

- a) i beni mobiliari già di proprietà dell'Università e già concessi in uso alla preesistente Fondazione PTV di diritto privato per l'esercizio delle corrispondenti attività istituzionali, nell'ambito degli atti di trasferimento previsti dal comma 3 dell'articolo 6 della legge regionale 6 del 22 aprile 2011, e successivi ed eventuali atti negoziali di attuazione, con obbligo di destinazione alle attività di assistenza, didattica e ricerca;
- b) l'immobile di proprietà dell'Università e già concesso in uso alla preesistente Fondazione PTV di diritto privato per l'esercizio delle corrispondenti attività istituzionali, nell'ambito degli atti di trasferimento previsti dal comma 3 dell'articolo 6 della legge regionale 22 aprile 2011, n. 6 e successivi atti negoziali di attuazione, con obbligo di destinazione alle attività di assistenza, didattica e ricerca.

In prospettiva, gli assetti patrimoniali della Fondazione IRCCS di diritto pubblico saranno comunque definiti in conformità con le previsioni statuarie della stessa costituenda Fondazione.

5.2. L'EVOLUZIONE ARCHITETTONICA, STRUTTURALE E ORGANIZZATIVA



L'attivazione del PTV è avvenuta per fasi progressive, ad iniziare dai primi mesi del 2001, e risulta oggi quasi completata (circa il 75% dell'intero complesso).

Il complesso si colloca quale importante punto di riferimento sanitario per tutto il territorio del quadrante est della città e per i centri a ridosso del perimetro comunale e del GRA.

Sorge all'interno del comprensorio dell'Università di "Tor Vergata" acquisito in proprietà dal demanio pubblico dello Stato ai fini della edificazione del secondo Polo universitario della città di Roma – Tor Vergata.

5.2.1. La composizione volumetrica e funzionale.

Concepito come sistema particolarmente interconnesso, sia nelle funzioni che nelle rispettive relazionalità, rispetta i canoni di struttura ad alto livello tecnologico con presenza di superfici assistenziali, di ricerca e di didattica.

Sia in proporzioni che in rilevanza, il fabbricato presenta valori di tutto rispetto la superficie è di circa 148.000 mq, la volumetria generale si attesta su circa 596.000 mc, mentre il numero dei posti letto potenziali si aggira intorno alle 800 unità.

Dal punto di vista esecutivo l'edificio è stato costruito per fasi o stralci funzionali progressivi che, in corrispondenza con i finanziamenti che di volta in volta si sono resi disponibili, hanno saturato le aree così come oggi compaiono.

Il parametro più significativo ed imprescindibile insito nella natura stessa dell'opera, che ha suggerito molte delle soluzioni adottate e che ha determinato, in alcuni casi, precise risposte organizzative e volumetriche, è stato quello della interazione tra le attività ospedaliere e quelle universitarie, intese queste, per definizione, come attività didattiche e di ricerca. Il criterio progettuale, cui si è fatto quindi riferimento, risulta essere quello della scomposizione in tre insiemi funzionali quali:

1. la degenza;
2. la diagnosi e la cura;
3. la ricerca e la didattica professionalizzante.

La scelta progettuale ha condotto a suddividere i volumi in tre grandi macro-funzioni:

- una grande piastra servizi quadrata, di mt 150 circa di lato e patio centrale, composta da tre livelli sanitari ed un piano tecnico, destinata ai servizi di diagnosi e cura, servizi generali e centrali tecnologiche. Lungo la direttrice nord-sud è presente una grande galleria vetrata, destinata alle percorrenze generali di smistamento interno, che accoglie anche i servizi del pubblico permettendo il collegamento con la Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- due torri destinate alle degenze (T6 e T8), di 11 livelli
- una torre destinata a funzioni direzionali e professionalizzanti (T9) su pianta pressoché quadrata, di otto livelli.



5.2.2. La piastra servizi

L'edificio accoglie al piano più basso i servizi generali ed alcuni servizi clinici: diagnostica per immagini, anatomia patologica e radioterapia.

La piastra è caratterizzata da un grande patio centrale sistemato a giardino, che è l'elemento di orientamento per chi percorre i grandi connettivi che ivi si affacciano da tutti i livelli, ed è composta da otto moduli quadrati di circa mt 50x50 aggregati a scacchiera.

Al piano terra si trovano i servizi più immediati quali: l'ingresso principale, l'accettazione, il CUP, il centro prelievi-trasfusionale e parte dei poliambulatori, il DEA con ingressi autonomi, la diagnostica per immagini, la medicina riabilitativa, l'emodialisi, la neurofisiopatologia, pronto soccorso odontoiatrico, nonché alcuni uffici amministrativi e i servizi generali del pubblico connessi con l'atrio e con la galleria di distribuzione principale (banca, bar, etc.).

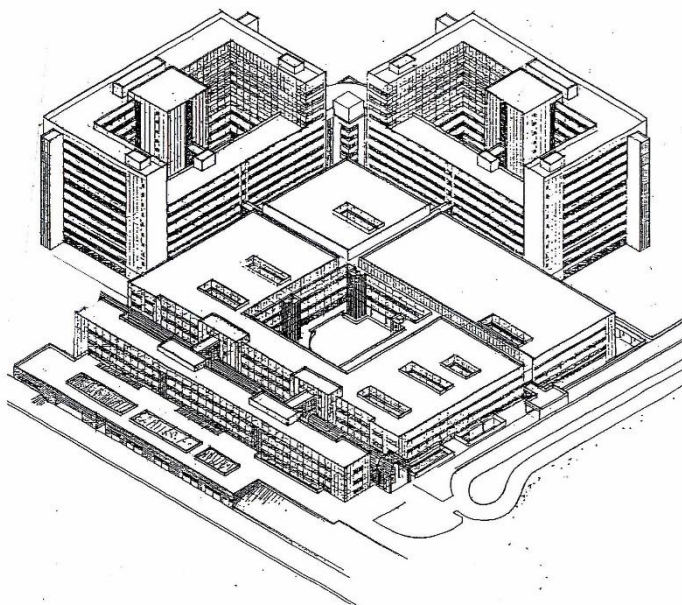
Il piano superiore ha invece un'utilizzazione promiscua ove sono ubicati ambulatori, uffici e *day hospital*, che si rivolgono più ad un'utenza principalmente esterna, mentre il resto del piano è occupato da blocchi operatori e terapie intensive che necessitano di maggior *privacy*.

Dall'atrio di ingresso del Policlinico, posto sul fronte nord, in prossimità dei parcheggi, si sviluppa la galleria vetrata dotata di servizi generali per il pubblico (caffetteria, banca, servizi commerciali), che, collegando il Policlinico alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, costituisce la dorsale di tutto il sistema delle percorrenze pedonali interne chiaramente visibile anche dall'esterno.

L'elemento vetrato che divide la piastra come una frattura, rappresenta la "strada" pedonale interna all'ospedale a sviluppo longitudinale, coperta e riscaldata, della lunghezza di circa 150 m ed una larghezza che va da un minimo di 7 m ad un massimo di 15 m.



5.2.3. Le torri delle degenze



I due edifici riservati al ricovero dei pazienti sono pensati a sviluppo verticale (piani 11) ed accolgono, nel corpo principale, unità di degenza tipo da 20 posti letto a semipiano; occupano le aree sud e ovest del complesso edilizio e si presentano verso la piastra con corpi secondari di altezza mediana (6 livelli) funzionalmente definiti come diagnosi e cura.

I livelli superiori sono riservati alle unità di degenza che occupano il fronte principale dell'edificio e sono composte, come detto, da 16÷22 posti letto a semipiano e dai locali di supporto *standard*.

Ogni stanza di degenza a 1 o 2 letti nelle unità è dotata di un proprio servizio igienico e ha una superficie netta di mq 19.60; alcune unità di degenza hanno soluzioni specifiche che si discostano da quelle tipiche.

Ad ogni piano è stata prevista l'unità di servizio chiamata "*Nucleo polifunzionale*" che si compone di tre moduli che possono essere utilizzati per varie funzioni (soggiorno, riposo, colloqui con personale, *etc.*) e che può essere assegnata in toto o in parte ad una qualsiasi delle due unità di degenza-piano.

Detto spazio, pensato per l'accoglienza dei visitatori o per una loro possibile sosta anche notturna in reparto, è stato previsto per poter dar modo anche ad un parente di accudire o assistere il congiunto in casi di estremo bisogno

5.2.4. L'edificio direzionale

Cerniera tra le due torri delle degenze l'edificio direzionale è l'indispensabile elemento di congiunzione tra l'attività clinica e quella universitaria. E' collegato fisicamente alle due torri e permette di supportare, mediante opportuni spazi, le attività delle unità di ricovero con quello formativo ed organizzativo.

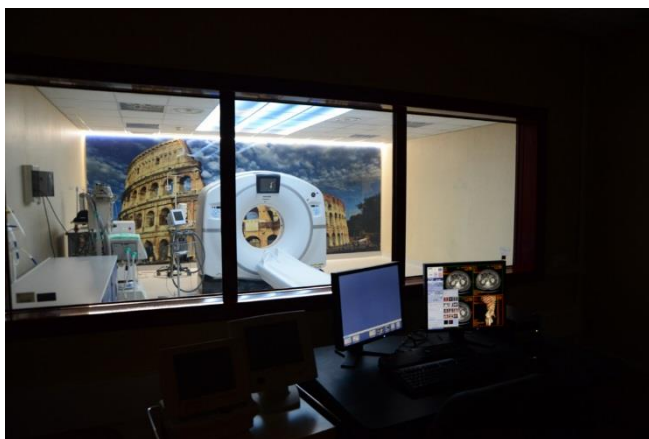
Ogni piano dispone di sei grandi studi e due aule. Possono così essere definite le sedi per due, tre, quattro direzioni mentre gli spazi delle aule possono essere utilizzati anche come sale studio per i medici in formazione specialistica.

5.3. LA DOTAZIONE TECNOLOGICA

5.3.1. Il parco tecnologico

Il *parco tecnologico* PTV esprime le tecnologie più avanzate finalizzate alla migliore assistenza del paziente sia nella fase diagnostica che chirurgica e terapeutica.

In particolare, nel biennio 2016-2017, è stato realizzato un considerevole rinnovamento del parco macchine di alta tecnologia dell'area radiologica. Sono stati sostituiti, in particolare, con tecnologie più avanzate e di ottimo livello, due sistemi in dotazione della radiologia CT (16 strati e 128 strati) e, per la Medicina nucleare, una Gamma Camera a doppia testa e un sistema CT/PET.



Attualmente è in corso un processo integrale di digitalizzazione dei sistemi radiologici portatili per rendere più veloce, efficiente e sicura l'operatività dei tecnici di radiologia, che si recano al letto del paziente ricoverato, nell'ottica della definitiva affermazione della modalità di lavoro *paperless*. Dei quattro sistemi attualmente disponibili all'area radiologica uno è completamente digitalizzato ed un secondo è in fase di aggiornamento.



Il Sistema informativo radiologico e di gestione delle immagini (Sistema RIS/PACS), che attualmente è esteso a tutte le sezioni dell'area radiologica, è in fase di espansione, secondo il modello progettuale adottato, alle strutture che gestiscono grosse quantità di immagini di alta qualità, come la cardiologia interventistica, le sale operatorie, la gastroenterologia ed endoscopia digestiva, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria. L'obiettivo è quello di disporre, in un futuro a medio termine, di una soluzione IT completa di gestione- immagazzinamento delle immagini e dei video, sempre più sicura ed efficiente, che consenta al medico un accesso semplice ed immediato a tutti i dati utili per la complessiva gestione del paziente.

L'informatizzazione integrale, finalizzata alla pratica medico/assistenziale, è un obiettivo che il PTV si pone da tempo, raggiungendo gradualmente ottimi risultati che culmineranno, nell'arco di un anno, nella copertura completa con segnale *wi-fi* e generazione conseguente di una WAN su tutta la superficie della struttura e per tutte le quote. Tale traguardo ha ad oggi aperto ed aprirà a breve nuovi orizzonti applicativi nell'ottica della trasmissione di dati, informazioni, immagini e quant'altro, "verso" il letto del paziente e "dal" letto del paziente, nell'ambito del controllo della gestione del processo nelle sale operatorie, nonché per la tracciabilità e geolocalizzazione degli *asset* ospedalieri, tra cui anche le apparecchiature elettromedicali.

E' in corso, altresì, una importante attività di aggiornamento delle attrezzature di sala operatoria, per le quali si sta procedendo all'acquisizione di tecnologie laparoscopiche all'avanguardia (3D), che consentano il definitivo e massivo decollo delle tecniche chirurgiche laparoscopiche innovative, anche nel campo della Chirurgia dei trapianti, per la quale il PTV si è dotato (tra i primi in Europa) della tecnologia *Organox* di valutazione specifica e recupero dei fegati da trapiantare.





Un altro percorso assistenziale a cui il PTV sta dedicando una particolare attenzione , al fine di consolidare la propria eccellenza, è quello del *paziente ematologico ed oncoematologico*, per il quale la struttura ha acquisito e sta finendo di installare attrezzature analitiche molto specifiche ed estremamente sofisticate, tra cui citofluorimetri di ultimissima generazione, atti alla valutazione estremamente precisa degli scenari patologici del caso da trattare, con conseguente specificità delle terapie da intraprendere con conseguenti benefici rilevanti per l'esito clinico dei pazienti stessi.

Nel campo della Medicina di laboratorio, il PTV, che da anni già impiega la catena automatizzata e robotizzata di esecuzione di numerose analisi biochimiche, sta introducendo, mediante idonea procedura di gara, l'installazione di un sistema *Corelab* ancora più performante e tecnologicamente evoluto.



5.3.2. Sistemi di acquisizione, aggiornamento e manutenzione

La sempre più rapida e continua evoluzione e diffusione delle tecnologie in Sanità ha implicato un incremento degli investimenti, ma soprattutto una forte esigenza di efficienza e di razionalizzazione delle risorse che impongono la definizione di metodiche di pianificazione delle acquisizioni ed un dettagliato esame delle priorità di rinnovo tecnologico.

Per i nuovi acquisti e le integrazioni tecnologiche è evidentemente necessaria una valutazione multidisciplinare per gli aspetti di analisi delle esigenze assistenziali, per l'uso delle tecnologie attualmente presenti sul mercato, la definizione delle specifiche tecniche, la valutazione della congruità e consistenza economica e, fondamentali, le implicazioni organizzative.

Già in fase di valutazione delle acquisizioni infatti è necessario occuparsi del governo del prodotto tecnologico che ci si accinge ad acquisire, analizzando anche le ripercussioni sulla sicurezza connesse all'introduzione e all'uso delle tecnologie in una prospettiva di *risk management*.

Per il fondamentale aspetto del rinnovo tecnologico, imprescindibile per garantire adeguati standard di sicurezza e qualità del servizio assistenziale erogato, vengono pianificate le sostituzioni di dispositivi medici e delle apparecchiature elettromedicali tenendo conto dell'obsolescenza, dei carichi di lavoro, della conformità agli standard tecnici, della sicurezza per pazienti e operatori, dell'esistenza di tecnologie innovative che possano migliorare le performance cliniche.

Vengono così definiti e utilizzati metodi, criteri e indicatori per la redazione di piani di investimento basati sull'individuazione oggettiva delle priorità di acquisizione determinando il cosiddetto "indice di priorità di acquisizione".

La gestione dalla manutenzione programmata e correttiva delle apparecchiature elettromedicali in dotazione al PTV sta andando nella direzione della completa informatizzazione. In particolare, *Unit* Governo delle tecnologie biomediche (GTB) utilizzerà, a partire dai prossimi mesi, i seguenti strumenti di supporto informatico atti alla minimizzazione dell'impiego della documentazione cartacea:

- La piattaforma *WEB – InfoHealth*, usufruibile anche da referenti di reparto, che saranno in grado di inviare direttamente on-line le richieste di intervento, essere a conoscenza dello stato di lavorazione della richiesta, essere a conoscenza della disponibilità/indisponibilità dell'apparecchiatura in quel momento. Con tale procedura si ottimizza il passaggio reparto-GTB e si incrementa la rapidità di trasmissione delle informazioni, a doppio binario.
- Le piattaforme *WEB*, di supporto alla gestione dei contratti di manutenzione in essere con la *Philips Medical System SpA* e la *GE Healthcare SpA* e agli applicativi, rispettivamente impiegati dai fornitori *Philips Customer Service* e *I Center/Notify Me*, che vengono aggiornati in tempo reale con la gestione interna delle chiamate, consentono al GTB di trasmettere telematicamente ai manutentori le autorizzazioni ad intervenire, di ricevere contestualmente aggiornamenti sulle attività svolte, sulla disponibilità delle apparecchiature (quali ad es. TC, RMN, etc.), di disporre rapidamente dei rapporti di lavoro in formato elettronico, e di monitorare i parametri prestazionali contrattualizzati.

Tale procedura, quasi totalmente informatizzata, consente il controllo e la gestione sia del percorso Reparto-GTB che di quello GTB-Manutentore, con evidenti benefici in termini di efficientamento del processo e di incremento ulteriore del livello di *Health Technology Management*, propedeutico ad una gestione sicura, efficace, efficiente ed economica del *parco tecnologico* del PTV.

6. LA DOTAZIONE ORGANICA

Il PTV presenta una importante complessità relativamente al personale operante al suo interno principalmente dovuta a diversi fattori quali, ad esempio:

- il recente sviluppo per fasi, per il quale il periodo di *start up* è perdurato dal 2000 al 2006;
- la coesistenza, dal 2008 ad oggi, di due diversi enti, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di diritto pubblico e la Fondazione di diritto privato;
- il numero insufficiente di unità di personale medico docente da strutturare per le attività assistenziali che ha comportato, inizialmente, il reclutamento di risorse umane mediante la stipula di contratti *ex art. 7 comma 6 D. Lgs. 165/2001* e, successivamente, con contratti di lavoro dipendente - CCNL Sanità;
- le intervenute pronunce del giudice del lavoro che ha comportato la riconduzione al Comparto dell'Università di tutto il personale dipendente dei ruoli non dirigenziali della AOU

Per lo svolgimento delle proprie attività il Policlinico Tor Vergata si avvale del seguente personale della A.O.U. Policlinico Tor Vergata:

- personale dipendente ai sensi del CCNL del Comparto Università;
- personale dipendente dell'Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;
- personale convenzionato ai sensi dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali,

e del seguente personale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata:

- personale docente e ricercatore universitario ed equiparato, strutturato ai sensi del D. Lgs. n. 517/99 analiticamente indicato nello schema predisposto ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs. n. 517/1999 e allegato al presente atto (**allegato n. 1**);
- personale dipendente ai sensi del CCNL del Comparto Sanità;
- personale dipendente dell'Area della Dirigenza Medica del Servizio Sanitario Nazionale;
- personale dipendente dell'Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale.

Il personale acquisito dall'Università per esigenze didattico-scientifiche successive alla stipula del Protocollo d'intesa Regione/Università, può svolgere attività assistenziale all'interno del Policlinico solo a seguito di specifico provvedimento di strutturazione del Direttore Generale.

Con il Protocollo d'intesa, la Regione Lazio e l'Università Tor Vergata hanno convenuto che l'orario minimo di lavoro dei professori e ricercatori universitari è pari a quello complessivo del personale dirigente del SSN, ovvero n. 38 ore/settimana, di cui almeno n. 28 ore dedicate alle attività assistenziali, comprensive delle n. 4 ore per la formazione e/o aggiornamento.

Il Policlinico Tor Vergata intrattiene rapporti a tempo indeterminato con unità di personale convenzionato ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali, sulla base degli accordi del 15.10.2007 e del 08.11.2007, recepiti con DDG n. 892 del 05.12.2007. A tale personale, che non è inserito nella dotazione organica, è stato assegnato un impegno orario settimanale diversificato in base alle esigenze assistenziali delle discipline.

Il personale dipendente appartenente ai ruoli non dirigenziali, acquisito secondo le regole del Comparto Sanità tramite procedure concorsuali dalla AOU, è stato, all'atto dell'assunzione, inquadrato in tale comparto con conseguente applicazione dei trattamenti giuridici ed economici ivi previsti.

A seguito della firma in data 27.01.2005 del CCNL del Comparto Università - quadriennio 2002/2005 - che si applica anche al personale che opera presso le Aziende ospedaliere universitarie

di cui all'art. 2 lettera a) D. Lgs. n. 517/99 - nonché a seguito della sentenza del giudice del lavoro del 31/05/2006, che ha ribadito l'appartenenza al Comparto dell'Università di tutto il personale della AOU, il Policlinico ha provveduto alla sua collocazione in tale Comparto, riconoscendo il trattamento giuridico dell'Università con mantenimento - per effetto del disposto di cui agli artt. 28 e 29 del CCNL/2005 del Comparto Università - del trattamento economico già in godimento.

Il personale dipendente appartenente ai ruoli dirigenziali e non dirigenziali, acquisito dalla Fondazione Policlinico Tor Vergata, è stato inquadrato nei ruoli del Comparto Sanità, con riconoscimento del trattamento giuridico ed economico di tale comparto.

Il PTV programma il fabbisogno di personale in relazione alla dinamicità delle specifiche attività del Policlinico tenendo adeguatamente conto, altresì, delle attività di didattica e di ricerca tipiche della funzione di docente, e determina, con specifico atto del Direttore Generale, la consistenza della dotazione organica.

In allegato al presente Atto è riportato il quantitativo di personale distinto per ruoli di appartenenza e tipologia di rapporto aggiornato al 31.12.2016 (**allegato n. 2**).

7. IL PTV E I RAPPORTI CONVENZIONALI CON GLI ENTI ESTERNI DI CUI ALL'ALLEGATO A DEL PROTOCOLLO D'INTESA

In considerazione della insufficiente copertura assistenziale, allo stato, del complesso delle esigenze formative di competenza dell'Università da parte del PTV - quale Azienda di riferimento della stessa, ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D. Lgs. n. 517/1999 - il Protocollo d'intesa Regione/Università, all'articolo 2, ha prefigurato, ai sensi dei commi 3, 4 e 5 del citato articolo 2 del D. Lgs. n. 517/1999, l'utilizzo di strutture pubbliche e private accreditate, ulteriori e distinte a quelle autonomamente facenti capo al PTV, ove assicurare, tramite la stipula di apposite convenzioni, lo svolgimento dell'attività assistenziale necessaria per l'assolvimento dei compiti istituzionali dell'Università, in coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca.

Le strutture pubbliche e private accreditate esterne al PTV, ivi compresi gli ospedali classificati, ospitanti percorsi didattico-scientifici dell'Università sono, allo stato, individuate dalla Regione e dall'Università nel Protocollo d'intesa, all'Elenco di cui all'Allegato A dello stesso, in ordine alle quali è previsto che Regione e Università medesime concludano, ai sensi del primo periodo dell'articolo 2, comma 4, del Protocollo, apposita attività ricognitiva dei relativi rapporti convenzionali al fine di verificarne i contenuti, le modalità di attuazione e la compatibilità con le esigenze di programmazione regionale.

In base ai successivi periodi, secondo, terzo e quarto del medesimo comma 4, l'elenco di cui sopra risulta destinato ad essere aggiornato/rimodulato agli effetti, altresì, delle eventuali “(...) *ulteriori convenzioni con altre istituzioni (Aziende Sanitarie, Ospedaliere, IRCSS, strutture private accreditate, comunque nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2, commi 4 e 5, del D. Lgs. 517/1999 e ss.mm.ii)*”, per le quali si prevede, da un lato, la stipula diretta dell'Università e delle predette istituzioni con la partecipazione anche del PTV ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. n. 517/99 (che, al riguardo, al comma 5 dell'articolo 2 prevede la partecipazione dell'azienda di riferimento solo nel caso di istituzioni private accreditate), dall'altro, il “nulla osta”, la “visione” e li “autorizzazione” da parte “della Regione”, dovendosi ritenere la suddetta implementazione quale “aggiornamento” dello stesso Protocollo e del relativo, citato Allegato A, e, dall'altro, l'impegno da parte dell'Università “(...) *a fornire, entro 90 giorni dalla stipula del Protocollo d'Intesa, a scopo ricognitivo, l'elenco completo di tutte le convenzioni in essere con le strutture erogatrici pubbliche e private*”.

Al riguardo, l'ultimo periodo dell'Allegato A prevede, altresì, che “*Ai sensi di quanto previsto dal comma 8 dell'art. 8 del D. Lgs. 517/1999, le disposizioni dello stesso D. Lgs. 517/1999 concernenti il personale universitario si applicano a tutto il personale universitario in servizio presso le strutture - aziende e presidi pubblici ovvero presso gli IRCCS ovvero presso altri istituti e strutture*

pubbliche o private che erogano assistenza pubblica - di cui al presente Allegato A, che potrà essere altresì integrato e/o modificato tramite intesa tra UTV e Regione Lazio”.

Con riferimento al regime organizzativo inerente il complesso delle suddette strutture di cui all’Allegato A e ss.mm.ii., le stesse, pur facendo capo alla “*rete formativa*” dell’Università di Tor Vergata, unitamente al PTV, e pur ospitando, anch’esse, in termini di strutturazione assistenziale, personale dell’Università di Tor Vergata, risultano organizzativamente autonome, distinte e separate dalla Fondazione PTV con riguardo alla gestione di detto personale universitario.

A tale riguardo, lo stesso Protocollo dispone, così come segue, una serie di indicazioni di immediata operatività che, da un lato, confermano la completa separazione (rispetto al PTV) e autonomia di dette strutture esterne di cui all’Allegato A e ss.mm.ii. con riferimento alla complessiva responsabilità gestionale e organizzativa del personale universitario ivi strutturato (responsabilità facente capo esclusivamente a tali strutture) e, dall’altro, predicano un diretto (ed esclusivo) rapporto tra le stesse strutture e l’Università per quanto riguarda la complessiva regolazione del trattamento giuridico ed economico di tale personale universitario ivi strutturato:

- ✓ articolo 5, comma 4,: *“Regione e Università (...) convengono, inoltre, sulla necessità che nel PTV e nelle strutture di cui all’Allegato A si dia luogo ad un’organizzazione di tipo dipartimentale”*
- ✓ articolo 8, comma 14: *“Quanto previsto dai commi da 1 a 12 (in materia di organizzazione dipartimentale) si applica anche all’organizzazione dipartimentale di interesse universitario presso le strutture di cui all’Allegato A, in quanto compatibile con gli assetti aziendali e statutari di rispettivo riferimento, ai sensi del comma 8 dell’articolo 8 del D. Lgs. 517/1999”.*
- ✓ articolo 9:
 - ultimo periodo del comma 4: *“Le Unità Operative a direzione universitaria sono indicate nell’Atto Aziendale del PTV, nonché negli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie convenzionate con l’Università di cui all’Allegato A del presente Protocollo d’Intesa”*
 - ultimo comma: *“Le previsioni di cui ai precedenti commi si applicano anche all’organizzazione assistenziale di interesse universitario presso le strutture di cui all’Allegato A”*
- articolo 11, ultimo comma, in materia di atto aziendale: *“Le previsioni di cui ai precedenti commi si applicano, in quanto compatibili, anche all’organizzazione assistenziale di interesse universitario presso le strutture di cui all’Allegato A, ai sensi del comma 8 dell’articolo 8 del D. Lgs. 517/1999”*
- articolo 15, comma 8: *“Gli oneri sostenuti dalla Fondazione PTV e dalle altre strutture di cui all’Allegato A, per le attività di didattica dei corsi di laurea di cui all’art. 3 del D.P.C.M. 24 maggio 2001 e di ricerca non d’interesse assistenziale, devono essere rilevati nell’analisi finanziaria ed economica delle aziende, evidenziati nei rispettivi bilanci, e devono essere rimborsati dall’Università alla stessa Fondazione e alle altre strutture di cui all’allegato A con le modalità previste nei successivi commi”*
- articolo 16: *“La Fondazione PTV e le altre strutture di cui all’Allegato A sono tenute ad inviare i flussi informativi secondo le modalità previste dalla normativa vigente per gli enti del SSN e per le Aziende ospedaliere del Lazio”*
- articolo 20 in materia di *“Personale universitario: professori, ricercatori e figure equiparate”*:
 - comma 3 *“I professori ordinari, i professori associati ed i ricercatori chiamati dai competenti organi accademici per le esigenze didattico-scientifiche godono dell’attribuzione delle funzioni assistenziali presso la Fondazione PTV e le strutture di*

cui all'Allegato A, solo ed esclusivamente nel rispetto della valenza clinica della disciplina, delle esigenze di dotazione organica e della compatibilità di bilancio verificata dalla Regione, anche alla luce di quanto previsto dal vigente Piano di Rientro”

- comma 5: *“i professori e ricercatori universitari, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con la Fondazione PTV e con le strutture di cui all'Allegato A e a quello con i rispettivi Direttori Generali, le norme stabilite per il personale dirigente del S.S.N. nei limiti e agli effetti di cui all'articolo 5 del D. Lgs. 517/1999”*
- articolo 21:
 - comma 1: *“Ai professori e ai ricercatori universitari, anche a tempo determinato, nonché alle figure equiparate di cui all'art. 16 della Legge 19 novembre 1990 n. 341, cui siano conferiti compiti didattici, che, previa strutturazione, svolgono attività assistenziale presso la Fondazione PTV o presso enti convenzionati, spettano i trattamenti economici posti, rispettivamente a carico dell'Università e della Fondazione PTV o delle altre strutture di cui all'Allegato A, dall'articolo 6 del D. Lgs. n. 517/1999. **I trattamenti economici ex articolo 6 del D. Lgs. 517/1999 per il personale che svolge attività presso le strutture di cui al citato allegato A sono posti direttamente a carico delle strutture medesime**”*
 - comma 3: *“Alla Fondazione PTV o alle altre strutture di cui all'Allegato A, secondo quanto espressamente previsto dall'articolo 6 del D. Lgs. 517/1999, compete quando dovuto:*
 - a) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico affidati dalla Fondazione, secondo i criteri stabiliti dal CCNL per il personale della dirigenza del S.S.N., nei limiti delle disponibilità del fondo di riferimento, formato da:*
 - 1. retribuzione di posizione minima unificata;*
 - 2. retribuzione di posizione variabile aziendale (comprensivo della maggiorazione prevista nel caso di conferimento dell'incarico di direttore di dipartimento);*
 - b) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale e gestionale, valutati secondo parametri di efficacia, appropriatezza ed efficienza nonché all'efficacia nella realizzazione dell'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca, nei limiti della disponibilità del fondo di riferimento;*
 - c) i compensi legati alle particolari condizioni di lavoro ove spettanti (indennità di rischio radiologico, di turno, pronta disponibilità, etc.), nei limiti della disponibilità del fondo di riferimento;*
 - d) l'indennità di struttura complessa, ove prevista;*
 - e) l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro solo per coloro che hanno optato per l'attività professionale intramoenia secondo quanto previsto dal CCNL dell'area della dirigenza medica e sanitaria”*

Ciò considerato, e per quanto di diretto e autonomo interesse della Fondazione Policlinico Tor Vergata, la stessa Fondazione PTV ha l'esigenza di adeguarsi con la massima tempestività alle suddette, vincolanti previsioni del Protocollo d'intesa di immediata applicazione, anche in relazione alla prioritaria necessità di dare certezza e congruità agli attuali assetti del proprio bilancio che - almeno con riguardo ad una parte delle strutture esterne convenzionate previste in Allegato A ed in virtù delle risalenti previsioni del precedente Protocollo d'intesa - raccoglie ancora la funzione di “intermediazione” tra le stesse strutture esterne e l'Università Tor Vergata in termini di anticipazione dei rimborsi verso l'UTV correlati alle competenze economiche accessorie erogate dallo stesso UTV a favore di personale universitario strutturato presso dette strutture esterne (costi) a fronte dei corrispondenti rimborsi verso PTV da parte di dette strutture (ricavi).

Alla luce di tutto quanto sopra, devono pertanto ritenersi di diretta applicazione le suddette previsioni del Protocollo d'intesa riferite agli Enti esterni previsti in detto Allegato A, così come di seguito meglio declinate, a integrazione/precisazione, già da ora, degli assetti normo-economici del complesso degli attuali convenzionamenti previsti dallo stesso Allegato A, fatta salva la prospettata ricognizione da parte Regione e della Università in ordine alla conservazione degli stessi convenzionamenti in quanto compatibili con le esigenze di programmazione regionale e ferma restando la inserzione delle medesime previsioni nei successivi convenzionamenti integrativi dell'Allegato A:

- **con riguardo al trattamento giuridico ed economico del personale universitario strutturato presso gli enti di cui all'Allegato A e ss.mm.ii., ivi comprese le strutture private accreditate e gli ospedali classificati ai sensi comma 5 dell'articolo 20 del Protocollo d'intesa e del comma 8 dell'articolo 8 del D. Lgs. 517/1999, richiamato dall'ultimo periodo dello stesso Allegato A:**
 - si applicano le norme stabilite per il personale dirigente del S.S.N. nei limiti e agli effetti di cui all'articolo 5 del D. Lgs. 517/1999;
 - gli affidamenti degli incarichi nonché, più in generale, gli atti di gestione del rapporto sotteso a tali affidamenti - ivi compresa la definizione degli obiettivi gestionali e prestazionali, la valutazione di detti obiettivi e degli stessi incarichi, *etc.* - sono formalizzati/adottati dalla struttura direzionale dell'ente nel rispetto delle modalità procedurali (con particolare riguardo all'intesa con l'Università per gli incarichi dipartimentali e di struttura complessa/programma a valenza complessa e relative revoche e conferme) nonché dei limiti e condizioni sostanziali previsti dal Protocollo d'intesa e dall'ivi richiamato D. Lgs. 517/1999;
 - dell'adempimento dei doveri assistenziali il personale universitario in servizio presso gli enti esterni risponde alla struttura direzionale degli enti stessi, secondo quanto previsto dall'art. 5, commi 2 e 14, del D. Lgs. 517/99, richiamato dall'art. 20, comma 5, del Protocollo d'intesa;
 - resta pertanto esclusa, con riguardo ai profili di cui ai punti precedenti, qualsiasi responsabilità del PTV;
 - la composizione del trattamento economico *ex art 6* del D. Lgs. 517/1999 spettante al personale universitario in servizio presso gli enti esterni al PTV è definita in conformità con le previsioni di cui all'articolo 21 del Protocollo d'intesa restando a carico della struttura direzionale di detti enti gli oneri economici correlati a tale trattamento accessorio, da regolare direttamente tra Università e la suddetta struttura, con esclusione, in tale ambito, di ogni responsabilità applicativo-gestionale da parte del PTV e, comunque, con esclusione di qualsiasi transizione economico-finanziaria in contabilità generale del PTV con riguardo a tali oneri economici;
 - in materia di organizzazione dell'ALPI, è compito dell'ente garantire in via diretta l'organizzazione degli spazi, delle strutture e delle attrezzature all'interno del medesimo ente per consentire l'attivazione dell'attività libero-professionale intramurale destinata al personale universitario strutturato, in coerenza con l'area specialistica caratterizzante le attività svolte nelle strutture/percorsi, tenuto conto che la stessa attività libero-professionale sarà autorizzata e regolata dall'ente - in termini quali-quantitativi, anche ai

- fini della verifica degli equilibri prestazionali ed orari - in riferimento all'attività istituzionale svolta dal personale universitario nell'ambito delle suddette strutture/percorsi;
- resta esclusa qualsiasi responsabilità del PTV nella gestione, organizzazione e movimentazione economica derivante;
 - **con riguardo alle funzioni di Direzione sanitaria presso gli enti di cui all'Allegato A e ss.mm.ii.:**
 - la responsabilità delle complessive funzioni igienico-organizzative relative al governo delle strutture/percorsi a direzione/partecipazione universitaria presso gli enti restano affidate alla Direzione Sanitaria dell'ente, ferme restando, in coordinamento con la stessa Direzione sanitaria, le competenze dei Direttori di dette strutture in conformità con quanto, al riguardo, previsto dalla legge e dai CCNL della Dirigenza di rispettivo riferimento.
 - resta esclusa qualsiasi responsabilità della Direzione sanitaria del PTV
 - **con riguardo al regime assicurativo presso gli enti di cui all'Allegato A e ss.mm.ii.:**
 - l'ente, con riguardo ai rischi per responsabilità professionali connessi all'attività istituzionale e libero-professionale intramurale nonché alla formazione dei medici specializzandi svolta presso le strutture/percorsi a direzione/partecipazione universitaria, adotterà i percorsi di assicurazione/autoritenzione così come previsti dalla vigente normativa in via autonoma, nel quadro della propria autonomia contrattuale;
 - nessuna responsabilità può essere, comunque, ascritta al PTV a seguito dello svolgimento dell'attività assistenziale del personale universitario presso l'ente terzo.
 - nessuna pretesa dell'Università, dell'ente terzo, del personale universitario ivi strutturato o di terzi potrà essere fatta valere verso il PTV.

PARTE II GLI ASSETTI E L'ORGANIZZAZIONE

TITOLO I ASSETTO ISTITUZIONALE

Capo I

Organi della Fondazione di diritto privato PTV e residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria PTV

Art. 1

Disposizioni generali

1. Il presente Capo disciplina gli "organi" della Fondazione di diritto privato PTV nonché e le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria PTV.
2. Fatto salvo quanto di seguito riportato con riguardo ai limiti temporali e al carattere recettizio delle disposizioni di cui al presente Capo con riferimento alle corrispondenti previsioni del vigente statuto della Fondazione di diritto privato, gli "organi" della medesima Fondazione di diritto privato PTV, sono costituiti da:
 - il *Presidente della Fondazione* (articolo 3), già previsto dall'articolo 16 del vigente Statuto;
 - il *Vicepresidente della Fondazione* (articolo 4), già previsto dall'articolo 16 bis del vigente Statuto;
 - il *Consiglio di amministrazione* (articolo 5), già previsto dall'articolo 17 del vigente Statuto;

- il *Direttore generale* (articolo 6), già previsto dall'articolo 18 del vigente statuto, a cui afferiscono, altresì, le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria PTV con riguardo al personale ivi afferente (articolo 7) ai sensi del combinato disposto dell'articolo 24, comma 4 del vigente Statuto e degli articoli articolo 6, comma 1, e articolo 26, comma 2, del Protocollo d'intesa;
- il *Collegio dei revisori dei conti* (articolo 8), già previsto dall'articolo 19 del vigente Statuto;
- il *Collegio di direzione* (articolo 9), non previsto dal vigente Statuto ma già attivato ai sensi dell'articolo 23 dell'*Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV* del 1° agosto 2008, e qualificato come "*organo*" in base al successivo D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. 189/2012,

ferme restando le attuali competenze generali ascritte all'*Assemblea dei soci fondatori*, Regione Lazio e Università degli Studi di Roma Tor Vergata (articolo 2), già prevista dall'articolo 10 del vigente statuto.

3. Considerato quanto complessivamente riportato al punto 3.1. della PARTE I, ed in particolare alla lettera *a*) cui si fa integrale rinvio, e in conformità con il comma 1 dell'articolo 6 e, rispettivamente, con il comma 2 dell'articolo 26 del Protocollo d'intesa, gli organi della Fondazione di diritto privato e le relative funzioni previste dall'attuale Statuto, così come sopra richiamati e di seguito declinati, nonché le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria PTV da parte del Direttore Generale, con riguardo al personale ivi afferente, proseguono fino alla piena operatività ed efficacia della costituzione della Fondazione di diritto pubblico - tramite decreto istitutivo e approvazione del relativo statuto - e della contestuale estinzione della medesima Fondazione di diritto privato ed Azienda, allo stato programmata, dal comma 1 dell'articolo 25 del medesimo Protocollo, per il 1° gennaio 2018.

4. Agli effetti di quanto previsto al precedente comma le disposizioni di cui al presente Capo, per la parte in cui recepiscono gli attuali assetti statutari in materia di "*organi*" della Fondazione di diritto privato e di residue funzioni di gestione dell'A.O.U. - ad esclusione, pertanto, delle disposizioni relative al Collegio di direzione, costituito quale organo in base al successivo D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. 189/2012 - hanno, quindi, valenza provvisoria, fino alla efficacia e piena operatività dei suddetti nuovi assetti, da recepire tramite tempestivo e conforme adeguamento del presente Atto aziendale, coerente con i tempi di attivazione ed efficacia della nuova Fondazione di diritto pubblico, il cui statuto ridefinirà la composizione e le competenze dei nuovi "*organi*", ai sensi del comma 2 del citato articolo 6 del Protocollo d'intesa, fatto salvo, comunque, quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 26 del medesimo Protocollo d'intesa in ordine alla prosecuzione degli incarichi e relativi contratti del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario dell'Azienda e della Fondazione PTV di diritto privato, sino alla loro naturale scadenza, nella Fondazione PTV di diritto pubblico, anche all'esito del riconoscimento del carattere scientifico ai sensi dell'articolo 14, comma 3, del D. Lgs. n. 288/2003, con l'assunzione delle funzioni e prerogative di cui al nuovo statuto, e secondo il corrente trattamento giuridico ed economico, tenuta ferma ogni disposizione di legge, al fine di garantire la continuità operativa ed organizzativa della *governance* del PTV.

5. Fermo restando che le previsioni di cui al presente Capo concernenti gli "*organi*" e le relative "*competenze*" assumono, come sopra richiamato, carattere *recettizio* rispetto alle corrispondenti disposizioni del vigente Statuto della Fondazione di diritto privato - cui si fa comunque integrale rinvio per la parte non espressamente richiamata - le medesime previsioni tengono altresì conto, a integrazione e completamento delle competenze/funzioni dei suddetti organi statutari, delle disposizioni della normativa generale di cui al D. Lgs. n. 517/1999 e ss.mm.ii. e al DCA n. 259/2014, in quanto compatibili con i suddetti assetti statutari.

6. Agli effetti di quanto riportato al comma 5, le funzioni e competenze, così come previste dallo Statuto e corrispondentemente recepite negli omologhi articoli del presente Capo, relative agli organi statutari Consiglio di Amministrazione, Direttore Generale e Collegio dei Revisori, sono, pertanto,

integrate, per la parte ivi non espressamente riportata, così come di seguito riportato in dettaglio, con le competenze previste dalla normativa statale e regionale sopra richiamata comunque riconducibili, rispettivamente, alle funzioni di indirizzo e controllo, alle funzioni e responsabilità di gestione complessiva e alle funzioni di controllo e verifica di regolarità contabile nell'ambito delle aziende ospedaliero-universitarie.

7. Nella medesima prospettiva integrativa, gli “*organismi*” della Fondazione - oltre agli organismi di stretta previsione “statutaria” - costituiti dal Comitato scientifico e dal Collegio dei Proviviri, rispettivamente regolati dall'articolo 21 e 22 del vigente Statuto, allo stato non attivi - sono quelli previsti dalla normativa generale di cui al D. Lgs. n. 517/1999 e ss.mm.ii. e al DCA n. 259/2014, in quanto compatibili con i suddetti assetti statutari, così come distintamente riportati al Capo II del presente Titolo.

Art. 2

Assemblea dei soci fondatori (articolo 10 del vigente statuto)

1. L'Assemblea dei soci fondatori è convocata, su iniziativa del Presidente della Fondazione che la presiede o di un terzo dei soci fondatori, quando se ne ravvisi la necessità. Essa nomina i componenti del Consiglio di amministrazione e del Collegio dei revisori dei conti di propria competenza, valuta le proposte di nomina di soci fondatori avanzate dal Presidente e può formulare proposte e pareri circa le attività della Fondazione.
2. È presieduta dal Presidente o, in mancanza, dal Vicepresidente della Fondazione.
3. Essa provvede inoltre:
 - a) alla determinazione del compenso degli amministratori e dei revisori della Fondazione;
 - b) all'approvazione del bilancio consuntivo d'esercizio;
 - c) all'autorizzazione alla stipula di contratti o accensione di mutui di durata ultra novennale (esclusi i contratti di lavoro);
 - d) alla assunzione di ipoteche o altri diritti reali o di godimento sui beni di proprietà della Fondazione;
 - e) alla deliberazione di eventuali modifiche dello statuto o dei regolamenti interni;
 - f) alle deliberazioni in merito allo scioglimento della Fondazione e alla devoluzione del patrimonio, e ad ogni altra materia ad essa riservata dall'atto costitutivo.
4. L'assemblea delibera comunque con il voto favorevole della Regione Lazio e dell'Università.

Art. 3

Presidente della Fondazione (articoli 16 e 19, comma 1, del vigente statuto)

1. Il Presidente della Fondazione, che è anche Presidente del Consiglio di Amministrazione, è eletto al suo interno con la maggioranza qualificata di quattro/quinti dei consiglieri in carica.
2. Il Presidente rappresenta la Fondazione e ne promuove le attività. Adotta, nei casi di necessità ed urgenza, gli atti di competenza del Consiglio di amministrazione e li sottopone alla ratifica di questo.
3. In particolare, il Presidente cura le relazioni con enti, istituzioni, imprese pubbliche e private e altri organismi, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle singole iniziative della Fondazione.
4. Il Presidente propone, al Consiglio di amministrazione, la nomina di nuovi soci fondatori e nuovi soci sostenitori
5. Ai sensi del comma 1 dell'articolo 19 dello Statuto ha poteri di piena rappresentanza della Fondazione di fronte ai terzi ed in giudizio, fermi restando i poteri di rappresentanza del Direttore Generale per le competenze allo stesso direttamente ascritte così come previsto dal comma 2 del

medesimo articolo 19 dello statuto, richiamato dal comma 8 dell'articolo 6 del presente Capo.

Art. 4

Vicepresidente della Fondazione (articolo 16 bis del vigente statuto)

1. Il Vicepresidente della Fondazione sostituisce il Presidente in caso di sua assenza o impedimento nello svolgimento delle funzioni a quest'ultimo conferite ai sensi del vigente statuto.
2. Egli, inoltre, esercita le funzioni che gli sono delegate in via generale o di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione o dal Presidente.
3. Di fronte ai terzi la firma del Vicepresidente fa prova dell'assenza o dell'impedimento del Presidente.
4. Il Vicepresidente è eletto dal Consiglio di Amministrazione tra i suoi componenti, dura in carica cinque anni e può essere riconfermato.

Art. 5

Consiglio di amministrazione (Articolo 17 del vigente statuto)

1. Il Consiglio di Amministrazione si compone di cinque membri di cui due in rappresentanza della Regione Lazio (fra cui, di diritto, il Presidente *pro-tempore* della Regione o un suo delegato), due in rappresentanza dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (fra cui, di diritto, il Rettore *pro-tempore* dell'Università o un suo delegato e un membro designato dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia) ed uno nominato di concerto tra Regione ed Università. In caso di presenza di altri soci fondatori, il numero dei membri del Consiglio di amministrazione è aumentato fino ad un massimo di sette. In caso di parità il voto del presidente ha efficacia dirimente.
2. Possono rivestire la carica di membri del Consiglio di amministrazione, oltre ai membri di diritto, personalità che per professionalità, competenza ed esperienza, in particolare nei settori di attività della Fondazione, possono efficacemente contribuire al perseguimento dei fini istituzionali; è requisito per la nomina l'assenza di precedenti penali conclusisi con condanna definitiva per delitti dolosi contro la Pubblica Amministrazione.
3. I membri del Consiglio di amministrazione durano in carica per cinque anni e possono partecipare al Consiglio di amministrazione per non più di due volte. In sede di prima applicazione i membri del consiglio durano in carica per il periodo della sperimentazione.
4. Il Consiglio di amministrazione ha competenze di indirizzo e controllo sulla gestione complessiva della Fondazione, approva gli obiettivi ed i programmi della Fondazione proposti dal Direttore generale. In particolare:
 - a) approva il piano annuale di attività proposto dal Direttore generale assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale della Fondazione con la programmazione Sanitaria Regionale e con la programmazione didattica e scientifica dell'Università;
 - b) approva, verificandone la coerenza con le finalità e le programmazioni rispettivamente della Regione Lazio e dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, i documenti di programmazione finanziari, economici e di attività annuali e pluriennali, predisposti dal Direttore generale;
 - c) approva il bilancio di esercizio, predisposto dal Direttore generale, e lo propone all'Assemblea;
 - d) su proposta del Presidente del Consiglio di Amministrazione, nomina i soci fondatori ed i soci sostenitori;
 - e) nomina e revoca il Direttore generale;
 - e bis) nomina e revoca il Vicepresidente;
 - f) verifica la regolare attuazione del piano annuale di attività;

- g) approva i criteri proposti dal Direttore generale per la definizione delle strutture organizzative e dei programmi di cui all'articolo - 5 comma 4 del D. Lgs. 517/99 necessari ad assicurare l'attività assistenziale nella misura atta a soddisfare le esigenze inerenti ai settori scientifico disciplinari dei corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, Scienze motorie, Biotecnologie mediche, Scienze della Riabilitazione e Nutrizione umana nonché delle altre lauree sanitarie in modo da assicurare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della facoltà di Medicina e Chirurgia in un quadro di coerente integrazione con l'attività assistenziale e con gli obiettivi della programmazione regionale;
- h) delibera eventuali modifiche dello statuto o dei regolamenti interni;
- i) delibera in merito allo scioglimento della Fondazione e alla devoluzione del patrimonio

e segnatamente sono conferite al Consiglio di amministrazione tutte le facoltà per l'attuazione ed il raggiungimento degli scopi sociali che non siano per legge in modo tassativo riservati all'Assemblea dei soci o, dal presente statuto, riservati al Direttore generale con particolare riguardo al potere di indirizzo della gestione.

5. Le deliberazioni concernenti i provvedimenti di cui alle lettere a), b), c), d), e), h) e i), del precedente comma 4 sono prese validamente con la presenza ed il voto favorevole di quattro quinti dei membri del Consiglio.

6. Il Consiglio di amministrazione è convocato dal Presidente di propria iniziativa o su richiesta di almeno due dei suoi membri senza obblighi di forma, purché con mezzi idonei ed almeno sette giorni prima di quello fissato per l'adunanza.

7. Il Consiglio si riunisce validamente in prima convocazione con la presenza di tre dei suoi componenti. Il Consiglio delibera a maggioranza dei presenti.

8. Le riunioni sono presiedute dal Presidente o, in caso di sua assenza o impedimento, dal Vicepresidente.

9. I consiglieri possono farsi rappresentare alle riunioni del Consiglio da un proprio rappresentante, con delega scritta conferita di volta in volta.

10. Alle riunioni del Consiglio partecipano i componenti dell'organo di controllo e, con diritto di intervento ma senza diritto di voto, il Direttore generale. Alle riunioni possono partecipare, su invito del Presidente e senza diritto di voto, uno o più membri del Consiglio scientifico.

11. Il Consiglio può nominare un segretario anche esterno alla Fondazione.

12. Le competenze di cui ai precedenti commi - riproduttivi dei corrispondenti commi dell'articolo 17 dello Statuto - sono integrate, per la parte ivi non espressamente riportata, con le competenze previste dallo stesso Protocollo d'intesa nonché dalla normativa statale e regionale in materia di *indirizzo e controllo* della complessiva gestione dell'azienda universitario-ospedaliera.

Art. 6

Direttore generale

(articoli 18 e 19, comma 2, del vigente statuto)

1. Il Direttore generale è nominato dal Consiglio di amministrazione, sulla base della designazione della Regione Lazio d'intesa con l'Università.

2. Il rapporto tra il Direttore generale e la Fondazione è regolato con rapporto di diritto privato.

3. Il Direttore generale, che dura in carica cinque esercizi e fino alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio, è investito dei più ampi poteri per la gestione ordinaria della Fondazione e più segnatamente sono ad esso conferite tutte le facoltà per l'attuazione ed il raggiungimento degli scopi sociali che non siano riservati all'Assemblea dei soci o al Consiglio di amministrazione.

4. Il Direttore generale partecipa alle riunioni del Consiglio con diritto di intervento.

5. Ha la responsabilità della gestione complessiva della Fondazione ed è investito dei più ampi poteri in ordine alla gestione ordinaria della Fondazione e, più segnatamente, gli sono conferite tutte

le facoltà necessarie per l'attuazione del programma aziendale ed il raggiungimento degli obiettivi della Fondazione. Egli provvede alla gestione della Fondazione con criteri di economicità, efficacia ed efficienza, nell'ambito dei piani, dei progetti e delle linee di bilancio approvati dal Consiglio di amministrazione delle cui deliberazioni cura l'attuazione. In particolare, spettano al Direttore generale:

- a) l'istruttoria relativa agli atti di competenza del Consiglio di amministrazione e l'esecuzione degli stessi;
- b) la proposta degli atti di programmazione economico finanziaria annuali e pluriennali;
- c) la stesura del bilancio d'esercizio.
- d) tutti i compiti inerenti la gestione complessiva della Fondazione, compresa la definizione del modello organizzativo interno e l'esercizio dei poteri di attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali;
- e) la stipula dei contratti attivi e passivi della Fondazione;
- f) il controllo sugli indicatori di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità e *customer satisfaction* relativi alla attività assistenziale;
- g) i compiti di coordinamento, sul piano gestionale, tra l'attività assistenziale e quella di ricerca e didattica.

6. Inoltre sovrintende alla gestione delle attività della Fondazione ed alla sua struttura, ed in particolare mantiene i contatti di carattere continuativo con gli uffici pubblici e privati, gli enti e le organizzazioni che interessano l'attività della Fondazione. Il Direttore generale esercita tutte le competenze che non siano riservate ad altri organi.

7. Le competenze di cui ai precedenti commi - riproduttivi dei corrispondenti commi dell'articolo 18 dello statuto - sono integrate, per la parte ivi non espressamente riportata, con le competenze previste dal Protocollo d'intesa nonché dalla normativa statale e regionale in materia di *titolarità e responsabilità della complessiva gestione* dell'azienda universitario-ospedaliera.

8. Ai sensi del già richiamato comma 2 dell'articolo 19 dello statuto, il Direttore generale ha poteri di rappresentanza della Fondazione di fronte ai terzi ed in giudizio nelle materie di sua competenza, così come riportate ai commi precedenti

9. Resta inteso che, con riferimento alle condizioni concernenti la nomina del Direttore generale, si applica la normativa nazionale e regionale in materia di requisiti, incompatibilità e inconferibilità prevista per le aziende universitario-ospedaliere.

Art. 7

Residue funzioni di gestione dell'A.O.U. da parte del Direttore generale

(articolo 24, comma 4, del vigente statuto nonché articoli 6, comma 1, e 26, comma 2, del Protocollo d'intesa)

1. Il Direttore generale della Fondazione PTV di diritto privato continua a svolgere anche le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata in qualità di Direttore generale della stessa ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 517/1999, con riferimento al personale ivi afferente di cui al successivo comma, ai sensi dell'articolo 24, comma 4, del vigente Statuto e in applicazione di quanto successivamente previsto dal Protocollo d'intesa all'articolo 6 (comma 1), secondo cui *“sino all'attivazione della Fondazione PTV di Diritto Pubblico, l'Azienda e la Fondazione di Diritto Privato continuano ad essere regolate dalle vigenti disposizioni statutarie, regolamentari ed amministrative, sino a diversa determinazione”*, e all'articolo 26 (comma 2), secondo cui *“fino all'attivazione della Fondazione PTV di Diritto Pubblico, il Direttore Generale della Fondazione PTV di diritto privato continua a svolgere anche le residue funzioni di gestione dell'Azienda quali previste dal vigente Statuto della Fondazione di Diritto Privato”*.

2. Le residue funzioni gestionali di cui al precedente comma sono esercitate con riguardo alle seguenti categorie di rapporti giuridici rimaste in capo all'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata:

- ✓ personale dipendente dell’A.O.U. ai sensi del CCNL del Comparto Università;
 - ✓ personale dipendente dell’A.O.U. dell’Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;
 - ✓ personale convenzionato ai sensi dell’A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali,
3. Restano ferme, per la parte che rileva nei confronti del personale di cui al presente articolo, le previsioni di cui al comma 5 dell’articolo 21 e all’articolo 22 del Protocollo d’intesa che, di seguito, si riportano integralmente:
- ✓ *“Con riferimento al personale operante all’interno della Fondazione PTV di Diritto Privato e dell’Azienda Ospedaliera Universitaria PTV, i rapporti di lavoro in essere, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, del personale dell’Area della Dirigenza Medica e SPTA e del personale dipendente dei Comparti Università e Sanità, in regime di diritto pubblico, nonché del personale convenzionato ai sensi dell’A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialistici ambulatoriali ed altre professionalità e del personale acquisito ai sensi dell’art. 7, comma 6, del D. Lgs n. 165/2001, sia della “Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata” che della “Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata” proseguono, senza soluzione di continuità e fino a scadenza naturale del contratto, ove prevista, presso la Fondazione PTV di Diritto Pubblico, ferma restando la tipologia contrattuale di rispettiva provenienza”.*
 - ✓ *“Il sistema delle relazioni sindacali riguardante il personale non docente (personale dirigente del SSN, di comparto Universitario e del SSN nonché convenzionato) in servizio presso il PTV è regolato in conformità ai Contratti e Accordi Nazionali di rispettivo riferimento, ferma restando l’esigenza di favorire il massimo coordinamento dei percorsi contrattuali, anche tramite integrazione delle delegazioni sindacali”*

Art. 8

Collegio dei revisori dei conti (articolo 20 del vigente statuto)

1. Il Collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri effettivi, iscritti nel registro dei Revisori contabili, di cui uno designato dalla Regione, uno dall’Università ed il restante dagli altri soci fondatori o, in assenza di tali soci fondatori, di concerto tra la Regione e l’Università. Il Collegio nomina al suo interno il Presidente.
2. Il Collegio dei revisori dei conti è organo contabile della Fondazione e vigila sulla gestione finanziaria della Fondazione, accerta la regolare tenuta delle scritture contabili, esamina le proposte di bilancio preventivo e di rendiconto economico e finanziario, redigendo apposite relazioni, ed effettua verifiche di cassa.
3. I componenti dell’organo di controllo possono, in qualsiasi momento, procedere anche individualmente ad atti di ispezione e controllo, nonché chiedere agli amministratori notizie sull’andamento delle operazioni della Fondazione o su determinate iniziative. Partecipano, senza diritto di voto, alle riunioni del Consiglio di amministrazione.
4. Il Collegio dei revisori dei conti informa immediatamente gli organi della Fondazione di tutti gli atti o i fatti di cui venga a conoscenza nell’esercizio dei propri compiti che possano costituire una irregolarità nella gestione ovvero una violazione delle norme che disciplinano l’attività delle Fondazioni.
5. I membri del Collegio dei revisori restano in carica cinque esercizi e possono essere riconfermati una sola volta. Se nominati prima della scadenza quinquennale, restano in carica fino a tale scadenza.
7. Le competenze di cui ai precedenti commi - riproduttivi dei corrispondenti commi dell’articolo 20 dello statuto - sono integrate, per la parte ivi non espressamente riportata, con le

competenze previste dal Protocollo d'intesa nonché dalla normativa statale e regionale in materia di *controllo e verifica della regolarità contabile da parte del collegio sindacale* dell'azienda universitario-ospedaliera.

8. Le funzioni e le competenze di cui al presente articolo sono estese, per la parte che rileva, anche ai percorsi facenti capo al Direttore generale in ordine all'esercizio delle residue funzioni di gestione dell'A.O.U. di cui all'articolo 7.

Art. 9 Collegio di direzione

1. Il Collegio di direzione, quale organo *consultivo* del Direttore generale e, per i profili richiamati al comma 2, del Consiglio di amministrazione:

- 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
- partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'Università
- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale della Fondazione, 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 alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati
- è consultato obbligatoriamente su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche
- svolge le ulteriori funzioni ascritte a detto organo dalla legge.

2. Nelle materie di cui al comma 1 il Collegio di direzione si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti con riguardo agli atti di diretta competenza gestionale del Direttore Generale, così come, allo stato, richiamati all'articolo 6, ovvero con riguardo agli atti del Consiglio di Amministrazione, nel caso di atti di profilo generale ascrivibili alle competenze statutarie di detto organo, così come, allo stato, riportate all'articolo 5.

3. Ai sensi del comma 5 dell'articolo 4 del D. Lgs. n. 517/1999 e ss.mm.ii. e tenuto conto del punto 7.1.2 delle Linee guida di cui al citato DCA n. 259/2014 e ss.mm.ii, in quanto compatibile con il suddetto D. Lgs. n. 517/1999 e con gli assetti statutari della Fondazione, il Collegio di direzione della Fondazione è composto da:

- a) il Direttore generale, con, altresì funzioni di Presidente
- b) il Direttore sanitario
- c) il Direttore amministrativo
- d) i Direttori dei Dipartimenti
- e) il Dirigente delle Professioni sanitarie.

4. Il Collegio di direzione, nella composizione sopra riportata, è costituito con delibera del Consiglio di Amministrazione su conforme proposta del Direttore Generale.

5. Al Collegio possono partecipare, senza diritto di voto, in rapporto a singoli argomenti trattati, i dirigenti o i professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica, nonché, con riguardo ai profili di rilievo didattico-scientifico, così come riportati al comma 1, il Rettore e il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

5. Ai componenti del predetto Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

6. Il Collegio si riunisce, di norma almeno una volta ogni tre mesi, su convocazione e ordine del giorno del Direttore generale.

7. Con successivo regolamento, da adottarsi non oltre 60 giorni dall'approvazione del presente Atto aziendale, sarà stabilita la disciplina per il funzionamento del Collegio di direzione in applicazione del combinato disposto dei criteri di cui al punto 7.1.2.1 delle Linee guida riportate nel

citato DCA n. 259/2014 e ss.mm.ii con gli specifici assetti statutari della Fondazione, con particolare riferimento alla definizione del *quorum* strutturale (necessario per il funzionamento) e del *quorum* funzionale (necessario ai fini della deliberazione).

Capo II *Gli organismi, i comitati e le commissioni*

Art. 10 Ricognizione

1. Presso la Fondazione - con funzioni estese, per la parte che rileva, anche ai percorsi facenti capo al Direttore Generale in ordine all'esercizio delle residue funzioni di gestione dell'A.O.U. di cui all'articolo 7 - sono istituiti/confermati gli organismi, i comitati e le commissioni di seguito elencati:

- il Consiglio dei sanitari
- il Comitato dei garanti *ex* articolo 5, comma 14, del D. Lgs. 517/1999;
- l'Organismo indipendente di valutazione della *performance* (OIV)
- il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)
- il Comitato etico indipendente (CEI)
- il Comitato valutazione sinistri (CVS)
- il Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)
- la Commissione terapeutica aziendale (CTA)
- il Comitato per il buon uso del sangue ed emoderivati (COBUS)
- il Comitato per l'ospedale senza dolore (COSD)

2. Fermo restando quanto specificamente previsto ai successivi articoli del presente Capo in ordine alla composizione e alle funzioni del Consiglio dei sanitari, allo stato non costituito, nonché alla composizione del Comitato dei garanti di cui all'articolo 5, comma 14, del D. Lgs. n. 517/1999, la cui procedura di nomina va espressamente riportata nell'Atto aziendale ai sensi della lettera i), comma 3, dell'articolo 11 del Protocollo d'intesa, gli organismi, i comitati e le commissioni di cui al comma 1 restano, allo stato, disciplinati, quanto a composizione, competenze e funzionamento, dagli attuali rispettivi atti di istituzione e regolamentazione aziendale, nonché, ovviamente, dalla relativa normativa statale e regionale, da applicare in quanto compatibile con assetti di derivazione statutaria, fatto salvo che la suddetta regolamentazione aziendale sarà, comunque, tempestivamente adeguata/aggiornata, qualora necessario, in esito all'attuazione/implementazione dei nuovi assetti organizzativi previsti dal presente Atto.

Art. 11 (Il Consiglio dei sanitari)

1. Con riguardo, da un lato, alle funzioni e, dall'altro, alla composizione dell'organismo Consiglio dei Sanitari, che, allo stato, come accennato al precedente articolo, non risulta attualmente costituito, si prevede quanto di seguito riportato, ai sensi e per gli effetti delle previsioni di cui al punto 8.1 delle Linee guida riportate nel citato DCA n. 259/2014 e ss.mm.ii, con particolare riguardo ai criteri di composizione di detto organismo nell'ambito delle "aziende ospedaliere" di profilo universitario, tenuto conto, altresì, della specificità degli assetti e del complessivo organico comunque afferente il PTV in cui risulta presente anche personale medico e sanitario regolato dall'A.C.N. della medicina specialistica ambulatoriale interna.

2. Il Consiglio dei sanitari è un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, espletate tramite parere, in ogni caso non vincolante, per le seguenti materie:

a) per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti, in ordine alle quali la richiesta di parere da parte del Direttore generale è obbligatoria;

b) per le attività di assistenza sanitaria, in ordine alle quali la richiesta da parte del Direttore generale è facoltativa.

A fronte della richiesta di parere, da far pervenire al Presidente del Consiglio dei sanitari, lo stesso convoca tempestivamente il Consiglio medesimo per le valutazioni di cui sopra.

In ogni caso, il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro il quindicesimo giorno dalla data di ricevimento, da parte del presidente di detto Consiglio, della suddetta richiesta.

Resta inteso che il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, almeno una volta al mese, su convocazione del presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.

3. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario, quale membro di diritto.

Tenuto conto della specifica connotazione degli assetti del PTV, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata, nonché della rilevante presenza, nel relativo organico, anche di personale medico e sanitario convenzionato ai sensi dell'ACN della medicina specialistica ambulatoriale, gli ulteriori membri del Consiglio, di derivazione elettiva, sono definiti nella seguente composizione:

a) n. 10 membri appartenenti alle categorie del personale universitario strutturato come dirigente medico/del personale della dirigenza medica ospedaliera/del personale medico convenzionato, di cui n. 4 direttori di struttura complessa e n. 6 con altro incarico, questi ultimi, in possesso comunque di cinque anni di anzianità di strutturazione assistenziale/ruolo/servizio assistenziale, ripartiti così come segue: n. 4 medici universitari; n. 1 dirigente medico ospedaliero; n. 1 medico convenzionato;

b) n. 5 membri appartenenti alle categorie del personale universitario strutturato come dirigente sanitario/del personale della dirigenza sanitaria ospedaliera/del personale sanitario convenzionato, di cui: n. 3 sanitari universitari; n. 1 dirigente sanitario ospedaliero; n. 1 sanitario convenzionato

c) n. 1 operatore dell'area infermieristica;

d) n. 2 operatori dell'area tecnico-sanitaria e della riabilitazione.

I componenti del Consiglio dei sanitari di cui al capoverso precedente sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle suddette categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori in possesso dei requisiti sopra descritti.

All'elezione del Consiglio dei sanitari partecipano i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza.

Con successivo regolamento sarà stabilita la disciplina inerente

a) le modalità per lo svolgimento delle elezioni;

b) la commissione elettorale ed il seggio elettorale;

c) l'elezione dei componenti;

d) la durata;

e) il funzionamento del Consiglio dei sanitari,

in applicazione dei criteri di cui al punto 8.1 delle Linee guida riportate nel citato DCA n. 259/2014 e ss.mm.ii in quanto compatibili con la specifica connotazione dei complessivi assetti del PTV.

Art. 12

(Il Comitato dei garanti)

1. Nell'ambito della Fondazione PTV è presente il Comitato dei garanti di cui all'articolo 5, comma 14, del D.lgs. n. 517/1999.

2. Il Comitato dei garanti ha funzione consultiva del Direttore generale (*“previo parere conforme”*) nel quadro del procedimento attivato dallo stesso Direttore generale, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio da parte del personale docente e ricercatore strutturato presso il PTV, ai sensi e per gli effetti di cui al citato articolo 5, comma 14, del D. Lgs. n. 517/1999, che, qui di seguito, si riporta integralmente: *“Ferme restando le sanzioni ed i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio,*

il direttore generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta, di un apposito comitato costituito da tre garanti, nominati di intesa tra rettore e direttore generale per un triennio, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporre l'allontanamento dall'azienda, dandone immediata comunicazione al rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza. Qualora il comitato non si esprime nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.”

3. Così come già previsto dal combinato disposto dell'art. 9, comma 13, del Protocollo d'intesa Regione/Università del 18 febbraio 2005 con l'art. 5.3 dell'Atto di organizzazione e funzionamento adottato con DDG n. 2/2008, il Comitato dei garanti del PTV è costituito da tre membri esterni, nominati d'intesa tra Rettore e Direttore generale per un triennio, uno dei quali individuato dall'Università, uno dalla Fondazione ed un terzo dalla Regione, appartenenti alle seguenti figure professionali: un medico, un avvocato o magistrato ed un docente universitario in materie giuridiche.

4. L'attuale composizione del Comitato dei garanti, già nominato con DDG n. 892 del 30 dicembre 2016, rimane confermata sino alla scadenza del triennio ivi prevista.

Capo III

Direzione aziendale e rapporti con le strutture operative

Art. 13

Disposizioni generali

1. Nel presente Capo, sono regolati:

- gli specifici caratteri della “*Direzione aziendale*” nel cui ambito sono definiti i rapporti strutturali e funzionali tra il *Direttore generale* - quale organo della Fondazione nella duplice funzione, così come già prefigurata nell'articolo 6, di iniziativa/proposta degli atti di indirizzo di competenza del Consiglio di amministrazione nonché di gestione complessiva della Fondazione PTV, ivi comprese residue funzioni di gestione dell'A.O.U., di cui all'articolo 7 - e il *Direttore amministrativo* e il *Direzione sanitario*.

- i principi organizzativi generali e gli istituti concernenti il decentramento delle attività e funzioni sia all'interno della Direzione aziendale, tra Direttore generale e Direttore amministrativo/sanitario sia, soprattutto, tra la Direzione aziendale e le strutture operative di area amministrativa e sanitaria, al fine di favorire la responsabilizzazione ed autonomia delle funzioni dirigenziali afferenti tali strutture, con particolare riguardo all'istituto della delega, ivi compresa la delega nello specifico campo delle misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

Art. 14

Direzione aziendale: rapporti tra Direttore generale, Direttore amministrativo e Direttore sanitario

1. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario partecipano, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla *Direzione aziendale*, concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni dello stesso Direttore generale - assunte nella suddetta duplice funzione di iniziativa/proposta verso il Consiglio di Amministrazione nonché di gestione complessiva della Fondazione e, residualmente, dell'A.O.U. - ed assumendo la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza per quanto attiene l'area dei servizi amministrativi e, rispettivamente, l'area dei servizi sanitari, così come di seguito specificato.

Art. 15

Direttore amministrativo e Direttore sanitario

1. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono nominati dal Direttore generale, nel rispetto dei requisiti soggettivi di legge statale e regionale riguardante le aziende sanitarie, cui si fa

rinvio anche con riguardo la tipologia contrattuale del rapporto e la durata dell'incarico, fatto salvo, a tale ultimo riguardo, quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 26 del Protocollo d'intesa in ordine alla prosecuzione degli incarichi e relativi contratti sino alla loro naturale scadenza, nella Fondazione PTV di Diritto Pubblico, anche all'esito del riconoscimento del carattere scientifico ai sensi dell'articolo 14, comma 3, del D. Lgs. n. 288/2003.

2. Oltre allo svolgimento, su delega del Direttore generale, delle funzioni connesse direttamente allo sviluppo della *governance* amministrativa, il Direttore amministrativo:

- esprime parere sugli atti deliberativi del Direttore generale, per gli aspetti o le materie di competenza, nonché su ogni altra questione che gli venga sottoposta da parte dello stesso Direttore generale;
- dirige i servizi amministrativi di propria afferenza nelle forme della programmazione, della direttiva, dell'indirizzo, del coordinamento e del controllo proprie della funzione di governo;
- la funzione di direzione di detti servizi deve essere funzionale, tra l'altro, 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, all'accertamento delle risorse necessarie al funzionamento dei servizi, alla innovazione dei sistemi e delle metodologie di gestione, alla organizzazione della comunicazione interna ed esterna, alla correttezza, alla completezza, alla semplificazione e alla trasparenza della documentazione afferente la gestione amministrativa;
- verifica la rispondenza delle determinazioni assunte dai dirigenti alle linee strategiche e di indirizzo della Direzione generale e al rispetto dei principi di legittimità e di economicità;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli dalle leggi e dai regolamenti;
- è componente di diritto del Collegio di direzione.

3. Oltre allo svolgimento, su delega del Direttore generale, delle funzioni connesse direttamente allo sviluppo della *governance* clinica, il Direttore sanitario:

- esprime parere obbligatorio sugli atti deliberativi del Direttore generale, per gli aspetti o le materie di competenza, nonché su ogni altra questione che gli venga sottoposta da parte dello stesso Direttore generale;
- dirige i servizi sanitari 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 complessiva responsabilità sanitaria sul piano igienico-organizzativo e, in tale veste, si avvale della collaborazione dei Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata, per quanto concerne gli adempimenti in materia inerente le strutture operative ivi afferenti, 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 della *governance* nel più ampio quadro delle finalità proprie del sistema di sicurezza adottato dal PTV per conseguire l'obiettivo di circoscrivere il rischio clinico e le sue implicazioni, nell'interesse dei pazienti, degli operatori e del Policlinico stesso;
- garantisce, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, il rispetto della disciplina normativa 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;
- garantisce il puntuale e tempestivo rispetto delle previsioni organizzative riportate agli articoli 34, 35, 36 e 37 del presente Atto, con particolare riferimento alla redazione e applicazione degli accordi operativi intra/interdipartimentali in materia di utilizzazione coordinata delle risorse umane di cui all'articolo 34, segnalando al Direttore generale eventuali criticità applicative e, in caso di ritardo o inerzia, sostituendosi ai soggetti inadempienti in sede di redazione e/o applicazione di detti accordi;

- sovrintende alle funzioni di regolamentazione, organizzazione e controllo delle attività dell'attività libero-professionale intramuraria nelle modalità adottate dal PTV a supporto;
 - svolge ogni altra funzione attribuitagli dalle leggi e dai regolamenti;
 - è componente di diritto del Collegio di direzione.
4. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore generale, possono, in qualunque fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestano particolare importanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.
5. In caso di assenza o impedimento del Direttore amministrativo e/o del Direttore sanitario, le funzioni sono svolte rispettivamente, e in via temporanea, da un dirigente della funzione amministrativa e/o da un dirigente della funzione sanitaria, nominati dal Direttore generale su proposta degli stessi.

Art. 16

Il principio di delega - esercizio da parte dei dirigenti di poteri delegati e di diretta attribuzione

1. Considerato che, come già ampiamente riportato nel precedente Capo I, le funzioni di alta amministrazione e di determinazione dell'indirizzo politico-amministrativo, istituzionalmente non delegabili, risultano già direttamente ascritte al Consiglio di amministrazione in base all'articolo 5 del presente Atto, lo spazio - e i limiti - per l'eventuale esercizio della delega da parte del Direttore generale attiene alla titolarità, allo stesso conferita, delle complessive funzioni di gestione della Fondazione PTV, contemplate nel quadro delle previsioni di cui all'articolo 6, ivi comprese le residue funzioni gestionali di cui all'articolo 7.
2. Al riguardo, i poteri di diretta titolarità del Direttore generale da considerare "riservati" e pertanto "*non delegabili*" sono individuati in base al combinato disposto dei comma 2 e 5 dell'articolo 9 della Legge della Regione Lazio n. 18/1994 e ss.mm.ii. - per le materie ivi indicate, ulteriori a quelle che, come accennato al precedente comma, risultano già ascritte alle dirette competenze del Consiglio di amministrazione - e tenuto conto della normativa in materia di rapporti tra università e servizio sanitario. In tale prospettiva, tra i complessivi poteri di titolarità del Direttore generale "non delegabili" rientrano:
- a) la nomina, la sospensione o la decadenza del direttore amministrativo, e del direttore sanitario, dei quali controlla e verifica l'attività;
 - b) la nomina e revoca dei responsabili dei dipartimenti, delle strutture, dei programmi e, più in generale, degli incarichi professionali destinati al personale docente/ricercatore ed equiparato, tenuto conto della speciale normativa di legge in materia di aziende universitarie-ospedaliere e del Protocollo d'intesa;
 - c) l'adozione dei regolamenti interni e degli altri regolamenti che la normativa di legge e di Contratto riserva al Direttore generale;
 - d) la pianta organica dei servizi e delle strutture;
 - e) gli atti di accettazione di lasciti e donazioni;
3. Tra i complessivi poteri di titolarità del Direttore generale da considerare in tutto o in parte "delegabili", verso la Direzione amministrativa e/o Direzione sanitaria nonché, soprattutto, verso la dirigenza delle strutture operative di area amministrativa e sanitaria, sono, in particolare, identificati i seguenti poteri relativi:
- a) all'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e all'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
 - b) alla stipula delle convenzioni, degli accordi e dei protocolli di intesa per l'erogazione delle prestazioni - anche nel quadro delle previsioni contrattuali inerenti l'ALPI - nonché per lo svolgimento delle altre attività connesse a quelle di competenza del PTV, ivi compreso il potere di fissazione delle tariffe per le prestazioni a pagamento nel rispetto della normativa nazionale e regionale;

- c) alla nomina dei RUP e dei DEC nell'ambito della gestione contrattuale;
- d) all'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate e alla definizione dei limiti di valore delle spese che i dirigenti possono impegnare;
- e) all'approvazione degli atti di gara per lavori, servizi e forniture;
- f) alla stipula dei relativi contratti;
- g) alla verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa anche attraverso un apposito servizio;
- h) alla rappresentanza del PTV con riguardo ai poteri direttamente ascriviti al Direttore generale ai sensi dell'articolo 6 del presente Atto;
- g) all'esercizio di tutte le altre attribuzioni conferitegli dalla normativa vigente e rientranti nei poteri di profilo gestionale di cui all'articolo 6 e 7 del presente Atto.

4. I destinatari della delega di cui al comma 3 da parte del Direttore generale possono essere:
- il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario i quali - oltre alle funzioni "proprie" descritte dalla legge - *"svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati dal direttore generale"* ed *"esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale e degli importi determinati dallo stesso"*, ai sensi del comma 1 dell'articolo 16 della citata Legge della Regione Lazio n. 18/1994 e ss.mm.ii, così come già accennato all'articolo 15 del presente Atto;
 - i dirigenti degli uffici apicali delle strutture tecnico-amministrative e sanitarie del PTV, ai sensi del comma 5 del citato articolo 9 della Legge della Regione Lazio n. 18/1994 e ss.mm..
5. Per quanto concerne l'atto di conferimento della delega lo stesso assume la forma di *"delibera"* contenente:

- ✓ la specificazione delle attribuzioni delegate;
- ✓ le eventuali direttive, che potranno anche fare diretto richiamo a precedenti atti di indirizzo ed essere, nel tempo, precisate, integrate ed eventualmente modificate con le stesse modalità formali dell'originario atto di conferimento;
- ✓ i limiti della delega, con particolare riferimento a quelli relativi al budget di assegnazione;
- ✓ la durata della delega;
- ✓ l'attribuzione dei correlati poteri previsti dalla L. n. 241/1990 e ss.mm.ii., comprensivi della valutazione e del diretto riscontro alla richiesta di accesso, inerenti il complessivo procedimento di emanazione dell'atto determinativo di esercizio dei poteri oggetto di delega;
- ✓ l'eventuale attribuzione anche del potere rappresentativo di rilevanza esterna (con particolare riguardo, pertanto, alla stipula dei contratti e delle convenzioni);

e deve essere pubblicato all'Albo pretorio e mantenuto in pubblicazione sul sito *web* istituzionale del PTV nonché nella sezione "Amministrazione trasparente", con specifico e dettagliato rilievo agli ambiti oggettivi e soggettivi dell'eventuale attribuzione dirigenziale del "potere rappresentativo".

6. Con riferimento ai rapporti tra Direttore generale delegante e responsabili "delegati" e al regime dell'esercizio dei poteri "delegati", si prevede quanto segue:

- 6.1. quanto ai rapporti tra Direttore generale delegante e responsabili "delegati":
- ✓ una volta conferita la "delega", il Direttore generale delegante non può esercitare, in costanza della medesima, le attribuzioni delegate, fatto salvo il potere di sostituzione previa diffida in caso di omissione o ritardo dell'atto e fermo restando, più in generale, che il Direttore generale delegante può comunque, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa;
 - ✓ il responsabile "delegato", fatto salvo quanto diversamente disposto dalla legge (ad esempio in materia di delega per le misure di sicurezza), non può sub-delegare le attribuzioni oggetto della delega ed è responsabile degli atti adottati e dei compiti assolti in attuazione della delega e dei loro effetti ("responsabile del provvedimento") - nonché della rilevanza esterna dell'atto in quanto direttamente impegnativo del PTV nel caso di eventuale attribuzione anche del potere rappresentativo - fatta salva la possibilità di individuare ed avvalersi del "responsabile

del relativo procedimento”, provvedendo, cioè, in base alla proposta istruttoria di quest’ultimo;

✓ il rapporto di delega cessa quando muta il delegante o il delegato;

6.2. quanto al regime dell’esercizio dei poteri “delegati”, gli atti emanati dal delegato:

- assumono la forma, a seconda dei casi riportati al comma 4, della *DETERMINAZIONE* del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del dirigente, determinazione che sarà adottata secondo apposito modello, comprensivo delle registrazioni di profilo contabile, e registrata nell’apposito *REGISTRO delle DETERMINAZIONI*;
- sono definitivi e non sono impugnabili con ricorso al delegante al quale rimangono comunque riservati i poteri di coordinamento, di vigilanza e di autotutela agli esclusivi effetti di cui al Capo IV-bis della L. n. 241/1990 e ss.mm.ii. (“Efficacia ed invalidità del provvedimento amministrativo. Revoca e recesso”), regolante, tra l’altro, l’*annullamento* d’ufficio
- sono soggetti agli stessi oneri di pubblicità (pubblicazione presso l’Albo ufficiale) e dei controlli previsti per gli atti emanati dal Direttore generale titolare del potere oggetto di delega, tra i quali, *in primis*, il controllo del Collegio dei revisori da attivare tramite la periodica trasmissione di copia degli atti adottati e registrati

7. Anche per l’esercizio di funzioni/poteri “propri” - così come individuati nella legge, nell’atto di incarico e nel funzionigramma allegato al presente Atto (**allegato n. 3**) - i responsabili apicali dirigenti possono adottare, se a rilievo provvedimentale, la forma della *DETERMINAZIONE* dirigenziale, determinazione che sarà redatta secondo apposito modello, comprensivo delle eventuali registrazioni di profilo contabile, e registrata nel suddetto *REGISTRO delle DETERMINAZIONI*.

8. I poteri oggetto di “*delega*” verso i dirigenti e quelli di “*diretta attribuzione dirigenziale*” sono, allo stato, riportati nel funzionigramma allegato al presente Atto (allegato n. 3), fermo restando che, nei casi di delega, la stessa sarà dettagliata con la delibera di cui al comma 5, per la precisazione dei criteri direttivi e dei relativi, eventuali *budget*, e che, più in generale, in prospettiva, le implementazioni/modifiche di detto funzionigramma saranno adottate, nel tempo, tramite atto deliberativo del Direttore generale, pubblicato all’Albo pretorio e mantenuto in pubblicazione, unitamente al presente Atto, sul sito *web* istituzionale del PTV nonché nella sezione “Amministrazione trasparente”.

Art. 17

La delega per la sicurezza

1. Fermo restando quanto previsto nella parte del presente Atto concernente “*Il Sistema di gestione della sicurezza sul lavoro del PTV*”, con particolare riguardo all’attuale configurazione degli assetti delle responsabilità di cui al Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii., di seguito “*D. Lgs. n. 81/2008*”, in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori all’interno del PTV, in riferimento, cioè, alla individuazione del:

- “*Datore di lavoro*”, ai sensi e per gli effetti della lettera *b*) del comma 1 dell’articolo 2 del D. Lgs. n. 81/2008: il Direttore generale della Fondazione PTV;

- “*Dirigenti*”, ai sensi e per gli effetti della lettera *d*) del comma 1 dell’articolo 2 del D. Lgs. n. 81/2008): Direttore sanitario; Direttore amministrativo; Direttori di Dipartimento ad attività integrata (D.A.I.); Responsabili di Area funzionale; Direttore/Responsabile di Unità operativa complessa (UOC), semplice (UOS) e semplice dipartimentale (UOSD);

- “*Preposti*”, ai sensi e per gli effetti della lettera *e*) del comma 1 dell’articolo 2 del D. Lgs. n. 81/2008): titolari di Posizione organizzativa e di Coordinamento,

si prevede, altresì, che - in ragione del rilievo e della estensione dei poteri organizzativi rispettivamente afferenti le funzioni di Direttore di Dipartimento ad attività integrata, di seguito indicato anche come “*DAI*”, e di Responsabile di Area funzionale - in sede di conferimento dell’incarico, il Direttore del DAI e il Responsabile di Area funzionale clinica assumono, con accettazione scritta, quale elemento condizionante lo stesso incarico, 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 e l'Area funzionale.

2. Allo scopo di garantire il rispetto dei requisiti di validità della delega ai sensi e per gli effetti dell'articolo 16 del D. Lgs. n. 81/2008, tramite opportune misure di riorganizzazione degli attuali assetti organizzativi volte a dare concreta ed effettiva autonomia decisionale e finanziaria ai soggetti delegati, si prevede quanto segue:

2.1 le misure organizzative e gli atti di esercizio di tali poteri da parte dei suddetti delegati saranno adottate tramite proprie autonome misure dispositive (note; circolari; disposizioni interne; *etc.*) che dovranno espressamente richiamare l'atto e gli estremi della delega, fermo restando che gli atti comportanti eventuale spesa saranno assunti tramite "*determinazione*" dirigenziale secondo quanto indicato al successivo punto;

2.2. nella prospettiva che dette autonome misure organizzative comportino eventuali spese:

a) sarà formalmente riservato a ciascun delegato un autonomo, complessivo "*budget*" - eventualmente incrementabile a seguito di formale autorizzazione del Direttore generale - strettamente collegato all'esercizio delle funzioni delegate

b) sarà disposto che l'eventuale esercizio dei citati poteri di spesa, strettamente correlato all'esercizio delle deleghe e nell'ambito del suddetto complessivo limite di budget, avverrà, come accennato, mediante "*determinazione dirigenziale*" da parte dei suddetti delegati - previa istruttoria condotta dagli uffici competenti in base alla tipologia della spesa e con il parere del Responsabile della UOC Servizio prevenzione e protezione - che comporterà l'attivazione di una specifica *commessa* gravante sui sottoconti economici e/o patrimoniali secondo la natura dei costi e a valere sugli stanziamenti già assegnati a tali sottoconti;

c) sarà disposto che al delegato compete la formalizzazione nonché la gestione del rapporto in esito all'adozione della determinazione, fermo restando che le procedure di profilo amministrativo-contabile di gestione degli ordini correlati al rapporto restano a carico dell'ufficio che ha istruito la determinazione previa liquidazione/attestazione del delegato;

d) sarà inoltre disposto che i singoli responsabili delegati redigano apposita rendicontazione trimestrale in merito alle disponibilità contabili eventualmente utilizzate, indirizzando la stessa al Responsabile della UOC Risorse economiche e finanziarie che, a sua volta, relazionerà alla Direzione aziendale.

3. In quanto compatibili si applicano le disposizioni di cui al precedente articolo 16 in materia di delega.

TITOLO II

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Capo I

Disposizioni generali

Art. 18

Le articolazioni strutturali

1. Gli assetti "organizzativi" del Policlinico Tor Vergata si fondano su tipologie corrispondenti alle articolazioni strutturali descritte, in via generale, nel presente articolo (Dipartimenti, Aree Funzionali, Unità Operative), finalizzate all'esercizio di funzioni assistenziali, amministrative, tecniche e professionali, che si distinguono in strutture a responsabilità/direzione ospedaliera e in strutture a responsabilità/direzione universitaria, in quanto, quest'ultime, contestuali sedi di insegnamento/ricerca facenti capo alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'UTV o ad altre facoltà/dipartimenti universitari della stessa UTV per i quali risulta comunque necessario lo sviluppo applicativo dell'insegnamento e della ricerca in sede ospedaliera.

2. Le suddette Unità operative sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di supporto alla programmazione, di amministrazione e di produzione di prestazioni e servizi sanitari, con responsabilità di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate.

3. In tale quadro, si definisce quanto segue:

3.1. Il Dipartimento

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali. Ove il Dipartimento sia volto alla integrazione delle attività assistenziali con quelle di didattica e di ricerca, prende il nome di Dipartimento ad attività integrata (DAI).

Il PTV utilizza, quale modello dipartimentale di riferimento per l'organizzazione sanitaria, il DAI così come disciplinato nel successivo Capo III, ferma restando la possibilità, in prospettiva, di utilizzare il modello dipartimentale anche per l'organizzazione delle funzioni in *staff* alla Direzione generale, dell'Area amministrativa e dell'Area del governo clinico.

Ogni Dipartimento contiene al proprio interno almeno 4 UOC e 2 UOSD.

3.2. L'Area funzionale

E' costituita nei casi in cui occorra rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi e processi gestionali comuni, pur non riscontrandosi le condizioni per adottare il modello dipartimentale.

L'Area Funzionale, che può svilupparsi anche a livello interdipartimentale, contiene al proprio interno almeno 4 articolazioni tra UOC/UOS/UOSD/*Unit*;

3.3. L'Unità operativa complessa (UOC)

L'Unità Organizzativa Complessa (UOC) ha significativa dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, è dotata di responsabilità di budget ed opera, per le specifiche competenze, in autonomia tecnico-professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

3.4. L'Unità operativa semplice (UOS)

L'Unità Operativa Semplice (UOS) è l'articolazione interna della Unità operativa complessa. Alla UOS 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*, la UOS risponde al Direttore della UOC.

3.5. L'Unità operativa semplice dipartimentale (UOSD)

L'Unità operativa semplice dipartimentale (UOSD), è un'articolazione organizzativa, non ricompresa nella UOC, caratterizzata da un'adeguata dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, direttamente afferente al Dipartimento, o all'Area funzionale, o alle aree di staff della Direzione aziendale.

E' dotata di responsabilità di *budget* ed opera, per le specifiche competenze, in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa, con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

5. In ragione della responsabilità organizzativa e gestionale inerente gli incarichi di struttura così come sopra definiti ed articolati nel rispettivo ambito di competenza, il Direttore/Responsabile di Dipartimento, di Area funzionale e di Unità operativa (complessa, semplice e semplice dipartimentale), assume la funzione di "*dirigente*" ai sensi e per gli effetti della lettera d) del comma 1 dell'articolo 2 del D. Lgs. n. 81/2008 in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori e, in tale veste, attua le direttive del datore di lavoro (il Direttore generale) e dei relativi delegati, organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa.

Art. 19 I Programmi

1. I Programmi sono incarichi, *infra* o *inter* dipartimentali, specificamente previsti dalla normativa universitaria di cui all'art. 5, comma 4, del D. Lgs. n. 517/1999, finalizzati alla integrazione

delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale, attribuibili esclusivamente a personale universitario docente di I e/o II fascia.

2. Fermo restando quanto meglio specificato agli articoli 32 e 44 in ordine alle condizioni, ai presupposti e alla specifica consistenza dei suddetti Programmi:

- la titolarità del Programma comporta l'assimilazione a tutti gli effetti all'incarico di Direzione di struttura complessa (Programma A);
- la titolarità del Programma di minore complessità e rilevanza comporta l'assimilazione a tutti gli effetti all'incarico di Direzione di struttura semplice (Programma B)

Art. 20

Le responsabilità professionali di natura funzionale

1. Nell'ambito delle articolazioni strutturali di cui all'articolo 18, l'organizzazione del Policlinico Tor Vergata prevede l'esercizio di responsabilità professionali di natura funzionale riferibili alle tipologie di cui al presente articolo.

2. Le responsabilità professionali di natura funzionale, descritte nel presente articolo, saranno individuate dal Direttore generale successivamente al presente Atto su proposta del Direttore/Responsabile di struttura, fatta eccezione per le *Unit* che, in considerazione dell'elevata valenza strategico-organizzativa, sono individuate nell'organigramma richiamato ai successivi articoli 24 e 38, che distingue le *Unit* a responsabilità universitaria da quelle a responsabilità ospedaliera. Con appositi successivi regolamenti saranno definiti analiticamente i processi e le funzioni sviluppati nell'ambito di ciascuna *Unit*.

3. Tra le responsabilità professionali di natura funzionale rientrano gli incarichi professionali che possono essere affidati a personale universitario docente o ricercatore nonché a personale dirigente, in area medico-sanitaria ovvero in area tecnico-professionale-amministrativa, e che si distinguono in tre tipologie:

3.1. Unit

E' un'entità funzionale multidisciplinare che, partendo da risorse già disponibili presso altre strutture, riunisce e coordina diverse competenze di diversa natura inerenti un unico processo trasversale a più strutture. Ciascuna *Unit* afferisce alla UOC/UOSD/UOS in cui si attua in prevalenza l'attività alla quale la *Unit* è dedicata, ovvero direttamente all'Area funzionale/DAI/Direzione aziendale.

3.2. Incarico di Alta Specialità

E' una funzione professionale attribuita quale riconoscimento di specifiche attività che richiedono una particolare competenza ed un elevato grado di specializzazione.

3.3. Incarichi professionali di base

Sono funzioni professionali specifiche attribuite nel caso in cui non sia possibile l'attribuzione di altro incarico.

4. Possono altresì essere previsti compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale, responsabilità di branca e responsabilità interdisciplinare, da affidare al personale convenzionato medico-sanitario, finalizzati all'organizzazione e/o al coordinamento funzionale di particolari attività riferite ad una specifica branca specialistica ambulatoriale ovvero interdisciplinari, secondo le esigenze organizzative aziendali.

Capo II

L'organizzazione delle aree di governo: Direzione generale, amministrativa e sanitaria

Art. 21

Le funzioni in *staff* alla Direzione generale

1. Le funzioni di *staff* della Direzione generale sono articolate in aggregazione di Area funzionale, in strutture complesse o semplici ovvero in *Unit* in considerazione e in funzione della

rilevanza delle stesse in termini di complessità degli assetti in cui risultano organizzate e di strategicità del ruolo alle stesse attribuite quanto a posizionamento trasversale rispetto alle altre funzioni tecnico-amministrative e sanitarie e/o al grado assunto nel supporto al processo di programmazione e gestione del ciclo della *performance*.

2. Ai sensi di quanto riportato al comma 1, le strutture/funzioni direttamente in *staff* alla Direzione generale sono articolate così come segue

- **UOC Controllo direzionale:** quale strumento fondamentale per l'analisi, l'orientamento e il monitoraggio delle azioni aziendali, garantisce il necessario supporto per la verifica dell'economicità della gestione e dell'efficacia dell'azione aziendale attraverso l'analisi dell'andamento dei fattori interni ed esterni, prefigurandosi come strumento di supporto alle decisioni della Direzione aziendale nei momenti della programmazione aziendale nonché della gestione e della verifica delle singole attività/processi.
 - ✓ In essa è incardinata la **Unit Contabilità di processo**, che ha un carattere "trasversale" e si configura come strumento di collegamento e raccordo tra la UOC stessa e tutte le aree aziendali (amministrative e sanitarie) coinvolte nei vari processi.
- **UOC Servizio di prevenzione e protezione:** esercita la funzione di riferimento per tutti i processi volti alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, secondo quanto stabilito dal D. Lgs. n. 81/08 nonché di consulenza tecnico-scientifica per il Datore di lavoro. Collabora con la UOSD "Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche".
 - ✓ Comprende una **Unit Fisica sanitaria**.
- **UOC Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio:** La UOC è responsabile della gestione, conservazione e miglioramento del patrimonio immobiliare, tecnologico e impiantistico del PTV per assicurarne la piena ed efficace funzionalità; nell'ambito degli indirizzi strategici, collabora con la Direzione sanitaria nella gestione degli spazi funzionali dell'ospedale. Elabora e propone la programmazione triennale dei lavori ed i relativi aggiornamenti. Con riferimento alle attività di manutenzione ordinaria e straordinaria su impianti ed immobili, è responsabile della progettazione e della definizione della documentazione tecnica necessaria per l'espletamento delle procedure di gara per lavori, servizi e forniture di competenza, fornendo supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nelle fasi di espletamento e aggiudicazione delle relative procedure provvedendo altresì, in fase di attuazione contrattuale, alle complessive attività di gestione dei contratti. Partecipa, inoltre, d'intesa con la Direzione sanitaria, alle attività di indirizzo relative ai progetti di nuove opere di competenza dell'UTV da realizzare presso l'ospedale, al fine di garantire che le stesse siano conformi alle scelte strategiche del PTV nel quadro della programmazione regionale nonché alle norme e linee guida regionali in termini di accreditamento ed esercizio. Svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione di proposte in materia di efficienza energetica delle strutture sanitarie. In coerenza con gli obiettivi formativi dell'Università per i settori di competenza, è sede di svolgimento di attività di didattica e formazione specialistica nell'ambito dei Corsi di Laurea, Laurea magistrale e Dottorato di ricerca dell'area di Ingegneria.
- **Area Funzionale delle professioni sanitarie e sociali:** svolge funzioni di programmazione, gestione, erogazione e governo delle prestazioni assistenziali, ostetriche, tecnico-sanitarie e riabilitative, convogliando al suo interno anche le professioni sociali, al fine di promuovere l'integrazione professionale e conseguentemente migliorare i processi di presa in carico della persona assistita.
 - ✓ Comprende al suo interno la **UOC Direzione Infermieristica**, di profilo e destinazione ospedaliera, dedicata al governo clinico e allo sviluppo professionale del personale infermieristico e ostetrico, alla quale afferisce, a sua volta:
 - ✓ la **UOS Percorsi di Riabilitazione** che, tra l'altro, partecipa alla promozione dei migliori percorsi riabilitativi.

All'Area afferiscono, altresì:

- ✓ la **UOSD Direzione Tecnica**, dedicata al governo clinico e allo sviluppo professionale del personale tecnico
- ✓ la **Unit Comfort ospedaliero e Logistica sanitaria** e che svolge prevalentemente funzioni di coordinamento e controllo di servizi aziendali, nonché di formazione, informazione e orientamento delle persone che abitano e visitano l'ospedale.
- **UOSD Operations management**: coordina la progettazione e la gestione di piattaforme di erogazione dei servizi rivolti a processi assistenziali complessi. L'attività della struttura è guidata dalla misurazione sistematica delle *performance* e finalizzata all'incremento dell'appropriatezza, dell'efficienza e della produttività nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, con l'ulteriore obiettivo di facilitare l'accesso ai percorsi per i professionisti sanitari e, per il loro tramite, all'utenza. Lo svolgimento dell'attività avverrà in stretta correlazione funzionale con le unità di personale in carico alle altre strutture coinvolte nei processi gestiti.
 - ✓ Alla struttura afferisce la **Unit Operations Management Area ambulatoriale** destinata specificamente all'organizzazione gestionale delle strutture ambulatoriali del PTV.
- **UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione**: dedicata a rispondere al bisogno di informazione, orientamento, accessibilità all'offerta assistenziale, anche attraverso la realizzazione di strumenti comunicativi finalizzati all'*empowerment* del cittadino nonché a promuovere l'immagine aziendale. Favorisce la partecipazione dei cittadini intesa sia come valutazione del gradimento dei servizi offerti che come gestione delle segnalazioni e sviluppo di progetti condivisi con le organizzazioni civiche.
- **UOSD Risk Management**: garantisce l'impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio con la funzione di pianificare e supportare le scelte di indirizzo della Direzione aziendale e il coordinamento della loro attuazione. Assicura, inoltre, lo sviluppo, unitamente alla UOC Affari generali, e nell'ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento per responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie.
- **UOSD Sistemi informativi**: conduzione e verifica dei processi/progetti in essere, la gestione delle attività di stesura di capitolati di gara, l'individuazione di criticità presenti e la definizione delle metodologie atte alla gestione delle singole fasi operative interne. Le attività comprendono anche il controllo delle risorse messe a disposizione dalla tecnologia, delle persone che le utilizzano e delle applicazioni utilizzate, con l'obiettivo di automatizzare l'archiviazione, la produzione, l'elaborazione e la distribuzione dei dati aziendali.
- **UOSD Qualità**: si occupa della realizzazione, monitoraggio e implementazione dei *Sistemi di Gestione per la Qualità* aziendali nonché della relativa certificazione.
 - ✓ E' istituita una specifica **Unit** denominata **Qualità giuridica dei percorsi amministrativi e privacy**, che svolge, tra l'altro, attività di impulso, raccordo e coordinamento relativamente all'attuazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
- **UOSD Medicina del lavoro**: svolge l'attività di Medico competente per il Policlinico Tor Vergata e per l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata è, pertanto, impegnata nel raggiungimento dei seguenti obiettivi considerati fondamentali ai fini di una efficace ed efficiente erogazione del Servizio. Tali obiettivi si possono riassumere nei seguenti punti: contribuire alla realizzazione di un adeguato sistema di prevenzione e tutela dei lavoratori; fornire al lavoratore un servizio di tutela della salute efficace ed efficiente; prevenire le malattie professionali e le malattie correlate al lavoro; impedire che malattie dovute a qualsiasi causa possano peggiorare; promuovere la cultura di prevenzione in materia di salute e sicurezza. Inoltre collabora con il Datore di lavoro e con l'U.O.C. Servizio Prevenzione Protezione (SPP) alla valutazione dei rischi; collabora alla attuazione e informazione dei programmi volontari

di “promozione della salute”; programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all’articolo 41 del D. Lgs. n. 81/2008 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati; istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria ed un documento personale sanitario per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza medica; svolge l’attività di sorveglianza sanitaria ai sensi del decreto 81/2008 anche per il personale dell’Università e per gli studenti dell’Università; svolge anche il ruolo di Medico Autorizzato sulla base della normativa vigente (Legge n. 230/95 smi) nei confronti del personale radioesposto sia di classe A che di classe B per la Fondazione Policlinico Tor Vergata e per l’Università degli Studi di Roma Tor Vergata. Tale attività è estesa anche al personale in formazione operante nel Policlinico. Nella UOSD è attivo il servizio ambulatoriale per le patologie occupazionali e per le patologie correlate alle costrittività organizzative. È attivo inoltre un servizio per la promozione della salute negli ambienti di lavoro e l’ambulatorio vaccinale per i lavoratori.

- **Unit Comunicazione e fundraising:** cura i rapporti ufficiali con enti istituzionali italiani ed esteri, con i mezzi di informazione, con le associazioni professionali, con le aziende, per migliorare in modo continuo il posizionamento e la tutela del nome e dell’immagine del Policlinico nella percezione del pubblico di riferimento, coerentemente con gli obiettivi strategici e con le più aggiornate strategie sul fronte della comunicazione pubblica e istituzionale e delle relazioni istituzionali. Sviluppa attività volte alla ricerca e raccolta di fondi per finanziare iniziative del PTV mediante donazioni, contributi offerti da privati nonché attraverso eventi, sponsorizzazioni, investimenti sociali, attività di tipo commerciale, presentazione di progetti.
- **Unit Advocatura interna,** preposta alla trattazione del contenzioso dell’ente.

Art. 22

L’Area amministrativa

1. L’Area amministrativa fa capo al Direttore amministrativo. Le strutture/funzioni direttamente afferenti alla Direzione amministrativa sono le seguenti:
 - **UOC Gestione e sviluppo risorse umane:** esercita le funzioni relative al reclutamento e alla gestione del personale dipendente, convenzionato e universitario strutturato, sia sotto il profilo giuridico che sotto il profilo economico e previdenziale. Promuove le politiche formative attraverso il centro ECM e si occupa degli aspetti collegati ai sistemi premianti adottando gli strumenti per la valorizzazione e lo sviluppo professionale; cura infine le relazioni sindacali con le rappresentanze della dirigenza, dei ruoli non dirigenziali e del personale convenzionato. Supporta la UOC “Risorse economiche e finanziarie” nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché il trasferimento delle informazioni di spesa mensili.
 - ✓ Al suo interno, la **Unit Politiche del personale, benessere organizzativo e relazioni sindacali** assume la responsabilità dei processi trasversali alle diverse competenze coinvolte in materia di personale e relazioni sindacali.
 - **UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori:** è responsabile della elaborazione della proposta di programma biennale degli acquisti dei beni e servizi e del relativo aggiornamento. Ai fini dell’espletamento delle procedure di scelta del contraente finalizzate al soddisfacimento dei fabbisogni del PTV, la UOC si avvale anche delle *expertise* presenti presso le UU.OO. del PTV (UOC Politica del Farmaco, *Unit* Governo tecnologie biomediche, UOC Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio, UOC Servizio prevenzione e protezione, Area delle Professioni sanitarie e sociali, UOC Gestione e sviluppo risorse umane, Area Diagnostica di laboratorio, *etc.*). La UOC gestisce le fasi di espletamento delle procedure di gara, l’attività di verifica dei requisiti in capo agli aggiudicatari, la sottoscrizione dei contratti fino al coordinamento delle attività in capo ai Direttori dell’esecuzione dei

contratti/Direttori lavori (DEC), ivi compresa la liquidazione delle fatture. Cura i rapporti con i soggetti aggregatori; è responsabile degli adempimenti informativi verso altre istituzioni (ANAC, Ministero infrastrutture, etc.). La UOC monitora l'andamento della spesa al fine di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio. Supporta la UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché il trasferimento delle informazioni di spesa mensili.

- ✓ Nell'ambito della UOC è prevista una **UOS Coordinamento esecuzione dei contratti, logistica e gestione risorse economiche**, responsabile del coordinamento delle attività in capo ai DEC e dei rapporti tra questi e i RUP e gli operatori economici ferme restando le rispettive competenze. Coordina e monitora attività e tempistiche di liquidazione delle fatture. Per i contratti di servizi economici, è responsabile dell'acquisizione dei certificati di regolare esecuzione. Effettua verifiche sul raggiungimento degli SLA nei contratti di servizi e forniture. Rileva e trasferisce ai competenti uffici le informazioni necessarie per la definizione della documentazione di gara per i successivi affidamenti. Coordina le attività di logistica di beni sanitari e economici di concerto con le unità operative competenti (Direzione sanitaria, UOC Politica del Farmaco, Unit *Comfort* ospedaliero e logistica sanitaria, etc.). È responsabile della elaborazione della proposta di programmazione delle acquisizioni di beni e servizi economici e della relativa gestione contrattuale. È responsabile della gestione del fondo cassa e della verifica del rispetto del regolamento per gli acquisti mediante cassa economica.
- ✓ E' inoltre prevista una **Unit Acquisizione tecnologie biomediche** responsabile della elaborazione della proposta di programmazione delle acquisizioni delle tecnologie biomediche e dei relativi servizi manutentivi e della relativa progettazione dei documenti di gara. In raccordo, tra gli altri, con la Direzione sanitaria e la Unit "Governo tecnologie biomediche", effettua valutazioni di opportunità tra forniture/service anche con riferimento all'impatto di dispositivi medici consumabili connessi all'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali. Monitora l'andamento della spesa per la manutenzione delle apparecchiature.
- **UOC Risorse economiche e finanziarie:** si occupa della tenuta e aggiornamento costante della contabilità generale, garantendo l'attendibilità e l'adeguatezza dei dati amministrativi, contabili (competenza costi e ricavi) e gestionali che compongono il bilancio di esercizio e i bilanci preventivi, provvedendo altresì all'adempimento dei correlati debiti informativi verso la Regione e le competenti autorità. Cura la programmazione e la gestione dei flussi finanziari. Gestisce i rapporti con la Tesoreria, anche con riguardo al rispetto dei rapporti contrattuali tra Tesoriere e PTV. Provvede a tutti gli adempimenti di carattere fiscale e tributario di propria competenza (dichiarazione dei redditi, dichiarazione annuale IVA, dichiarazioni periodiche, ecc.). Provvede inoltre al monitoraggio mensile dei dati di bilancio attraverso la rendicontazione dei modelli CE..
 - ✓ Nella UOC è altresì prevista la **Unit Governo della qualità dei bilanci** che provvede a garantire, anche attraverso le procedure amministrative, l'acquisizione di informazioni quali-quantitativamente corrette al fine della redazione del documento di bilancio acquisendo le stesse dalle altre UOC.
- **UOC Affari generali:** sovrintende alla gestione amministrativa degli affari legali, assicurativi e del contenzioso, in coordinamento, per quest'ultimi profili, con la istituenda Unit "Avvocatura interna"; istruisce i procedimenti per la stipula delle convenzioni di natura istituzionale con enti terzi e dei contratti di collaborazione esterna con soggetti privati. Sovrintende alla gestione del Protocollo generale unico informatico, dei flussi documentali e dell'Albo pretorio aziendale; cura la pubblicazione degli atti deliberativi e delle determinazioni dirigenziali nonché la segreteria degli organi collegiali. Gestisce le complessive competenze in materia di regolamentazione, contrattualistica e gestione contrattuale degli studi clinici *profit* e *no profit* in coordinamento con la Unit *Trials* clinici.

Supporta la UOC “Risorse economiche e finanziarie” nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché il trasferimento delle informazioni di spesa mensili.

- ✓ Nella UOC è prevista la **Unità Contenzioso da responsabilità professionale sanitaria** che svolge funzione di coordinamento delle diverse competenze amministrative, legali, sanitarie e medico-legali coinvolte nell’attività di gestione del rischio clinico. Coordina le attività del CVS.

Art. 23

L’Area del governo clinico

1. L’Area del governo clinico fa capo al Direttore sanitario. Le strutture di supporto alle funzioni, così come sotto specificate, proprie della Direzione Sanitaria, sono le seguenti:

- **UOC Direzione medica:** Le competenze specifiche della Direzione medica sono gestionali, organizzative, igienico sanitarie, di prevenzione, medico-legali, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni.

La UOC contribuisce, altresì, per la parte di competenza, al processo di accreditamento istituzionale; fornisce le necessarie valutazioni tecnico-sanitarie ed organizzative in ordine alle opere di ristrutturazione e/o ampliamento delle strutture e all’acquisizione di nuove attrezzature e tecnologie; contribuisce alla valutazione dell’inserimento di nuovi farmaci e di nuovi dispositivi medici e al monitoraggio del loro impiego; in tema di aspetti giuridici e medico legali, in coordinamento con i relativi servizi, collabora alle attività correlate al prelievo e al trapianto di organi e tessuti; vigila sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria; risponde, dal momento della consegna all’archivio centrale, della corretta conservazione della documentazione sanitaria; rilascia copia di documentazione sanitaria e certificazioni agli aventi diritto; collabora alla gestione dei sinistri e alla trattazione del contenzioso con l’utenza; vigila costantemente sulla corretta e tempestiva compilazione della documentazione clinica da parte dei responsabili di struttura; vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari; partecipa attivamente alla definizione delle iniziative volte a dare attuazione alle disposizioni/regolamenti in materia di *privacy*; affianca i Direttori di Dipartimento fornendo un supporto metodologico e tecnico nella programmazione, pianificazione e gestione delle attività, nella valutazione e verifica dell’efficacia dei risultati, dell’efficienza e dell’utilizzo delle risorse assegnate, nella individuazione dei processi di miglioramento, nella attuazione dei programmi di governo clinico e nella gestione delle risorse professionali di competenza; gestisce la camera mortuaria dell’ospedale anche con riguardo alle funzioni di obitorio comunale coordinandosi per tale ultimo profilo con la UOSD di Medicina legale; partecipa come supporto al Direttore Sanitario alla negoziazione del *budget* con i singoli Dipartimenti e unità operative.

- ✓ All’interno della UOC di Direzione medica è presente la **Unità Igiene ospedaliera** che avrà il compito di gestire e coordinare un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere (identificazione di eventi sentinella, sensibilizzazione del personale, valutazione ed adozione delle misure di sorveglianza, predisposizione di progetti di miglioramento dell’assistenza); inoltre, collabora, controlla e supervisiona le attività del CCICA e formula linee guida per l’organizzazione del lavoro, relativamente ai possibili sistemi di isolamento da pazienti, collaborando con la UOC Servizio di prevenzione e protezione e con il Medico competente nella predisposizione di piani di sorveglianza delle infezioni ospedaliere occupazionali.
- **UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici:** supporta la Direzione generale nella definizione della politica aziendale del farmaco e dei dispositivi medici al fine di migliorare i processi di efficacia, di efficienza ed economicità e verificare che i comportamenti operativi siano in linea con la programmazione aziendale, orientando la propria struttura verso la integrazione/collaborazione con i professionisti dell’Azienda, dando vita a programmi e

articolazioni organizzative attraverso le quali promuovere le azioni concordate con i vertici aziendali. Partecipa al processo di *budget* per quanto attiene la definizione dei prodotti farmaceutici da impiegarsi in relazione agli obiettivi prestabiliti e la definizione delle risorse economiche da assegnare alle UU.OO. aziendali. Collabora all'analisi dei costi dei fattori produttivi, dei consumi per centro di costo, alle analisi di farmaco economia con particolare riguardo alla spesa relativa ai farmaci in *File F* e ai dispositivi alto spendenti. Supporta i responsabili clinici per quanto riguarda i consumi, l'appropriatezza d'uso e la segnalazione di eventuali scostamenti dal *budget* assegnato. E' responsabile della corretta gestione dei farmaci stupefacenti. Verifica la corretta gestione dei registri di monitoraggio e degli accordi negoziali AIFA, dei flussi *File F* e NSIS. E' responsabile della farmacovigilanza e della dispositivovigilanza. Sono previste, inoltre, in diretta afferenza alla UOC , le seguenti Unit:

- ✓ La **Unit Governo dei dispositivi discipline chirurgiche**, che garantisce l'approvvigionamento dei dispositivi medici specialistici necessari alle diverse branche chirurgiche partecipando alla stesura di capitolati di gara e contribuendo alla valutazione delle richieste di introduzione di nuovi dispositivi nella pratica clinica. Effettua un controllo sulla corretta utilizzazione di tali dispositivi ed un costante monitoraggio sui consumi. Collabora con il processo di governo dell'uso dei dispositivi presso il blocco operatorio sia per quelli in acquisto, sia per quelli gestiti in conto deposito e conto visione. Promuove l'attività di dispositivo vigilanza per l'area di propria competenza.
- ✓ La **Unit Governo dispositivi endovascolari e impiantabili attivi**, che garantisce l'approvvigionamento dei dispositivi medici endovascolari e impiantabili attivi mediante definizione dei fabbisogni, partecipando alla stesura di capitolati di gara e contribuendo alla valutazione delle richieste di introduzione di nuovi dispositivi nella pratica clinica. Effettua un controllo sulla corretta utilizzazione di tali dispositivi ed un costante monitoraggio sui consumi. Assicura la corretta gestione dei dispositivi medici endovascolari e impiantabili attivi mediante la modalità di conto deposito e conto visione. Promuove l'attività di dispositivo vigilanza per l'area di propria competenza.
- ✓ La **Unit Governo dispositivi generici**, che garantisce l'approvvigionamento dei dispositivi medici generici mediante definizione dei fabbisogni, partecipando alla stesura di capitolati di gara e contribuendo alla valutazione delle richieste di introduzione di nuovi dispositivi nella pratica clinica. Effettua un controllo sulla corretta utilizzazione di tali dispositivi ed un costante monitoraggio sui consumi. Sovrintende all'approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione di tali dispositivi da parte del gestore esterno della logistica. Tale *Unit* comprende la gestione di dispositivi generici appartenenti alle diverse aree specialistiche, a completamento dei dispositivi gestiti dalle restanti due *Unit*. Promuove l'attività di dispositivo vigilanza per l'area di propria competenza.

La UOC comprende:

- ✓ una **UOS Farmaci** per la gestione dei medicinali presso il PTV, quali la stesura e l'aggiornamento del prontuario terapeutico aziendale, la definizione dei fabbisogni, la sorveglianza sull'appropriatezza clinica dell'uso dei medicinali, il monitoraggio e la valutazione delle prescrizioni farmaceutiche, la partecipazione alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici, di protocolli e di linee guida. Il suo responsabile è referente dell'attività di farmacovigilanza e assicura il monitoraggio dei consumi e della spesa mediante analisi di farmaco economia. Assicura la distribuzione dei farmaci sia alle UUOO del Policlinico sia ai pazienti in dimissione o ai pazienti cronici affetti da particolari patologie. Collabora con la Direzione di UOC per la definizione e il raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali. Cura la gestione dei farmaci dedicati agli studi clinici e l'attività di assistenza/consulenza tecnico-amministrativo-scientifica ad esse correlata.

- ✓ Afferisce alla UOS la **Unit Farmaci oncologici e innovativi**, che sovrintende al governo di tutti i medicinali oncologici, innovativi ed oncologici innovativi e dei relativi adempimenti previsti dai registri AIFA (finalizzati a garantire non solo l'appropriatezza prescrittiva, ma anche l'applicazione dei termini fissati negli accordi negoziali sottoscritti tra AIFA e ditte farmaceutiche) e dai Piani terapeutici regionali. Inoltre, il governo di tali medicinali comporta un lavoro multidisciplinare e continui momenti di scambio con il personale sanitario delle UU.OO., sia per quanto riguarda il momento della presa in carico dei pazienti, sia per i successivi momenti di prescrizione ed erogazione del farmaco, studiando i percorsi più opportuni che consentano il miglior accesso alle cure.
- ✓ **UOSD Medicina legale**: svolge attività di consulenza medico-legale, in stretta sinergia con la Direzione aziendale, gli affari legali e la funzione della gestione del rischio clinico; consente la migliore gestione del contenzioso attraverso una efficace e tempestiva azione di inquadramento ed orientamento dei sinistri che si palesa attraverso lo stretto rapporto con le Unità operative per la corretta e completa compilazione della documentazione sanitaria di riferimento, sulla quale si costituisce la prova della qualità della prestazione assistenziale; la predisposizione degli atti tecnici medico-legali difensivi, indispensabili nella gestione dei sinistri nelle fasi di mediazione conciliativa, trattativa stragiudiziale ed eventuale contenzioso giudiziale; l'attività di controllo e partecipazione nell'inquadramento tecnico dei sinistri sotto gestione dell'assicuratore civile (sopra franchigia); gli accertamenti clinici sulle controparti ai fini del corretto inquadramento del nesso causale fra prestazione sanitaria e danno, nonché del danno risarcibile; la partecipazione in veste di consulente tecnico, a tutela delle posizioni aziendali, a perizie e consulenze disposte dalla autorità giudiziaria, nonché alla eventuale fase dibattimentale (ove prevista); l'*audit* interno alle unità operative per la discussione delle criticità emergenti dai sinistri in valutazione, proposta di loro risoluzione in sintonia con la funzione della gestione del rischio clinico; la rivalutazione periodica dei moduli di consenso informato in relazione alla evoluzione delle strategie assistenziali; la formazione dedicata del personale sanitario attraverso aggiornamenti periodici (anche in forma di *news letters*) sulla evoluzione della giurisprudenza e della dottrina giuridica e medico legale in materia di responsabilità sanitaria. Partecipa a tutte le attività ospedaliere in cui è prevista la presenza del medico legale.
- ✓ **UOSD ALPI**: è la struttura del PTV a cui sono demandate le procedure di regolamentazione, organizzazione sanitaria ed amministrativo-contabile riguardanti l'espletamento dell'attività libero professionale *intramoenia*, in tutte le fattispecie e modalità di erogazione previste dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari, ivi compresa la gestione delle convenzioni per lo svolgimento di attività in regime libero professionale in favore di enti terzi nonché della attività intramuraria presso strutture esterne;
- ✓ **UOSD Governo dell'appropriatezza flussi informativi e cartelle cliniche**: si occupa della gestione dei flussi sanitari e coordina aspetti strettamente sanitari con aspetti gestionali e amministrativi identificando *alert* specifici per i percorsi sanitari che non dovessero risultare appropriati. Inoltre, elabora statistiche dei dati raccolti e di produzione, per il suo ambito di competenza, genera degli indicatori sanitari di interesse per l'ente, in particolare: indicatori per la gestione, indicatori per la programmazione, indicatori per la sorveglianza.
- ✓ **Unit Governo tecnologie biomediche**: è responsabile della complessiva gestione delle apparecchiature biomedicali del PTV. Implementa ed aggiorna l'inventario fisico delle apparecchiature, attraverso il quale effettua attività di monitoraggio sullo stato di obsolescenza delle stesse e propone alla Direzione sanitaria interventi di rinnovo tecnologico. Propone interventi finalizzati a mantenere il parco apparecchiature coerente con le attività assistenziali del PTV e con la normativa vigente. Gestisce i servizi di manutenzione, assistenza tecnica, verifica e collaudo delle apparecchiature, con l'obiettivo di garantire la

continuità delle prestazioni assistenziali dei reparti e servizi assistenziali, assicurando tempi di risposta idonei al livello di criticità del reparto/servizio.

- ✓ **Unit Trials clinici:** svolge la funzione di coordinamento in area sanitaria con riguardo alla tempestiva definizione ed esecuzione degli studi clinici presso il PTV. In particolare, costituisce, in materia di studi clinici *profit* e *no profit*, un interfaccia tecnico della UOC Affari generali, cui è riservata la competenza amministrativo-contabile in ambito contrattuale, per la verifica e la valutazione, anche tramite iniziative di aggregazione multidisciplinare, relativamente alla complessiva fattibilità di detti studi o, comunque, di iniziative di ricerca assimilabili, in adeguato e tempestivo raccordo con i promotori e con gli sperimentatori, anche al fine di garantire la congruità dei finanziamenti derivanti dallo sponsor e, se trattasi di studi no-profit, della stima dei costi diretti ed indiretti agli stessi correlati. Sovrintende e monitora lo svolgimento degli studi clinici nel rispetto dei relativi protocolli e, in tale quadro, supporta la UOC Affari generali in sede di corretta imputazione dei costi diretti ed indiretti afferenti detti studi e di ripartizione delle competenze economiche verso il personale interessato. Definisce e gestisce, in raccordo con i DAI, adeguate procedure finalizzate alla verifica ed allo stimolo del rispetto delle scadenze degli studi ed alla acquisizione delle scadenze dei pagamenti.

Art. 24

Rinvio all'Organigramma e al Funzionigramma

1. Le strutture e le relative *Unit* in cui si articola la Direzione aziendale (generale, amministrativa e sanitaria), di cui al presente Capo, così come definite agli articoli 21, 22 e 23, sono, altresì, riportate, per la parte che rileva, nell'**organigramma di cui all'allegato n. 4** che ne individua la tipologia di incarico, indicando le strutture e le *Unit* a responsabilità universitaria e quelle a responsabilità ospedaliera.
2. Ferma restando la declaratoria delle rispettive competenze così come definite agli articoli 21, 22 e 23, le specifiche funzioni e le attività afferenti le strutture e le *unit* della Direzione aziendale di cui al presente Capo sono altresì descritte nel dettaglio, anche agli effetti della individuazione dei poteri delegati o direttamente attribuiti al dirigente, nel **funzionigramma di cui al citato allegato 3**, fatto salvo che, in prospettiva, come già riportato al comma 8 dell'articolo 16, le implementazioni/modifiche di detto funzionigramma saranno adottate nel tempo, nel rispetto delle suddette declaratorie, tramite atto deliberativo del Direttore generale, pubblicato all'Albo pretorio e mantenuto in pubblicazione, unitamente al presente Atto, sul sito *web* istituzionale del PTV nonché nella sezione "*Amministrazione trasparente*".
3. Nel funzionigramma sono altresì individuate le seguenti figure:
 - il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili;
 - il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
 - il Coordinatore aziendale per la donazione organi e tessuti di cui all'art. 12 della L. n. 91/1999.

fatta salva la possibilità di individuare, con le modalità di cui all'ultima parte del comma 2, ulteriori specifiche figure, distintamente previste dalla disciplina normativa, statale e/o regionale.

Capo III

L'organizzazione sanitaria

Art. 25

Il Dipartimento ad Attività Integrata (DAI)

1. La sede elettiva, ove si realizza a pieno l'integrazione tra le tre attività istituzionali - assistenza, didattica e ricerca scientifica - conformemente ai principi stabiliti dal D. Lgs. n. 517/1999 e s.m.i., è costituita dai *Dipartimenti ad attività integrata* (DAI) che, nell'area clinica, rappresentano il modello

dipartimentale di riferimento per l'organizzazione e gestione del PTV, coerentemente con le previsioni di cui all'articolo 8 del Protocollo d'Intesa Regione/Università.

2. L'organizzazione delle attività assistenziali in forma dipartimentale, integrata con le funzioni didattiche e di ricerca, risponde alle seguenti finalità, nel rispetto delle previsioni di cui al comma 2 dell'articolo 8 del Protocollo d'intesa Regione/Università:

- a) fornire al cittadino percorsi assistenziali coordinati per la gestione dei profili diagnostici, terapeutici, riabilitativi integrati all'interno della rete sanitaria regionale;
- b) garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
- c) assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- d) favorire una formazione di alta qualità ed una ricerca biomedica e sanitaria che migliori la stessa qualità assistenziale;
- e) consentire la partecipazione delle funzioni direzionali delle strutture organizzative aziendali alle procedure di governo clinico e di governo budgetario applicate dal PTV sulla base della normativa regionale vigente;
- f) assicurare l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse.

3. Il DAI è costituito dall'aggregazione di articolazioni organizzative e di natura funzionale ed è elemento di riferimento per l'attribuzione delle responsabilità e per l'allocazione, gestione e utilizzazione delle risorse di personale, strumentali e logistiche destinate a realizzare l'attività assistenziale a favore dei pazienti, in modo integrato con le attività didattiche e di ricerca, ai fini del conseguimento degli obiettivi istituzionali del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università.

Ogni DAI deve contenere al proprio interno almeno quattro UOC e due UOSD.

4. Il DAI è la struttura di responsabilità, di funzioni e di attività alla cui realizzazione concorrono tutte le competenze e le professionalità mediche, sanitarie, tecniche e amministrative che operano in modo integrato a livello clinico, didattico e scientifico, secondo criteri e regole che devono consentire di contemperare:

- autonomia e interdipendenza;
- dovere di tendere costantemente all'eccellenza e dovere di assolvere contestualmente all'impegno richiesto dallo sviluppo delle pratiche correnti;
- obbligo della salvaguardia dei pazienti e necessità di sicurezza, tutela e soddisfazione del personale;
- coerenza con la *mission* universitaria tesa allo sviluppo ed al trasferimento delle conoscenze nel campo medico e sanitario e realizzazione dell'obiettivo di tutela della salute proprio della funzione da espletare nel Servizio Sanitario pubblico;
- equilibrio tra i processi d'innovazione clinico-assistenziale e organizzativa da realizzare in ambito dipartimentale e sostenibilità economico-finanziaria dei medesimi;
- concreta attuazione delle politiche aziendali di gestione e conseguimento dei risultati sul piano clinico-assistenziale, didattico e scientifico;
- messa a punto, organizzazione e realizzazione di percorsi assistenziali caratterizzati da efficacia, appropriatezza, sicurezza, tempestività, accessibilità, continuità e coordinamento delle procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative coerenti con i processi formativi di qualità elevata e attività scientifiche di eccellenza.

5. In coerenza con le previsioni di cui all'art. 3 c.5 del D.Lgs.517/99, i DAI sono organizzati come *centri unitari di responsabilità e di costo* in modo da garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie agli stessi assegnate da parte del SSR e di risorse strutturali ed umane assegnate da parte dell'Università, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento fra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa, in attuazione delle previsioni contenute nell'art. 8 co. 9 del Protocollo d'intesa Regione/Università.

6. I DAI sono individuati nel presente Atto dal Direttore generale, previa intesa con il Rettore dell'Università, 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.

7. Al riguardo, il *principio guida* per la definizione della composizione dei DAI nel PTV tende al superamento del mero elemento di aggregazione disciplinare e specialistica e, fermo restando l'obiettivo primario di coniugare, in via complementare, le competenze istituzionali del SSR e dell'Università, prende in considerazione metodologie diverse e innovative quali:

- aggregazione in settori omogenei sotto il profilo nosologico delle *patologie trattate*
- assemblaggio e coordinamento dei *percorsi integrati di cura*
- garanzia di livelli omogenei di *intensità di cura* in base alle esigenze assistenziali
- razionalizzazione dei *percorsi di cura*
- raggruppamento per *organi e apparati*
- razionalizzazione e centralizzazione delle *aree dei servizi*

Art. 26

Gli organismi dei DAI

1. Gli organismi del DAI sono il Direttore ed il Comitato.

2. 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.

3. La durata e le modalità di funzionamento degli organismi del DAI, nonché le modalità elettive di componenti di tali organismi sono disciplinati dal PTV con apposito regolamento, da adottarsi entro 60 giorni dall'adozione del presente atto, da parte del Consiglio di amministrazione, su proposta del Direttore generale, tenuto conto della specifica tipologia organizzativa del DAI e dei principi sottesi alla sua istituzione, coerentemente con quanto previsto dal comma 12 dell'art. 8 del Protocollo d'intesa.

Art. 27

Il Direttore del DAI

1. 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 successivo Titolo III, in particolare dall'articolo 40 cui si fa rinvio.

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

3. 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.

4. In coerenza con le politiche gestionali ed i principi di *governance* del PTV, il Direttore del DAI esercita le seguenti attività connesse all'incarico rivestito:

- è responsabile unico dell'organizzazione e della gestione del Dipartimento e del raggiungimento degli obiettivi operativi, organizzativi, economici allo stesso assegnati e delle risorse in dotazione ai predetti fini;
- elabora proposte per la Direzione aziendale in ordine agli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato del DAI;
- coordina ogni azione tesa ad assicurare che le strutture dipartimentali operino mediante programmi, progetti di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- partecipa alle negoziazioni di *budget* poste in essere dalla Direzione aziendale e verifica la rispondenza dei risultati agli obiettivi assegnati al DAI;
- garantisce criteri di omogeneità e appropriatezza a tutte le procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e preventive poste in essere all'interno del DAI, in coerenza con i principi ed indirizzi del governo clinico aziendale;
- 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, con le modalità e le caratteristiche già definite dall'articolo 17 del presente Atto in tema di autonomia decisionale e finanziaria correlata all'esercizio di detta delega;
- convoca, con la periodicità stabilita nel regolamento di cui all'art. 26 co. 3, il Comitato del DAI.

Art. 28

Il Comitato del DAI

1. Il Comitato del DAI, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 17-bis del D. Lgs. n. 502/1992 e del DCA n. 259/2014 (Linee guida regionali per la predisposizione degli atti aziendali), è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica, il cui funzionamento e le cui modalità di composizione sono disciplinati nel regolamento di cui al precedente art. 26 co. 3.

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

- a) i Direttori delle unità operative complesse (UOC);
- b) i Responsabili delle unità operative semplici dipartimentali (UOSD);
- c) i Titolari di Programma A;
- d) i Titolari di funzioni di coordinamento dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria e della riabilitazione sanitaria afferenti al DAI, nel numero massimo di due.

Ai membri di diritto si aggiunge la seguente categoria elettiva:

- e) i dirigenti medici e sanitari nonché il personale 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.

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

3. La componente elettiva del Comitato DAI deve comunque garantire il rispetto della proporzionalità tra le figure universitarie e del SSR, come previsto dall'art.8, comma 5 del Protocollo d'intesa Regione-Università.

4. Il Comitato del DAI si riunisce con cadenza periodica almeno trimestrale, ed esprime parere obbligatorio sulle seguenti materie:

- verifica della rispondenza dei risultati conseguiti agli obiettivi assegnati al DAI (con periodicità almeno trimestrale) ed individuazione di ogni eventuale azione correttiva tesa a migliorare gli standard raggiunti e/o ad ottimizzare e razionalizzare l'utilizzo delle risorse;

- elaborazione della proposta degli obiettivi di *budget* che vengono negoziati dal Direttore del DAI con la Direzione aziendale;
- acquisizione, utilizzo e allocazione delle risorse umane, tecnologiche, strumentali delle Unità operative e funzionali che compongono il DAI;
- elaborazione di proposte sulle modalità organizzative interne al DAI e sui percorsi terapeutici e di diagnosi e cura sviluppati all'interno dello stesso, nonché sull'appropriatezza delle procedure;
- assunzione all'interno del DAI di nuovi percorsi assistenziali e nuovi ambiti di competenza clinica e/o organizzativa.
- elaborazione delle richieste alla Direzione aziendale in materia di investimenti, con particolare riguardo alle tecnologie.

Art. 29

I rapporti tra il DAI e i Dipartimenti Universitari (DU)

1. Il Protocollo d'intesa Regione/Università, espressamente nell'art.8 comma 3, individua nel *coordinamento* da realizzare tra il DAI e il DU (o i DD.UU.) di riferimento lo strumento atto a dare attuazione all'obiettivo istituzionale di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca mediante una composizione coerente di tutte le attività, volta a garantire piena coesione fra le prestazioni assistenziali, diagnostiche e terapeutiche e l'attività didattico-scientifica, ed a coniugare, in via di complementarietà, le competenze istituzionali dell'Università e del Servizio Sanitario Regionale.
2. Non potendosi profilare una totale sovrapposizione tra le discipline specialistiche e le unità funzionali che confluiscono nel DAI e gli insegnamenti di cui sono titolari e/o affidatari i docenti e ricercatori che afferiscono al DU, anche per effetto di una diversa tempistica di costituzione delle due tipologie dipartimentali, applicativa di distinte fonti normative che disciplinano i rispettivi ordinamenti e rispondente, altresì, ad esigenze, logiche organizzative e vincoli propri di ciascuna istituzione (PTV e Università), il principio del *coordinamento* tra il DAI e il DU va ricercato e realizzato in una coerente composizione tra obiettivi, responsabilità e funzioni del DAI e obiettivi, responsabilità e funzioni dei DD.UU.
3. Il *coordinamento* e l'*integrazione* tra DAI e DU si sostanzia, quindi, a livello procedimentale, nella individuazione e nello sviluppo di iniziative progettuali congiunte in tema di attività didattico-formative e di ricerca scientifica, clinica e traslazionale, volte a realizzare i rispettivi scopi istituzionali, con comunanza di intenti e di risorse.
4. Le linee progettuali da sviluppare congiuntamente tra DAI e DU di riferimento si attuano con le seguenti modalità:
 - progettazione di eventi e cicli formativi di interesse comune rivolti a studenti, medici o sanitari in formazione specialistica, dottorandi e operatori della Sanità in genere;
 - formulazione di progetti di ricerca clinica e traslazionale che perseguano obiettivi scientifici comuni;
 - superamento di ogni fattore di criticità derivante dai rispettivi ordinamenti, evitando l'insorgenza di conflitti di competenza o d'interesse;
 - definizione congiunta e concordata di un *iter procedurale* per ogni tipologia di iniziativa da realizzare, che può essere sostituito da regolamenti- tipo da adottare per materie omogenee;
 - identificazione e distinzione delle risorse umane, strumentali, di materiali, di spazi, di *know how* ed economiche che il DAI e il DU mettono a disposizione per i singoli progetti/iniziative da sviluppare;
 - identificazione e valorizzazione dei costi di ciascuna parte nonché piano di riparto degli eventuali finanziamenti esterni, da parte di terzi, dedicati alle diverse iniziative.
5. In attuazione di quanto previsto dall'art. 8, comma 9 del Protocollo d'intesa Regione/Università, è competenza della Direzione aziendale del PTV garantire la completa

distinzione tra le risorse impegnate per l'assistenza con i relativi costi, da attribuire allo stesso PTV, e le risorse utilizzate per la didattica e la ricerca e i conseguenti costi da attribuire all'Università.

Art. 30

L'Area Funzionale

1. L'Area funzionale è costituita nei casi in cui, senza che vi siano le condizioni per l'istituzione di un Dipartimento, occorra rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi e processi assistenziali o gestionali comuni, che si sviluppano a livello anche interdipartimentale.
2. Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, l'Area funzionale è incardinata all'interno del DAI e deve contenere al proprio interno almeno 4 articolazioni tra UOC/UOS/UOSD/*Unit*.
3. L'incarico di direzione dell'Area funzionale può dar luogo ad una differente graduazione della funzione dirigenziale, ma non al diritto di percepire la maggiorazione prevista per la direzione di Dipartimento.
4. L'incarico di Responsabile di Area funzionale è attribuito a uno dei Direttori delle UU.OO.CC. comprese nell'Area funzionale interessata, come disciplinato nel successivo Titolo III, in particolare dall'articolo 41 cui si fa rinvio.
5. 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, il Responsabile di Area funzionale clinica assume, altresì, in sede di conferimento del relativo incarico, 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 l'Area funzionale, con le modalità e le caratteristiche già definite dall'articolo 17 del presente Atto in tema di autonomia decisionale e finanziaria correlata all'esercizio di detta delega.

Art. 31

Le articolazioni strutturali interne al DAI

1. L'organizzazione dipartimentale ad attività integrata del Policlinico Tor Vergata si fonda su tipologie corrispondenti alle articolazioni strutturali di cui al presente articolo che si distinguono in strutture a responsabilità universitaria e strutture a responsabilità ospedaliera.

I relativi incarichi sono attribuiti secondo quanto disciplinato nel successivo Titolo III, in particolare dagli articoli 42 e 43 cui si fa rinvio.

Le unità operative sono individuate in base a criteri di:

1. valenza strategica, definita dal livello di interfaccia con istituzioni o organismi esterni all'ente, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle problematiche trattate, dal livello di intersectorialità; dal contributo al raggiungimento dei risultati di salute di cui agli indicatori di monitoraggio esterni (DM 70/2015 e DM 21 giugno 2016, Piano Nazionale Esiti, griglia LEA);
2. complessità organizzativa, definita dalla numerosità e dalla eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dal valore della produzione.

Le unità operative sono classificate in:

1. strutture organizzative complesse (UOC)
2. strutture organizzative semplici dipartimentali (UOSD).
3. strutture organizzative semplici articolazioni di UOC (UOS).

Unità operativa complessa (UOC)

L'Unità operativa complessa (UOC) è l'articolazione più importante del Dipartimento, ha significativa dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, è dotata di responsabilità di *budget* ed opera per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

La denominazione deve riferirsi di norma alle discipline di cui al DM 70/2015.

L'Unità operativa complessa, cui attribuire la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, si caratterizza in particolare per:

- la rilevanza strategica e complessità delle attività svolte rispetto alla gestione complessiva;
- gestione dei processi e percorsi di elevata professionalità con integrazioni intersettoriali e interdisciplinari per i quali vi sono risorse dedicate;
- valorizzazione dell'attività di degenza e di specialistica ambulatoriale che giustifichi l'istituzione di una struttura complessa;
- articolazione organizzativa interna in strutture semplici e/o incarichi, adeguata dotazione di personale medico e/o laureato non medico che giustifichi l'attività di direzione;
- assegnazione di rilevanti risorse dedicate;
- essenzialità ai fini dell'attività didattica e di ricerca.

L'Unità operativa complessa afferisce a un Dipartimento, ferme restando le necessarie interconnessioni funzionali con le attività svolte presso altri Dipartimenti, implicanti, tra l'altro, la condivisione di percorsi, di risorse umane e di risorse strumentali.

Unità operativa semplice dipartimentale (UOSD)

L'Unità operativa semplice dipartimentale (UOSD) è un'articolazione dipartimentale caratterizzata da un'adeguata dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, è dotata di responsabilità di *budget* ed opera per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono caratterizzate:

- autonomia organizzativa, gestionale ed attribuzione di significative risorse umane, tecniche e finanziarie necessarie allo svolgimento di attività con elevata specificità tecniche che comportano l'integrazione con le altre strutture complesse comprese nel Dipartimento;
- esercizio di attività riferibili ad un particolare fenomeno o processo del dipartimento di afferenza;
- erogazione di innovative metodologie di assistenza;
- da rapporti gerarchici diretti con il Direttore di Dipartimento o con il responsabile dell'Area funzionale o con la Direzione, *etc.*
- utilizzo di tecnologie e strumentazioni significativa innovative a valenza dipartimentale;
- essenzialità ai fini della ricerca e didattica.

L'Unità operativa semplice dipartimentale è riferita al Dipartimento, o all'Area funzionale, ferme restando le necessarie interconnessioni funzionali con le attività svolte presso altri Dipartimenti, implicanti, tra l'altro, la condivisione di percorsi, di risorse umane e di risorse strumentali.

Unità operativa semplice (UOS)

La Unità operativa semplice (UOS) è articolazione interna della Unità operativa complessa alla quale 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 articolazione interna di una UOC 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.

Le strutture semplici si giustificano in presenza delle seguenti condizioni:

- adeguata dotazione di personale;
- l'articolazione in strutture semplici della struttura complessa non può saturare il perimetro tecnico professionale di quest'ultima;
- ambiti di attività richiedenti autonomia organizzativa;
- dispongono di autonomia organizzativa nell'ambito dei macro-obiettivi;
- dipendono gerarchicamente dal responsabile della struttura complessa di riferimento.

Il personale afferente alla struttura semplice articolazione della UOC partecipa all'ordinaria attività della UOC di riferimento secondo le indicazioni del Direttore della UOC.

Art. 32 I Programmi

1. I Programmi, come già riportato all'articolo 19, sono incarichi dirigenziali specificamente previsti dalla legislazione universitaria, diversi dagli incarichi di struttura e dagli incarichi meramente professionali, caratterizzati dal fatto di essere "*finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale*".
2. I Programmi possono organizzare/coordinare attività afferenti ad un solo DAI, (programma *infra* dipartimentale) oppure - a seconda della natura del progetto - a più DAI (programma interdipartimentale).
3. Sono diversificabili e graduabili in ragione della "complessità" e rilevanza (in termini di valenza strategica e/o implicazioni delle strutture coinvolte e/o eventuali *budget* conferiti) e, in quanto tali, sono "assimilati" "a tutti gli effetti", rispettivamente, a "incarichi di struttura complessa" (Programma A), da destinare obbligatoriamente, in mancanza di strutture semplici o complesse, ai professori di prima fascia, oppure a "incarichi di struttura semplice" (Programma B), da destinare discrezionalmente ai professori di seconda fascia in mancanza, parimenti, di strutture semplici o complesse.
4. La titolarità dei Programmi è attribuita secondo quanto disciplinato nel successivo Titolo III, in particolare dall'art. 44 cui si fa rinvio.

Art.33 Le responsabilità professionali di natura funzionale

1. Come già accennato all'art. 20, l'organizzazione del Policlinico Tor Vergata prevede, nell'ambito delle articolazioni strutturali interne al DAI di cui all'art. 31, l'esercizio di responsabilità professionali di natura funzionale riferibili alle tipologie di cui al presente articolo, attribuite secondo quanto disciplinato nel successivo Titolo III, in particolare dagli articoli 45 e 46 cui si fa rinvio.
2. Le responsabilità professionali di natura funzionale, descritte nel presente articolo, saranno individuate dal Direttore generale successivamente al presente Atto su proposta del direttore/responsabile di struttura, fatta eccezione per le *Unit* che, in considerazione dell'elevata valenza strategico-organizzativa, sono individuate nell'organigramma richiamato al successivo art. 38, che distingue le *Unit* a responsabilità universitaria da quelle a responsabilità ospedaliera. Con appositi successivi regolamenti saranno definiti analiticamente i processi e le funzioni sviluppati nell'ambito di ciascuna *Unit*.
3. Tra le responsabilità professionali di natura funzionale rientrano gli incarichi professionali che possono essere affidati a personale universitario docente o ricercatore nonché a personale dirigente, in area medico-sanitaria ovvero in area tecnico-professionale-amministrativa, e che si distinguono in tre tipologie:
 - 3.1. *Unit*
E' un'entità funzionale multidisciplinare attribuita nel contesto di una specifica struttura, che, partendo da risorse già disponibili presso altre strutture, riunisce e coordina le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso inerenti un unico processo trasversale a più strutture.

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, ciascuna *Unit* afferisce alla UOC/UOSD/UOS in cui si attua in prevalenza l'attività alla quale la *Unit* è dedicata, ovvero direttamente all'Area funzionale/DAI.

Le *Unit* sono costituite da professionisti, anche afferenti a strutture diverse, organizzati in *equipe* multidisciplinari, che condividono protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida all'avanguardia e aggiornate, basate sul percorso assistenziale del paziente.

Le *Unit* sono un modello di attività caratterizzato da una elevata specializzazione e da forte connotazione tecnico-professionale non altrimenti rinvenibile in una U.O., alla quale non si sostituiscono ma della quale surrogano le competenze richieste a diversi ambiti disciplinari.

3.2 Incarico di Alta Specialità

E' una funzione professionale attribuita, nel contesto di una specifica struttura (DAI/Area funzionale/UOC/UOSD/UOS), quale riconoscimento delle particolari entità di attività assistenziali specialistiche svolte a favore dei pazienti, in "*presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali – quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento*".

3.3 Incarichi professionali di base

Sono funzioni professionali specifiche attribuite, nel contesto di una specifica struttura (DAI/Area funzionale/UOC/UOSD/UOS), nel caso in cui non sia possibile l'attribuzione di altro incarico.

4. Come già riportato nell'art. 20, possono altresì essere previsti compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale, responsabilità di branca e responsabilità interdisciplinare, da affidare al personale convenzionato medico-sanitario, finalizzati all'organizzazione e/o al coordinamento funzionale di particolari attività riferite ad una specifica branca specialistica ambulatoriale ovvero interdisciplinari, secondo le esigenze organizzative aziendali.

Art. 34.

L'utilizzo delle risorse umane afferenti alle UOC e alle UOSD sanitarie e cliniche

1. Al fine di garantire l'attuazione dell'attività assistenziale attraverso un impiego a matrice del personale che privilegi l'attenzione organizzativa ai processi rispetto ai tradizionali perimetri costituiti dalle specifiche strutture di afferenza, il personale assegnato all'unità operativa, che collabora in via prioritaria allo svolgimento dell'attività di detta unità di afferenza, deve collaborare con altre UU.OO./Dipartimenti, anche diversi da quello di afferenza, sulla base di accordi operativi intra/interdipartimentali supervisionati dalla Direzione sanitaria, nel rispetto dei seguenti criteri:

- svolgimento di turni di guardia e reperibilità riferiti alla medesima area disciplinare o affine ovvero alla necessità di presenza multidisciplinare all'interno dello stesso dipartimento o tra più dipartimenti (privilegiando, pertanto, turni di guardia e reperibilità interdivisionali e interdipartimentali);
- necessità di assicurare, comunque, la presenza di figure appartenenti a una specifica disciplina il cui impiego si rende necessario per il funzionamento integrato di altre attività (a titolo di esempio: professionisti di cardiologia e di radiologia per consentire il corretto funzionamento delle complessive attività della UOC Medicina nucleare);
- necessità, nell'ambito della stessa disciplina, di supportare l'organico di unità operative diverse da quella di afferenza, sulla base dei bisogni organizzativi individuati dal PTV (es.: radiologia, anestesia, specialistiche presenti nei turni ordinari di Pronto Soccorso, etc.).

2. In tutti questi casi, il personale, strutturalmente collocato presso l'Unità operativa di stabile afferenza, risponderà *funzionalmente* alla Unità operativa alla quale l'attività viene *pro-tempore* dedicata, con, altresì, l'eventuale definizione di opportune modalità di ribaltamenti dei costi all'interno degli accordi operativi intra/interdipartimentali di cui al comma 1.

3. Con particolare riguardo alle modalità di utilizzo del personale inserito nei percorsi coordinati dalle *Unit*, saranno redatti appositi specifici regolamenti che riporteranno, tra l'altro, detti criteri di definizione delle opportune modalità di ribaltamenti dei costi.

4. Le risorse infermieristiche, tecniche ed amministrative sono distribuite coerentemente con gli obiettivi assistenziali del PTV e con la produttività dei servizi.

Art. 35

L'utilizzo delle attrezzature elettromedicali

1. Tutte le attrezzature elettromedicali, comprese quelle oggetto di donazione, ovvero acquistate con finanziamenti oggetto di contributo liberale finalizzato o con fondi esitati da sperimentazioni cliniche sono di proprietà aziendale e devono essere utilizzate, in maniera indivisa, a prescindere dall'assegnazione al centro di responsabilità/costo che individua esclusivamente la prevalenza di utilizzo.

2. Quanto sopra risponde alla logica, più generale, della creazione di una piattaforma di erogazione di tecnologie, utilizzate sulla base delle necessità aziendali e dei percorsi assistenziali stabiliti dal Policlinico, con priorità stabilite dalla programmazione aziendale, finalizzata alla complessità e alla saturazione temporale nell'utilizzo delle stesse.

3. Ciascun utilizzatore, comunque responsabile del corretto utilizzo delle attrezzature elettromedicali, dovrà partecipare ad eventuali eventi formativi specificamente dedicati alla esplicitazione e condivisione della linea organizzativa richiamata al comma 2.

Art. 36

I blocchi operatori

1. I blocchi operatori del PTV sono gestiti, attraverso un organismo dedicato (Cabina di regia), con i seguenti obiettivi:

- programmare gli interventi chirurgici con anticipo sufficiente a consentire la verifica preliminare della disponibilità delle risorse e dell'appropriatezza degli interventi, nonché l'assemblaggio degli stessi finalizzato a contenere gli imprevisti durante la giornata operatoria;
- razionalizzare i percorsi dei pazienti raccordando e sincronizzando le attività dei blocchi con quelle dei servizi e dei reparti attivi nelle fasi *pre/peri/post* operatorie;
- ottimizzare i tempi di occupazione delle sale operatorie;
- modulare l'assegnazione delle sedute operatorie alle UOC e UOSD chirurgiche coerentemente con la produttività delle stesse e con gli obiettivi assistenziali del PTV;
- garantire l'utilizzo appropriato degli spazi e dei percorsi riservati alle urgenze chirurgiche;
- monitorare numeri, tipologia e tempi delle prestazioni e delle attività attraverso un sistema informatico che consenta l'elaborazione di statistiche in grado di indirizzare le scelte.

Art. 37

Gli ambulatori

1. Gli ambulatori medici e chirurgici del PTV sono gestiti con l'obiettivo del pieno utilizzo delle risorse in termini di spazi e tecnologie e massimizzando l'estensione degli orari di apertura al fine di ampliare il servizio verso la cittadinanza.

2. Il numero e la tipologia delle prestazioni erogate sono monitorate attraverso strumenti informatici dedicati.

Articolo 38

Definizione delle strutture dell'organizzazione assistenziale del PTV

1. Ai sensi di tutto quanto sopra riportato, nel PTV sono costituiti i Dipartimenti ad attività integrata, unitamente alle articolazioni strutturali e funzionali che li compongono, così come distintamente riportati, per la parte che rileva, nell'allegato organigramma (allegato n. 4), che

individua le strutture, nonché le *Unit*, a responsabilità universitaria e quelle a responsabilità ospedaliera e che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Atto.

2. Tale complessa ridefinizione organizzativa è l'esito dell'applicazione delle indicazioni contenute nelle linee guida regionali circa la necessità di una complessiva riduzione delle UOC e delle UOSD/UOS della Regione: in tal senso il predetto assetto organizzativo del Policlinico Tor Vergata prevede una forte riduzione del numero di tali strutture, che scendono dalle attuali 63 UOC e 82 UOSD/UOS a sole 43 UOC e 54 UOSD/UOS, fermo restando altresì che, nell'arco di validità del Protocollo d'intesa, sarà valutato quanto previsto dall'art. 9 co. 5 dello stesso Protocollo al fine di pervenire al numero delle UOC come previsto dalla normativa.

Si prevede altresì, in prospettiva, una rimodulazione degli assetti a seguito della messa a regime dell'area funzionale Materno-Infantile da attivare (come programmato nell'ultima scheda dell'organigramma) in esito al consolidamento, anche tramite ulteriori accordi con la Regione, delle risorse, della logistica interna e dello stesso numero di posti letto specificamente destinati alla "ostetricia" e rivolta ad organizzare autonomamente la futura nuova UOC di Ostetricia-Ginecologia - derivante dalla implementazione dell'attuale UOC di Ginecologia afferente presso il DAI di Scienze Chirurgiche - unitamente alle ulteriori strutture assistenziali di profilo pediatrico, già previste nell'organigramma e attualmente ricondotte ad altri Dipartimenti.

3. Tale complessa ridefinizione organizzativa rappresenta, al contempo, la massima riduzione sostenibile per una struttura di rilevante complessità organizzativa come quella del PTV, nella sua triplice veste di *Ospedale di alta specializzazione*, di *Ospedale di ricerca* e di *Ospedale di insegnamento*, come già ampiamente declinato nel Titolo I del presente Atto, specie tenendo conto:

- a) per quanto riguarda il primo aspetto di profilo assistenziale, della qualificazione del PTV come *Hub/Spoke* alle principali Reti regionali e della previsione contenuta nei piani operativi 2016-2018 circa il prospettato riconoscimento del PTV quale DEA di II livello nonché, più in generale, delle eccellenze assistenziali presenti nello stesso PTV;
- b) per quanto riguarda il secondo aspetto attinente la ricerca, del percorso, da tempo programmato dall'articolo 6 della vigente Legge Regionale n. 6/2011 ss.mm.ii., che vede il PTV ulteriormente impegnato nella trasformazione in IRCCS, così come disposto dall'art. 9, comma 3, alinea 3 del Protocollo d'intesa, che, per l'individuazione delle strutture di profilo clinico-sanitario, prevede, tra l'altro, "*il rispetto (...) delle soglie operative previste dal DPCM 24 maggio 2001, tenuto conto (.....) della produzione scientifica e disponibilità dei laboratori sperimentali, della partecipazione a progetti di ricerca e delle speciali esigenze connesse allo sviluppo della medicina traslazionale e della ricerca biomedica*";
- c) per quanto riguarda il terzo aspetto attinente la posizione di Ospedale di Insegnamento:
 - ✓ delle medesime previsioni del citato art. 9, comma 3, alinea 3 del Protocollo d'intesa, che, per l'individuazione delle strutture di profilo clinico-sanitario, prevede, tra l'altro, "*il rispetto (...) delle soglie operative previste dal DPCM 24 maggio 2001, tenuto conto dei percorsi didattici-scientifici in termini di numero di docenti e ricercatori, del numero medio degli allievi, dei Corsi di Laurea e specializzazione e del conseguente carico didattico (...)*";
 - ✓ delle previsioni dell'art. 3 del citato DPCM 24/5/2001 nel quale, con inscindibili riflessi per tutti gli aspetti in argomento, trova conferma il principio generale secondo cui l'individuazione delle strutture complesse debba realizzarsi anche con specifico riguardo alle esigenze della didattica e della ricerca rappresentate, tra l'altro, dal numero di professori e ricercatori universitari assegnati alla struttura e dal numero medio di allievi che ordinariamente afferiscono alla medesima struttura;
 - ✓ della stringente esigenza, più in generale, di tener conto delle disposizioni del D.I. n. 402 del 13/6/2017 - adottato ai sensi dell'art. 3 co. 3 del D.M. n. 68 del 4.2.2015 e recante "*gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria*" - per il quale "*oggetto di accreditamento sono innanzitutto le strutture di sede della Scuola di specializzazione, cioè le strutture a*

direzione universitaria, idonee e attrezzate per l'organizzazione e la realizzazione di attività di formazione professionale specialistica nell'area medica di pertinenza della Scuola (...): l'Università Tor Vergata ha chiesto il riconoscimento delle Scuole di Specializzazione in forza di tale decreto, sulla base, tra l'altro, dell'attuale assetto del Policlinico quale ente di riferimento, con la conseguenza che un eventuale ulteriore ridimensionamento delle strutture rischierebbe di mettere in discussione le attuali basi di accreditamento delle stesse Scuole di Specializzazione.

3. Resta fermo che, in prospettiva, anche agli effetti di cui alla seconda parte del comma 2, il PTV potrà sottoporre all'Università "Tor Vergata" e alla Regione Lazio, per le valutazioni e determinazioni conseguenziali di rispettiva competenza, articolata e motivata proposta circa l'eventuale soppressione/nuova costituzione/trasformazione delle strutture contemplate nel predetto organigramma, in base all'evoluzione delle esigenze di profilo didattico-scientifico della stessa Università e compatibilmente con le indicazioni della programmazione regionale, tenendo conto, in particolare, dei livelli di *performance* aziendale riferiti agli indicatori di volume/esiti di cui al D.M. 70/2015 e ai DCA di recepimento, diversificando, in tale ambito, tra struttura/disciplina a bassa diffusione e struttura/disciplina ad alta diffusione.

TITOLO III

LA DISCIPLINA DEGLI INCARICHI

CAPO I - Il conferimento degli incarichi dirigenziali

Art. 39

Disposizioni generali

1. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti dal Direttore generale, nel rispetto della specifica disciplina normativa e contrattuale vigente.
2. Gli incarichi professionali, ivi comprese le *Unit*, gli incarichi gestionali riferiti alle strutture a responsabilità universitaria nonché gli incarichi di Programma, sono attribuiti, conformemente al D. Lgs. n. 517/1999 e alla normativa di riferimento ivi richiamata, ai docenti e ricercatori universitari - nonché alle figure equiparate ai sensi dell'art. 16 della L. n. 341/1990 - strutturati presso il PTV, individuati dal Direttore generale d'intesa con il Rettore ai sensi dell'art. 20 co. 1 del Protocollo d'intesa Regione Lazio/Università Tor Vergata ed elencati nel citato allegato n. 1 del presente atto, periodicamente aggiornato ai sensi del medesimo articolo.
3. Gli incarichi professionali, ivi comprese le *Unit*, e gli incarichi gestionali riferiti alle strutture a responsabilità ospedaliera sono attribuiti secondo le procedure disciplinate dal vigente art. 15 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. nonché dai CC.CC.NN.L. di riferimento, ovvero, in caso di personale convenzionato, dagli accordi nazionali e regionali di riferimento che ne definiscono le specifiche modalità e tipologie.
4. In nessun caso il conferimento degli incarichi modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro al compimento del limite massimo di età.
5. Gli obiettivi e il trattamento economico aggiuntivo sono definiti dal Direttore generale e sono formalizzati con atto scritto e motivato, controfirmato per accettazione dall'interessato.

Art. 40

L'incarico di Direzione del DAI

1. L'incarico di Direzione del Dipartimento ad attività integrata è attribuito a uno dei Direttori delle UOC di cui si compone il Dipartimento medesimo.

2. Costituisce requisito essenziale per la Direzione del DAI l'essere collocato nel regime di esclusività di rapporto con il SSN.
3. Il Direttore del DAI è nominato, con scelta motivata, dal Rettore generale, d'intesa con il Rettore per gli ambiti di competenza, tenuto conto dei requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico.
4. L'attribuzione dell'incarico di Direttore di DAI presuppone l'accettazione della delega da parte del Direttore generale in tema di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori, in attuazione di quanto previsto dal D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. così come declinato all'art. 17 del presente atto.
5. La durata dell'incarico di Direttore di DAI è triennale ed è rinnovabile, previa valutazione dei risultati.
6. Il Direttore di DAI rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.
7. Al personale cui è affidato un incarico di direzione di DAI è riconosciuta, fermo restando il trattamento economico graduato in relazione alle responsabilità connesse all'incarico di struttura complessa ricoperto, la specifica maggiorazione della retribuzione di posizione prevista dall'art. 39 co. 9 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per la Dirigenza medica e dall'art. 40 co. 9 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per la Dirigenza sanitaria, anch'essa graduata secondo i criteri dello specifico regolamento degli incarichi di cui all'art. 47.

Art.41

L'incarico di Responsabile di Area Funzionale

1. L'incarico di Responsabile di Area funzionale è attribuito - sulla base dei requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, consolidata esperienza professionale e *curriculum* scientifico di particolare rilievo - a uno dei Direttori delle UOC comprese nell'Area funzionale.
2. Il Responsabile di Area Funzionale è nominato dal Direttore generale con scelta motivata, su proposta del Direttore del DAI laddove l'Area funzionale sia inserita nel DAI. Per le Aree funzionali a responsabilità universitaria la nomina avviene d'intesa con il Rettore.
3. La durata dell'incarico di Responsabile di Area funzionale è triennale ed è rinnovabile, previa valutazione dei risultati.
4. Il Responsabile di Area funzionale rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.
5. L'attribuzione dell'incarico di Responsabile di Area funzionale clinica presuppone l'accettazione della delega da parte del Direttore generale in tema di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori, in attuazione di quanto previsto dal D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. così come declinato all'art. 17 del presente atto.
6. Al personale cui è affidato un incarico di Responsabile di Area funzionale è riconosciuto un trattamento economico graduato in relazione alle responsabilità connesse all'incarico. Per il medesimo incarico può essere riconosciuta una differente graduazione della funzione dirigenziale, secondo i criteri dello specifico regolamento degli incarichi di cui all'art. 47, ma non il diritto di percepire la specifica maggiorazione della retribuzione di posizione riconosciuta per la direzione di Dipartimento, di cui al precedente articolo.
7. Nel caso in cui il Responsabile di Area funzionale clinica e il Direttore di DAI coincidano, la maggiorazione di cui all'art. 39 co. 9 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per la Dirigenza medica e all'art. 40 co. 9 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per la Dirigenza sanitaria, assorbe la maggiorazione retributiva per la funzione già attribuita.
8. Nel Regolamento per l'affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali si indicherà la disciplina dell'Area funzionale.

Art. 42

L'incarico di Direzione di UOC

1. Con riguardo all'incarico di Direttore di UOC a direzione universitaria si prevede quanto segue:

1.1 L'incarico di Direttore di UOC è riservato ai docenti e ai ricercatori universitari ai sensi dell'art. 5 co. 5 del D. Lgs. n. 517/1999 nonché al personale equiparato a dirigente medico e sanitario nel rispetto della specializzazione disciplinare posseduta.

1.2 Tale attribuzione è effettuata senza esperimento delle procedure di cui all'articolo 15-ter, co. 2, del D. Lgs. n. 502/1992, fermo restando l'obbligo del possesso dei requisiti soggettivi di cui alla vigente normativa.

1.3 L'attribuzione dell'incarico di UOC a direzione universitaria - ai sensi dell'art. 5 co. 5 del D. Lgs. n. 517/1999 e dell'art. 15 co. 7-bis lett. c) del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. - è effettuata dal Direttore generale, sentito il Direttore del DAI di afferenza, d'intesa con il Rettore, sentita la Facoltà di Medicina e Chirurgia per il personale alla stessa afferente, sulla base del *curriculum* scientifico e professionale del responsabile da nominare.

1.4 Ai fini della predetta intesa, il Direttore generale, acquisita la manifestazione d'interesse da parte dei docenti interessati corredata dal *curriculum* scientifico didattico e assistenziale, effettua una scelta motivata sulla base dei titoli professionali e accademici posseduti, delle competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e della produzione scientifica.

1.5 In fase di prima applicazione, per l'individuazione del Direttore di UOC si prescinde, ai sensi dell'art. 3 co. 4 del D. Lgs. n. 517/99, dal parere del Direttore di Dipartimento.

2. Per le UOC a direzione ospedaliera, l'incarico di Direttore di UOC è riservato:

- al personale medico/sanitario, secondo le procedure disciplinate dal DPR n. 484/1997 in conformità con il vigente art. 15 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.;
- al personale amministrativo, tecnico e professionale dipendente o strutturato presso il PTV, secondo le procedure disciplinate dal vigente CCNL della dirigenza del SSN;

3. L'incarico di Direttore di UOC ha una durata da cinque a sette anni con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve previa valutazione dei risultati.

4. Per ogni UOC, in sede di contrattazione di *budget*, sono definiti i volumi prestazionali e le dotazioni organiche, quantificate in ragione dei volumi stessi ed in coerenza con la dotazione organica complessiva del PTV, definita tenendo conto dei principi approvati in sede di Protocollo d'intesa, ovvero della relazione diretta tra crediti professionalizzanti, volumi di prestazioni e dotazioni organiche.

5. Al personale cui è affidato un incarico di direzione di UOC è riconosciuto il trattamento economico graduato in relazione alle responsabilità connesse all'incarico, secondo i criteri dello specifico regolamento degli incarichi di cui all'art. 47, e la specifica indennità prevista dall'art. 40 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per la Dirigenza medica e dall'art. 41 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per la Dirigenza sanitaria.

Art. 43

L'incarico di Responsabile di UOSD e di UOS

1. Per le UOSD e le UOS a responsabilità universitaria i relativi incarichi possono essere attribuiti ai docenti e ai ricercatori universitari ai sensi dell'art. 5 co. 6 del D. Lgs. n. 517/99 nonché al personale equiparato a dirigente medico e sanitario nel rispetto della specializzazione disciplinare posseduta, previo accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli articoli 15, 15-bis e 15-ter del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.

2. Per le UOSD e le UOS a responsabilità ospedaliera i relativi incarichi possono essere attribuiti:

- al personale medico/sanitario dipendente del SSN con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico in conformità con il vigente art. 15 del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. e con i rispettivi CCNL della dirigenza medica e sanitaria vigenti nonché al personale convenzionato, nei limiti e secondo le modalità e tipologie disciplinate dagli accordi nazionali e regionali;

- al personale amministrativo, tecnico e professionale dipendente del SSN, con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni, secondo le procedure disciplinate dal relativo CCNL vigente;
3. L'attribuzione dell'incarico di Responsabile di UOSD è effettuata dal Direttore generale, a seguito della proposta del Direttore del Dipartimento di afferenza avanzata sulla base dei titoli professionali posseduti, delle competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato, fermo restando l'accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti previsti dalla vigente normativa. Per gli incarichi di responsabilità delle UOSD afferenti alla Direzione sanitaria, la proposta è avanzata dal Direttore sanitario sulla base degli elementi di cui sopra. Per le UOSD afferenti alla Direzione generale, il Direttore generale attribuirà il relativo incarico sulla base dei medesimi elementi.
 4. L'attribuzione dell'incarico di Responsabile di UOS è effettuata dal Direttore generale, a seguito della proposta del Direttore della UOC di appartenenza, avanzata sulla base dei titoli professionali posseduti, delle competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato, fermo restando l'accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti previsti dalla vigente normativa.
 5. L'incarico di Responsabile di UOSD e quello di Responsabile di UOS hanno una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.
 6. Al personale cui è affidato un incarico di Responsabile di UOSD o di UOS è riconosciuto un trattamento economico graduato in relazione alle responsabilità connesse all'incarico, secondo i criteri dello specifico regolamento degli incarichi di cui all'art. 47.

Art. 44

La titolarità di Programma

1. La titolarità del Programma A è attribuita ai docenti di I fascia cui non è possibile assegnare la direzione di una UOC o di una UOS per mancanza delle risorse di personale, strumentali e logistiche previste per l'attivazione di tale articolazione organizzativa.
2. La titolarità del Programma B può essere attribuita ai docenti di II fascia cui non è possibile assegnare la direzione di una UOC o di una UOS per mancanza delle risorse di personale, strumentali e logistiche previste per l'attivazione di tale articolazione organizzativa.
3. L'individuazione e l'attribuzione della titolarità di Programmi è effettuata dal Direttore generale, sentito il Rettore.
4. Al personale cui è affidata la titolarità di Programma è riconosciuto un trattamento economico graduato in relazione alle responsabilità connesse all'incarico, secondo i criteri dello specifico regolamento degli incarichi di cui all'art. 47.

Art. 45

Gli incarichi professionali

1. Gli incarichi professionali, comprensivi degli incarichi di *Unit*, possono essere attribuiti:
 - ai docenti e ai ricercatori universitari ai sensi dell'art. 5 co. 6 del D. Lgs. n. 517/1999 nonché al personale equiparato a dirigente medico e sanitario nel rispetto della specializzazione disciplinare posseduta, previo accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli articoli 15, 15-bis e 15-ter del D. Lgs. n. 502/1992;
 - al personale medico/sanitario dipendente del SSN in conformità con il vigente art. 15 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e con i rispettivi CCNL della dirigenza medica e sanitaria vigenti;
 - al personale amministrativo, tecnico e professionale dipendente del SSN, secondo le procedure disciplinate dal relativo CCNL vigente;

2. L'attribuzione degli incarichi professionali è effettuata dal Direttore generale su proposta del Direttore/Responsabile della struttura (DAI/Area funzionale/UOC/UOSD/UOS/Direzione aziendale) di appartenenza, tenuto conto dei titoli professionali posseduti e dell'aderenza al profilo ricercato, fermo restando l'accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti previsti dalla vigente normativa.

3. Gli incarichi professionali hanno una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo.

4. Al personale cui è affidato un incarico professionale è riconosciuto un trattamento economico graduato in relazione alle responsabilità connesse all'incarico, secondo i criteri dello specifico regolamento degli incarichi di cui all'art. 47, che, al riguardo, dovrà tener conto della elevata valenza strategico-organizzativa dell'incarico di *Unit*.

Art. 46

Le funzioni professionali del personale convenzionato

1. Al personale convenzionato possono essere attribuiti "compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale, responsabilità di branca e responsabilità interdisciplinare" sulla base delle esigenze organizzative aziendali e secondo le modalità disciplinate dalla specifica contrattazione collettiva di livello regionale.

2. Al personale convenzionato cui sono affidate le funzioni di cui al presente articolo, è riconosciuto il trattamento economico stabilito dalla contrattazione collettiva regionale stessa.

Art. 47

Disposizioni finali

1. Le disposizioni di cui al presente Capo, per la parte che rileva, saranno oggetto dello specifico Regolamento per l'affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali, previsto dal DCA n. 259/2014.

2. Resta fermo il mantenimento degli incarichi dirigenziali già conferiti e il relativo impegno orario, fino all'attribuzione dei nuovi incarichi in applicazione delle disposizioni di cui presente atto.

3. A decorrere dall'affidamento dei suddetti incarichi, si applicherà il correlato nuovo regime economico, in sostituzione di quello attualmente in godimento.

Capo II

Il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali

Art. 48

La valutazione degli incarichi

1. Gli incarichi sono soggetti a valutazioni e verifiche previste dalla normativa vigente, condotte secondo le procedure individuate negli specifici regolamenti aziendali in materia, che concernono il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati, sia in relazione ai compiti ed alle funzioni attribuite, sia in relazione alla programmazione aziendale annuale.

2. La responsabilità di tali processi è, in prima istanza, dei responsabili delle strutture ai quali compete la proposta di valutazione iniziale dei dirigenti ad essi assegnati; in seconda istanza, ad organismi specificamente preposti ai differenti processi valutativi (l'Organismo indipendente di valutazione e i Collegi tecnici) come previsti dai CC.CC.NN.L. vigenti.

3. Gli ambiti valutativi interessati hanno carattere tecnico-professionale, relazionale-comportamentale o gestionale-manageriale, in relazione al ruolo organizzativo del valutato.

4. L'esito dei due distinti processi di valutazione operati dai rispettivi Organismi collegiali (Collegi tecnici e Nucleo aziendale di valutazione) è trasmesso alla UOC competente. Il giudizio finale in sé non provoca effetti automatici; esso deve essere acquisito dalla Direzione aziendale, la quale provvede all'accertamento della responsabilità complessiva del dirigente.
5. I risultati finali delle valutazioni sono riportati nel fascicolo personale ed i giudizi definitivi positivi sono elementi di valutazione per la conferma o l'affidamento altro tipo di incarico.
6. L'esito negativo del processo di verifica e di valutazione produce gli effetti esposti agli art. 29, 30 e 31 del CCNL 2002/2005 – delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza sanitaria.
7. Nel caso di valutazione negativa nei confronti di professori o ricercatori universitari il direttore ne dà comunicazione al rettore per i conseguenti provvedimenti.
8. Gli incarichi possono avere durata inferiore a quella indicata nell'atto di affidamento in caso in cui venga disposta la revoca anticipata per effetto della valutazione negativa dei risultati e delle attività professionali svolte.
9. L'incarico può cessare anticipatamente anche in caso di modifiche organizzative del PTV o a seguito di eventuali disposizioni regionali che abbiano effetto sull'incarico ricoperto.
10. Gli incarichi sono revocati dal Direttore generale, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente disciplina normativa e pattizia, nonché dagli specifici regolamenti aziendali in materia, con atto motivato scritto.
11. La rinuncia all'esercizio della responsabilità, connessa all'incarico di Direttore di DAI, per le materie delegate in tema di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori ai sensi decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. comporta la revoca dell'incarico di Direzione/Responsabilità di DAI/Area funzionale.
12. E' altresì prevista la revoca degli incarichi di struttura nel caso di mancato adempimento degli obblighi di formazione di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori.

Art. 49

Il Collegio tecnico

1. Il Collegio tecnico, ai sensi dell'art. 15 - comma 5 - del D. Lgs. n. 502/92 e dell'art. 26 - comma 2 - del CCNL 2002/2005 – delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, è l'organismo che procede alla verifica e valutazione:
 - a) di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
 - b) dei dirigenti di nuova assunzione, al termine del primo quinquennio di servizio in relazione all'indennità di esclusività di rapporto e del conferimento di nuovo incarico;
 - c) dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultra quinquennale in relazione all'indennità di esclusività.
2. Gli incarichi gestionali e gli incarichi professionali attribuiti a professori o ricercatori universitari sono soggetti alle valutazioni e alle verifiche previste dalle norme vigenti per il personale dirigente del SSN, come previsto dal D. Lgs. n. 517/99 all'art. 5 co. 13.
3. Il Collegio tecnico, individuato per ciascun dipartimento/disciplina, è composto da tre membri nominati dal Direttore generale, in base agli specifici ambiti di competenza, di cui uno con funzioni di Presidente.
4. Il processo di verifica e valutazione delle attività professionali svolte dai dirigenti e dei risultati raggiunti affidato al Collegio tecnico è attuato con le procedure di cui agli artt. 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31 del CCNL 2002/2005 – delle Aree della Dirigenza medica e della Dirigenza sanitaria.
5. Gli esiti positivi della valutazione del collegio tecnico comportano:
 - a) conferma o conferimento di nuovi incarichi;
 - b) rideterminazione della retribuzione di posizione minima contrattuale per i dirigenti medici, appartenenti al ruolo sanitario e P.T.A. neoassunti al termine del quinto anno;

- c) passaggio di fascia per l'indennità di esclusività, per i dirigenti medici e per i dirigenti biologi, chimici, fisici, psicologi e farmacisti.
6. Per i casi di esito negativo del processo di verifica e di valutazione si fa rinvio a quanto previsto dal precedente articolo 48 comma 6.

Art. 50

L'Organismo indipendente di valutazione della *performance*

1. Ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 del D. Lgs. n. 150/2009, così come recepito con la legge regionale del Lazio n. 1/2011, il PTV ha istituito l'Organismo indipendente di valutazione della *performance* (OIV), che opera in *staff* alla Direzione strategica in posizione di autonomia.
2. L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità, quest'ultima come declinata dalla L. n. 190/2012 e dai provvedimenti attuativi (DD. Lgs. nn. 33/2013, 39/2023 e DPR n. 62/2013), curandone tutti i relativi adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente.
3. Più specificamente, ai sensi dell'art. 14, comma 4 del D. Lgs. 150/2009 e smi, come confermato dall'art. 6, comma 2 del DPR n. 105/2016 e dell'art. 44 del D. Lgs. n.33/2013, l'OIV svolge le seguenti attività:
 - monitora il sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale;
 - comunica le criticità agli organi competenti;
 - valida la relazione sulla *performance*;
 - garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione e dell'utilizzo dei premi;
 - propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione dei premi;
 - è responsabile della corretta applicazione delle indicazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC); promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
 - verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.
4. L'OIV del PTV è previsto in forma collegiale; è composto da tre componenti, esterni al PTV, di cui uno con funzioni di Presidente, dotati dei requisiti previsti dalla normativa in materia:
 - laurea specialistica e/o diploma di laurea vecchio ordinamento in materie giuridiche, economiche, statistiche e mediche;
 - elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del *management*, della valutazione della *performance* e della valutazione del personale, delle prestazioni e dei risultati con particolare riferimento al settore della sanità;
 - iscrizione all'Elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione della *performance*, istituito c/o il Dipartimento della Funzione Pubblica - requisito introdotto dal DM 02/12/2016 e richiesto con decorrenza in pari data, fatta salva la permanenza in carica dei componenti degli Organismi già nominati antecedentemente al DM stesso fino alla naturale scadenza del mandato;
5. Al fine di salvaguardare l'indipendenza dell'OIV, non possono essere nominati quali componenti:
 - coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV;
 - coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
 - coloro che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di

consulenza con le predette organizzazioni ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la nomina;

- coloro che hanno legami di parentela o affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture aziendali.

6. L'OIV dura in carica tre anni. Ai sensi del DM 2/12/2016, che reca nuove disposizioni in materia di organizzazione e funzionamento degli OIV, l'incarico non è prorogabile ed è rinnovabile una sola volta, previa procedura comparativa da espletarsi con le modalità previste dallo stesso DM.

7. L'OIV è supportato, senza maggiori oneri per il bilancio aziendale, da un'apposita struttura tecnica permanente aziendale, le cui funzioni sono disciplinate dall'art. 16 della L.R. n. 1/2011.

Art. 51

La misurazione e valutazione della *performance*

1. Il sistema di misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati è il sistema con il quale annualmente il Policlinico Tor Vergata valuta la *performance* delle proprie strutture e del personale ivi assegnato al fine di assicurare elevati *standard* qualitativi e gestionali dell'offerta attraverso la valorizzazione dei risultati e delle performance organizzative e individuali, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento.

2. Il sistema di valutazione si inserisce nell'ambito del ciclo di gestione della *performance* ed è articolato nelle seguenti fasi: definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili; monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi; misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati organizzativi e individuali; utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito; rendicontazione dei risultati al Consiglio di amministrazione e al Direttore generale nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

3. Il sistema valuta:

- le *performance* e i risultati organizzativi del Policlinico nel suo complesso e delle singole unità organizzative sulla base degli obiettivi strategici e operativi e degli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati definiti nell'ambito del Piano della *performance* e dei risultati del Policlinico Tor Vergata;
- le *performance* e i risultati individuali dei dirigenti apicali (direttori di Dipartimento, direttori di UOC, dirigenti UOSD e titolari di Programma A), sulla base degli indicatori di *performance* relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- le *performance* e i risultati individuali dei dirigenti non apicali (Dirigenti UOS e professionali), sulla base degli indicatori di *performance* relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- la *performance* e i risultati del personale del comparto collegata al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo; alla qualità del contributo assicurato alla *performance* dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

4. La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di U.O.C. i responsabili di UOSD e i titolari di Programmi A effettuano il monitoraggio costante dell'andamento degli obiettivi e dei connessi indicatori, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di *reporting* aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della *performance*.

5. L'esito della valutazione dei risultati concorre anche alla formazione della documentazione utile alla valutazione di tipo professionale-comportamentale spettante al Collegio tecnico.

Art. 52
Disposizioni finali

1. Le disposizioni di cui al presente Capo, per la parte che rileva, saranno oggetto dello specifico Regolamento per l'affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali, previsto dal DCA n. 259/2014.

Capo III
L'affidamento e la valutazione degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento

Art. 53
Gli incarichi di Posizione organizzativa

1. Gli incarichi di Posizione organizzativa possono essere affidati al personale dipendente dei ruoli non dirigenziali e consistono in particolari posizioni aziendali che implicano l'assunzione diretta di ampi margini di autonomia e responsabilità, che richiedono lo svolgimento di funzioni di elevata professionalità, che possono riguardare lo svolgimento di funzioni di particolare complessità o rilevanza strategica per il Policlinico oppure lo svolgimento di attività con contenuti di alta specializzazione, quali le attività di *staff* e/o studio, di ricerca, ispettive di vigilanza e controllo, di coordinamento di attività didattica, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa.

2. Il Policlinico identifica con atto formale e motivato le aree e i settori, gli uffici, le unità organizzative o funzioni trasversali che richiedono una figura capace di autonomia gestionale e professionale, individuando le singole posizioni organizzative in coerenza con le proprie necessità strategiche, organizzative e gestionali e ne dà informativa preventiva alle OO.SS.

3. Gli incarichi sono conferiti dal Direttore generale, nel rispetto della specifica disciplina normativa e contrattuale vigente nonché secondo i criteri dello specifico regolamento per l'affidamento e la revoca delle posizioni organizzative e di coordinamento previsto dal DCA n. 259/2014, di cui al successivo art. 55.

4. Al titolare di incarico di posizione organizzativa spetta l'esercizio delle attribuzioni relative all'incarico conferito dal PTV e la conseguente responsabilità degli atti che adotta.

5. Il titolare di incarico di Posizione organizzativa è responsabile dei risultati ottenuti, in relazione agli obiettivi concordati e alle risorse attribuite.

6. L'incarico di Posizione organizzativa può essere attribuito al personale che opera nel PTV con rapporto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato, inquadrato nella categoria D o Ds ed in possesso dei requisiti normativamente e pattiziamente previsti.

7. Al personale cui sono affidati incarichi di posizione organizzativa è riconosciuta una indennità graduata in relazione alle responsabilità connesse all'incarico, finanziata con le risorse destinate dalla contrattazione aziendale, secondo i criteri dello specifico succitato regolamento per l'affidamento e la revoca delle Posizioni organizzative e di coordinamento.

8. Gli incarichi di Posizione organizzativa sono valutati secondo i criteri e le procedure identificate nello specifico regolamento aziendale.

Art. 54
Le funzioni di coordinamento

1. Le funzioni di coordinamento possono essere affidate al personale dipendente dei ruoli sanitari non dirigenziali a tempo pieno e indeterminato, inquadrato nella categoria D o Ds ed in possesso dei requisiti normativamente e pattiziamente previsti, si inquadrano in una funzione organizzativa e si esplicano in attività di gestione.

2. Al personale sanitario dipendente dei livelli non dirigenziali possono essere attribuite funzioni di coordinamento secondo le modalità previste nello specifico regolamento aziendale.
3. Il PTV provvede all'individuazione e all'aggiornamento delle posizioni per le quali è prevista l'attribuzione della funzione di coordinamento.
4. Tali funzioni sono attribuite dal Direttore generale, nel rispetto della specifica disciplina normativa e contrattuale vigente.
5. Il titolare della funzione di coordinamento programma, coordina e controlla il miglior utilizzo delle risorse umane e/o delle risorse strumentali, nell'ambito dell'articolazione organizzativa presso cui è assegnato, collabora alla verifica della qualità e all'ottimizzazione dei servizi. Ha responsabilità delle funzioni e delle attività che gli sono attribuite e dei risultati conseguiti.
6. Al personale cui sono affidati incarichi di coordinamento è riconosciuta la specifica indennità prevista dalla contrattazione collettiva, secondo i criteri dello specifico regolamento per l'affidamento e la revoca delle Posizioni organizzative e di coordinamento previsto dal DCA n. 259/2014, di cui al successivo art. 55.
7. Le funzioni di coordinamento sono valutate secondo i criteri e le procedure identificate nello specifico regolamento aziendale.

Art. 55 Disposizioni finali

1. Il titolare di Posizione organizzativa o di funzioni di coordinamento assume la funzione di "preposto" ai sensi e per gli effetti della lettera e) del comma 1 dell'articolo 2 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute dei lavoratori e, in tale veste, in ragione delle competenze professionali e nei limiti dei poteri gerarchici e funzionali correlati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa;
2. Le disposizioni di cui al presente Capo saranno oggetto dello specifico "*Regolamento per l'affidamento e la revoca delle Posizioni organizzative e di coordinamento*", previsto dal DCA n. 259/2014.
3. Resta fermo il mantenimento degli incarichi di Posizione organizzativa e di coordinamento già conferiti fino all'attribuzione dei nuovi incarichi in applicazione delle disposizioni di cui presente atto.

PARTE III I SISTEMI

1. IL SISTEMA DI GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO E IL SISTEMA DI CONTABILITÀ - IL PIANO DELLA *PERFORMANCE*

1.1. IL GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO

Il *governo economico finanziario*, al fine di garantire il rispetto dei limiti e vincoli economici e finanziari che gravano sulla Fondazione, dispone di una serie di strumenti essenziali per il suo esercizio, che concorrono a formare il complesso *sistema di contabilità*, che essenzialmente si individuano:

- 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 policlinico garantisce i livelli di assistenza programmati e concordati con la Regione sia in termini di produttività e di servizi che in termini economici.

Il *governo economico finanziario*, quindi, consente di garantire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione (con riferimento alla contribuzione a funzione indistinta e vincolata da Regione, corrispondente ad obiettivi di Piano), cui si aggiungono i finanziamenti/quote erogate da Stato, Ministeri e privati e i livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dall'azienda e valorizzati a DRG.

Il *governo economico* è inserito nel più generale processo di programmazione e controllo, in stretta connessione con il governo clinico, ed è sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di azienda che a livello di Unità operativa.

Il Policlinico 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 Policlinico adotta procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria ed altresì un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa, a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi.

Il Policlinico adotta procedure operative che assicurano il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/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 Policlinico adotta il Piano dei conti regionale, procedendo, laddove necessario, ad una ulteriore sotto articolazione dei conti, al fine di soddisfare il principio generale di chiarezza e trasparenza e, altresì, di soddisfare l'obbligo più generale di una rappresentazione veritiera e corretta dei dati di bilancio.

Il Policlinico 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 delle singole aziende e 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.

Il Policlinico attua, secondo gli indirizzi ed i provvedimenti regionali, la *certificabilità* dei propri bilanci e dei dati negli stessi contenuti. A tal fine il Policlinico promuove e garantisce *standard* organizzativi, contabili e procedurali, che si ispirano ai seguenti obiettivi e principi generali:

- prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a norme e regolamenti che abbiano impatto significativo sulla composizione del bilancio, attuando, in particolare, il monitoraggio degli adempimenti normativamente previsti, l'accertamento che le singole procedure operative siano sviluppate in maniera coerente con le previsioni di legge, la raccolta e la divulgazione al proprio interno di norme e regolamenti la cui mancata attuazione può generare riflessi negativi sull'attendibilità dei contenuti del documento di bilancio;

- programmare, gestire e, successivamente, controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di realizzare gli obiettivi di gestione prefissati;
- disporre di sistemi informativi che consentano una gestione ottimale dei dati contabili ed una corretta formazione delle voci di bilancio;
- analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;
- monitorare le azioni intraprese anche a seguito di rilievi/suggerimenti del Collegio dei revisori dei conti e e/o della stessa Regione.

1.1.1 Il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili

Coerentemente con le previsioni di cui all'art.11 comma 4 del Protocollo d'intesa Regione/Università, nell'ambito del PTV e, segnatamente, 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 e del bilancio consolidato, 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.

Parimenti il dirigente preposto, congiuntamente al Direttore generale, attestano 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.

1.1.2. I Percorsi attuativi della certificabilità (PAC)

Il Policlinico 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)* – (di seguito DM PAC) - ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla "certificabilità" dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche, della gestione sanitaria accentrata e del bilancio consolidato regionale.

Il DM PAC rappresenta dunque il completamento di un percorso normativo che ha visto, nell'ordine:

- la Legge n. 266/2005 e l'articolo 11 del Patto per la Salute 2010-2012, con i quali si introduce il concetto di certificazione dei bilanci delle strutture pubbliche;
- il D. Lgs. n. 118/2011, con il quale viene resa obbligatoria la tenuta della contabilità economico patrimoniale e la redazione del *bilancio della Gestione sanitaria accentrata e del Bilancio consolidato sanitario regionale*;
- la "valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili", con la quale è stato avviato un primo monitoraggio sul sistema di controllo interno delle aziende sanitarie pubbliche;
- il DM 17/9/2012 sulla "*certificabilità*" con il quale sono state poste le basi per la predisposizione di bilanci di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche omogenei a livello nazionale, anche attraverso la definizione di una casistica applicativa allo stesso decreto allegata.

Lo stesso DM 17/9/2012 stabilisce che le Regioni presentino un programma di azione (*Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC*) finalizzato al raggiungimento degli *standard* organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la *certificabilità* dei dati e dei bilanci degli enti del proprio sistema sanitario.

Il successivo DM 1/3/2013 definisce 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).

Il PAC ha un orizzonte temporale di 36 mesi a decorrere dalla data di approvazione da parte del Tavolo di verifica adempimenti, quale organismo deputato alle verifiche periodiche.

Alle Regioni, oltre alla responsabilità della definizione del *Percorso Attuativo della Certificabilità* in termini di identificazione delle azioni, è demandata la responsabilità del completamento del progetto unitamente a quella del coordinamento e monitoraggio delle azioni affidate alle diverse aziende del SSR.

La Regione Lazio, con provvedimento del Commissario *ad Acta* -DCA n. U00311 dell'11 ottobre 2016 - ha proceduto ad approvare in via definitiva 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.

Il Policlinico ha aderito a pieno al progetto regionale, cogliendo una preziosa opportunità per attuare la strutturazione di un processo che, oltre a garantire gli adempimenti di cui al D. Lgs. n. 118/2011, consente la realizzazione ed implementazione di un *Sistema di controllo interno*, fondato su *linee guida* uniformi definite a livello regionale ma che, al contempo, sono coniugate con il Sistema di gestione per la Qualità, conforme allo *standard* ISO e già adottato in sede aziendale, allo scopo di definire e descrivere unitariamente le procedure del PAC.

Il PAC nel PTV coincide con un percorso "*in progress*" dove la qualità del dato di bilancio dipende dalla rigorosa applicazione di principi e dalla corretta realizzazione di procedure amministrativo-contabili. Le procedure sono l'insieme dei passaggi e dei controlli che fanno parte di un determinato processo e sono trasversali in quanto riguardano tutte le operazioni connesse al processo produttivo aziendale e investono tutto il personale che viene coinvolto a vario titolo nelle singole azioni.

1.1.3. 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 PTV 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 attuazione delle previsioni di cui all'art. 1 della L.28 dicembre 2015, n. 208 (Finanziaria 2016) - che ai commi da 521 a 547 detta disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti della produttività e nell'efficienza degli enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nella garanzia del rispetto dei livelli essenziali di assistenza e reca, altresì, disposizioni per le aziende regionali che presentino uno scostamento rilevante tra costi e ricavi - anche il Policlinico è stato sottoposto al vincolo di redazione e realizzazione di un *Piano di rientro aziendale*, nel rispetto delle linee guida definite con DM Salute del 21 giugno 2016 e con DCA n. U00273 dell'8 settembre 2016. La Fondazione ha predisposto e varato un proprio *Piano di efficientamento*, approvato dalla Regione e in corso di realizzazione, che ha già evidenziato nel 2016 e sta consolidando nel corrente anno risultati ottimali, con specifico riguardo all'obiettivo di

rientro(nel triennio) del disavanzo degli anni pregressi, mediante un programma di miglioramento del rapporto tra costi e ricavi e dell'equilibrio gestionale, individuando manovre di incremento della produttività che si affiancano a manovre di contenimento dei fattori produttivi.

1.1.4. Il controllo della spesa

Fondamentale nel descritto programma di Rientro dal disavanzo risulta la realizzazione di un efficace *controllo della spesa*.

Il Policlinico, nell'ambito della sua autonomia, si è dotato di strumenti idonei a concretizzare le seguenti azioni:

- a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

1.1.5. Il Controllo interno

La progettazione d'insieme del *controllo interno* rispetta i seguenti principi generali:

a) l'attività di valutazione e controllo strategico fornisce il supporto alle attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo proprie della Direzione generale.

Essa è affidata a strutture che rispondono direttamente al Direttore generale e che svolgono, di norma, anche l'attività di valutazione dei dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, in particolare dalla Direzione generale e dal Consiglio di amministrazione;

b) il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto dai vigenti CC.NN.LL. per i dirigenti con incarico professionale, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente al Direttore generale e che, nello svolgimento del compito affidato, forniscono tutti gli elementi, in proprio possesso, ai dirigenti posti al vertice della struttura interessata e al Collegio tecnico previsto dal comma 5, articolo 15 del novellato D. Lgs. n.502/92, ai fini della valutazione ivi prevista;

c) l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione medesimo;

d) le funzioni di cui ai punti che precedono sono esercitate in modo integrato;

e) è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico. L'accesso ai documenti amministrativi afferenti alle attività di valutazione e controllo strategico è differito sino all'esito del procedimento cui si riferiscono.

Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta al Direttore generale ed all'OIV.

1.1.6. Piano strategico triennale di attività

E' demandato alla competenza della Fondazione di diritto pubblico, e quindi temporalmente differito al momento della sua attivazione, l'obbligo di redigere ed operare secondo un *Piano strategico triennale di attività*, secondo le previsioni dettate dall'art. 12 del Protocollo d'intesa Regione/Università.

Conformemente a dette previsioni del Protocollo d'intesa, il *Piano strategico triennale di attività* è volto a definire le modalità operative dell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, in relazione agli obiettivi generali di efficienza nella gestione degli obblighi istituzionali, di qualità delle prestazioni rese all'utenza, e di razionalizzazione nella gestione dei costi di struttura.

Il *piano strategico triennale di attività*, in linea con i provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale, indica gli obiettivi specifici, comprensivi di misure e tempi, 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 seguenti elementi minimi:

- a) livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni assistenziali;
- b) modalità di funzionamento dei servizi;
- c) programmi di formazione di competenza aziendale;
- d) modalità di integrazione dell'attività assistenziale con quelle didattiche e di ricerca;
- e) grado di sviluppo della gestione budgetaria;
- f) grado di sviluppo della contabilità analitica e del controllo di gestione;
- g) programmi di adeguamento tecnologico ed infrastrutturale;
- h) modalità di esercizio della libera professione;
- i) sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti.
- j) necessarie misure riorganizzative degli assetti operativi del Policlinico, preordinate al conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Il *Piano strategico triennale* viene formulato utilizzando il metodo budgetario, basato sulla valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati e deve trovare piena rispondenza, anche in termini di risultato economico programmato, nel bilancio di previsione annuale, da adottarsi ai sensi dell'art. 25 del D. Lgs. n. 118/2011.

Il *piano strategico triennale* viene adottato dal Consiglio di amministrazione della Fondazione PTV di diritto pubblico entro il 31 ottobre dell'anno antecedente al triennio a cui si riferisce. Le proposte di deliberazioni concernenti l'approvazione dei programmi annuali e/o pluriennali, i piani di sviluppo, i piani annuali di assunzione di personale e le modifiche statutarie sono preventivamente trasmesse alla Regione Lazio ai fini dell'espressione del parere di congruità relativo alla coerenza della deliberazione proposta con la programmazione regionale e con la legislazione nazionale e regionale vigente. Il giudizio di coerenza è condizione necessaria per l'adozione del *piano triennale* medesimo ad opera del Consiglio di amministrazione della Fondazione PTV di diritto pubblico.

In sede di prima attuazione, il piano è adottato entro 60 giorni dall'adozione della situazione economico patrimoniale di cui all'articolo 17, comma 7 del Protocollo d'intesa.

Piani di attività annuale

Il piano triennale di attività si attua attraverso piani annuali di attività.

Il *piano di attività annuale* è formulato, al pari del piano triennale, con il metodo budgetario e deve trovare piena corrispondenza nel bilancio economico di previsione annuale, e costituendo un allegato del bilancio stesso.

Il *piano annuale* è preventivamente trasmesso alla Regione Lazio ai fini dell'espressione del parere di congruità relativo alla coerenza della deliberazione proposta con la programmazione regionale. Il giudizio di coerenza è condizione necessaria per l'adozione del piano annuale medesimo ad opera del Consiglio di amministrazione della Fondazione PTV di diritto pubblico.

1.2. IL PIANO DELLA *PERFORMANCE* ED IL SISTEMA DI *BUDGET*

Il Policlinico approva annualmente il "Piano della *performance*". Il Piano è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* e sono definiti gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Il Piano si colloca nel quadro più generale del ciclo di gestione della *performance*, finalizzato all'attuazione di principi di miglioramento della qualità dei servizi offerti, di crescita delle competenze professionali, di valorizzazione del merito, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento, individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* del Policlinico Tor Vergata nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale, compatibilmente con le risorse disponibili, e i relativi indicatori.

Con decreto del Presidente della Regione Lazio, vengono assegnati al Direttore generale gli obiettivi da raggiungere. In ragione della necessità di favorire un processo di reale *deployment* delle responsabilità; in relazione alla numerosità ed articolazione dei predetti obiettivi, vengono raggruppati in base al carattere amministrativo o sanitario dei medesimi e assegnati alla Direzione e all'unità operativa competente con la responsabilità relativamente alle azioni da porre in essere per il loro raggiungimento. Il PTV inoltre sottopone ad attenta valutazione tutte le ulteriori direttive provenienti dalla Regione Lazio.

1.2.1. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

E' stato adottato il regolamento che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati, nel quale si descrive il processo di misurazione della *performance* organizzativa e individuale, che si articola nelle seguenti fasi:

- a) assegnazione degli obiettivi e compilazione delle relative schede;
- b) monitoraggio della *performance*;
- c) verifica e redazione delle schede di valutazione.

L'assegnazione degli obiettivi costituisce il risultato dell'attività di programmazione, la Direzione aziendale procede all'assegnazione degli obiettivi individuati ai dirigenti responsabili. La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione della scheda obiettivi e con la condivisione con i singoli dirigenti.

La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di Programmi, effettuano il monitoraggio costante dell'andamento delle unità operative, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della *performance*.

1.2.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Il collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della *performance*, la programmazione economico-finanziaria e il bilancio rappresentano elementi di particolare attenzione nell'ambito del nuovo assetto del PTV. In particolare quattro sono gli aspetti rilevanti:

- a) coerenza dei contenuti;
- b) coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
- c) coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
- d) integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

A seguito delle attività di programmazione, vengono predisposte le singole schede con gli obiettivi da assegnare ai direttori delle UOC, ai responsabili delle UOSD e ai titolari di Programma A: per tutte le unità sanitarie, oltre alle schede per i dirigenti amministrativi. Gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* sono stati individuati partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore generale dalla Regione Lazio, in seguito analizzati e "ribaltati" alle unità operative per competenza.

L'attività di contrattazione del *budget*, per le unità operative sanitarie, si svolge incontrando i singoli responsabili delle unità operative individuate; la calendarizzazione delle riunioni viene articolata su diversi giorni e durante le riunioni sono distribuite, analizzate e commentate le singole

schede con i Responsabili. Recepite le osservazioni, anche nei giorni successivi, si mettono in atto i necessari, opportuni approfondimenti per singola unità operativa.

Apportate le eventuali modifiche, emerse a seguito della contrattazione, la Direzione aziendale assegna gli obiettivi individuati attraverso il formale invio della scheda di *budget* così come deliberata nel Piano della *performance*.

I Direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di Programmi aziendali condividono con i dirigenti non apicali ed il personale del comparto appartenente alla propria struttura gli obiettivi, i connessi indicatori e i risultati attesi che sono utilizzati per la misurazione della *performance* organizzativa della struttura.

Durante il corso dell'anno si effettua un costante monitoraggio degli obiettivi assegnati, attraverso la trasmissione trimestrale dell'andamento degli indicatori individuati nelle schede di *budget* a tutti i responsabili. Alla fine dell'anno, effettuato l'ultimo monitoraggio, i risultati raggiunti sono comunicati ai responsabili e discussi nelle successive riunioni.

Le schede e la relativa documentazione è trasmessa all'OIV per la verifica della correttezza dei processi di valutazione.

1.2.3. Il Controllo direzionale

Il Policlinico adotta le funzioni di *controllo di gestione* quale strumento fondamentale per l'analisi, l'orientamento e il monitoraggio delle azioni e dei programmi aziendali.

L'unità è in *staff* alla Direzione aziendale, alla quale garantisce il necessario supporto per la verifica dell'economicità della gestione e dell'efficacia dell'azione aziendale attraverso l'analisi dell'andamento dei fattori interni ed esterni.

La UOC Controllo direzionale si prefigura come strumento di supporto alle decisioni della Direzione aziendale nei momenti della programmazione aziendale nonché della gestione e della verifica delle singole attività/processi.

In particolare la UOC Controllo direzionale:

- fornisce supporto alla Direzione aziendale nella pianificazione strategica e nella funzione di programmazione e controllo attraverso analisi gestionali e studi di natura statistica e strategica;
- supporta la Direzione nella stesura dei documenti programmatori pluriennali (Piano strategico triennale) e annuali (documenti di programmazione annuale);
- ha la responsabilità delle attività di supporto alla Direzione aziendale nella valutazione della gestione secondo criteri di efficacia ed efficienza;
- elabora e trasmette report direzionali (analisi attività e monitoraggio costi e produttività);
- elabora e trasmette *report* periodici ai responsabili delle unità operative e provvede al monitoraggio costante e periodico delle attività e dei costi, organizzando i dati forniti dal servizio informativo aziendale;
- promuove lo sviluppo di una cultura manageriale orientata alla gestione dei processi di governo clinico, economico e organizzativo affidati ai singoli dirigenti;
- definisce un sistema di indicatori di controllo significativi e funzionali alla realizzazione di modelli gestionali efficienti ed efficaci;
- definisce il sistema di flussi informativi necessari ai fini del sistema di programmazione e controllo di gestione;
- fornisce supporto alla Direzione generale nel processo di programmazione e di *budget*;
- supporta l'Organismo indipendente di valutazione della *performance* per le attività inerenti la valutazione delle prestazioni;
- supporta le strutture aziendali competenti, nella predisposizione dei documenti previsti dalla normativa sulla misurazione della *performance* (Piano e Relazione della *performance*);
- cura, per le attività di competenza, gli adempimenti relativi al debito informativo del PTV nei confronti di enti e istituzioni, in applicazione delle norme vigenti in materia;

- effettua valutazioni relative all'economicità e alla sostenibilità di alcuni processi trasversali, prendendo in considerazione tutti gli aspetti tipici delle valutazioni economiche.

In sintesi la UOC agisce su tutti i livelli organizzativi in coerenza con i principi sui quali si sviluppa la strategia aziendale, orientando i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia di gestione) mediante il miglior utilizzo possibile delle risorse assegnate (efficienza).

Per l'acquisizione e l'elaborazione dei dati relativi all'attività sanitaria, la UOC gestisce i flussi informativi sanitari relativi alle varie linee produttive aziendali, la loro analisi e traduzione in reportistica utile alla Direzione aziendale ai fini del governo complessivo del sistema-azienda, oltre che dell'adempimento degli obblighi informativi nei confronti dei soggetti esterni, anche in termini di appropriatezza delle prestazioni.

2. IL SISTEMA DELLA PROGRAMMAZIONE E LA POLITICA DEGLI ACQUISTI

2.1. PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

Il PTV, nell'ambito della propria strategia di *governance*, attua una politica di attenta programmazione degli *acquisti di beni e servizi*, coerente con gli obiettivi di *sostenibilità* del Sistema Salute, di *equilibrio economico finanziario*, di *qualità delle prestazioni* e con i *bisogni* dettati dall'offerta assistenziale.

In linea con le previsioni normative nazionali e regionali, il PTV elabora, con il supporto delle UOC amministrative e sanitarie, per quanto di competenza delle medesime, il *programma biennale degli acquisti di beni e servizi*, in coerenza con il bilancio degli anni di riferimento e con il Piano di rientro aziendale nonché con i Piani di efficientamento.

Tramite l'Ufficio tecnico, elabora il programma triennale dei lavori, coerente con il programma edilizio universitario e con il complessivo Progetto di completamento dell'ospedale.

I programmi e i relativi aggiornamenti annuali, redatti anche in considerazioni delle iniziative di acquisto espletate dai soggetti aggregatori, sono trasmessi alla Regione Lazio, per il connesso percorso autorizzativo e di condivisione, e vengono, altresì, pubblicati sul sito istituzionale del PTV, per i conseguenti obblighi in materia di trasparenza.

2.2. LA POLITICA DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

Per dare concreta attuazione alla *programmazione degli acquisti di beni e servizi*, il PTV, in osservanza della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale in tema di *appalti pubblici*, attua una politica di approvvigionamento orientata prevalentemente all'espletamento di procedure di gara, procedure negoziate, procedure con strumenti telematici messi a disposizione dalla *Consip*, rinvenibili sul MEPA e dalla Centrale Acquisti della Regione nonché mediante l'adesione a procedure espletate da altri soggetti pubblici consorziati, anche in nome e per conto del PTV.

Con l'obiettivo di definire i quantitativi e valori per singolo acquisto, la UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori", di concerto con altre unità operative coinvolte nel processo, individua, ove possibile, appositi modelli di consumo finalizzati a rendere coerenti gli acquisti con le risorse previsionali.

Ai fini dell'espletamento delle procedure di gara ricomprese nel programma degli acquisti di beni, servizi e lavori, il PTV tiene conto delle risultanze delle negoziazioni di *budget* elaborate dalle strutture competenti, quali la UOC "Politica del farmaco e dei dispositivi medici", la *Unit* "Governo Tecnologie biomediche" e la UOC "Gestione e sviluppo risorse umane".

Nel corso dell'ultimo biennio è stato concretamente avviato nel PTV un "*Processo di razionalizzazione della spesa per l'acquisizione di beni e servizi*", accompagnato da contestuali azioni di efficientamento dei servizi stessi, in modo da realizzare – come di fatto è avvenuto – una

progressiva diminuzione del disavanzo ed una attuazione, ripartita negli anni, del Piano di rientro aziendale.

Tale programma di buona “*governance*” trova fondamento nel controllo sull’esecuzione dei contratti che, nel PTV, nel rispetto delle linee guida regionali di cui al DCA n. U00427/2013, si è attuato e continua a svilupparsi, affiancandosi ad una pianificazione strategica aziendale, mediante l’attivazione e l’implementazione di un *sistema di monitoraggio e controllo dei servizi e degli approvvigionamenti* in genere. Il sistema dei controlli è stato attuato mediante la costituzione di una complessiva “*rete di RUP e DEC dei singoli appalti*”, supportata da figure sanitarie di riferimento per il governo capillare delle diverse aree sanitarie e, sistematicamente, coordinata, monitorata e formata dalla Direzione aziendale e dalla UOC “Acquisizione forniture, servizi e lavori”.

L’azione di monitoraggio e controllo si è orientata, in fase iniziale, verso gli appalti di fornitura e di servizi generali più articolati e complessi sotto un profilo organizzativo e dei controlli, e, via via, si estende ad appalti di minor rilevanza economica e strategica.

La strategia di monitoraggio costante e controllo capillare, in affiancamento alla riduzione dei prezzi unitari dovuta all’espletamento di procedure di gara e revisione dei modelli di consumo, garantisce il contenimento della spesa e, nel contempo, consente di assicurare elevati *standard* qualitativi delle forniture.

2.3. LA UOC ACQUISIZIONE FORNITURE, SERVIZI E LAVORI

La UOC “Acquisizione forniture, servizi e lavori” è responsabile dell’acquisizione di forniture, servizi e lavori oggetto di apposite richieste da parte delle UOC sanitarie e amministrative del Policlinico. Nell’esecuzione delle attività ad essa ascritte, la UOC “Acquisizione forniture, servizi e lavori” verifica e valuta la convenienza dello strumento di acquisto da utilizzare per le singole procedure (acquisti mediante soggetto aggregatore, acquisti aggregati, gare autonome, MEPA) confrontandosi con i competenti uffici.

La UOC “Acquisizione forniture, servizi e lavori” è responsabile della programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi e degli adempimenti normativi relativi agli obblighi di trasparenza ed alla stessa sono demandate la cura dei rapporti e le comunicazioni con le istituzioni competenti in materia di approvvigionamenti (soggetto aggregatore di riferimento, centrale acquisti nazionale, *etc.*). La stessa struttura assolve gli obblighi informativi presso gli organismi di vigilanza e controllo e coordina le attività di sottoscrizione dei contratti, gli ordini e i monitoraggi delle forniture e dei servizi esternalizzati, nonché espleta procedure di gara, in qualità di Azienda sanitaria capofila, per le “gare aggregate” nell’ambito della Regione Lazio.

Con riferimento agli appalti di lavori, la UOC “Acquisizione forniture, servizi e lavori” è responsabile dell’espletamento delle procedure pianificate dall’Ufficio tecnico.

2.4 PIANIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE ACQUISTI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

La pianificazione e la razionalizzazione degli acquisti di farmaci è una delle attività svolte dalla UOC “Politica del farmaco e dei dispositivi medici”, con l’obiettivo di garantire l’appropriato livello di prestazioni, assicurando l’ottimale uso delle risorse. Questa attività viene svolta nell’ottica del raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione aziendale, individuando le necessarie e più opportune modalità tecniche ed organizzative.

Per quanto riguarda l’acquisizione dei farmaci, in ottemperanza alla normativa vigente (DPCM 24.12.2015 e Legge di stabilità 2016), il PTV procede agli acquisti mediante le procedure di gara espletate dalla Centrale Acquisti della Regione Lazio, in qualità di soggetto aggregatore di riferimento.

Per ciò che concerne la pianificazione, al fine di migliorare i processi di efficacia, di efficienza ed economicità della gestione del farmaco e verificare che i comportamenti operativi siano in linea

con la programmazione aziendale, le azioni, tra le altre, messe in atto dalla UOC “Politica del farmaco e dei dispositivi medici” sono:

- monitoraggio mensile dei consumi farmaceutici delle prime 15 discipline più impattanti sulla spesa complessiva, comprese quelle individuate come centri regionali di riferimento per particolari patologie e sulle quali insiste maggiormente la spesa dei farmaci in *File F*; al fine di effettuare un costante monitoraggio delle attività, per tenere sotto controllo i risultati derivanti dalle varie azioni messe in campo e per predisporre eventuali azioni correttive, la UOC “Politica del farmaco e dei dispositivi medici” produce un dettagliato *report* di consumi con cadenza mensile che vengono consegnati e discussi ogni mese con la specialistica interessata;
- accesso ai farmaci biosimilari (fattori di crescita leucocitaria, agenti eritropoietici, *infliximab* biosimilare, *etanercept* biosimilare);
- verifica dell’appropriatezza prescrittiva di farmaci ad alto impatto economico (antimicotici, antibiotici, emoderivati *etc.*) mediante l’utilizzo di apposita modulistica regionale o aziendale ed eventuale collegamento informatico con l’Area Diagnostica di laboratorio per il controllo dei valori indicati;
- incremento nella fornitura di plasmaderivati in conto lavorazione dalla Regione Lazio, con conseguente riduzione della spesa annuale di acquisto diretto di emoderivati.

La spesa per dispositivi medici si è ridotta complessivamente nell’ultimo triennio, nonostante l’incremento delle attività sanitarie erogate nel medesimo periodo. Tale riduzione è stata possibile per le seguenti azioni poste in essere:

- riduzione dei prezzi unitari a seguito dell’espletamento delle procedure di gara;
- adesione alle procedure di gara aggiudicate dalla Centrale Acquisti della Regione Lazio;
- espletamento di procedure mediante il MEPA (per importi inferiore alla soglia comunitaria);
- attività di *benchmark* mediante la ricerca e l’analisi dei prezzi di mercato praticati dai fornitori anche ad aziende sanitarie non presenti sul territorio della Regione Lazio e conseguente rinegoziazione dei prezzi già aggiudicati;
- definizioni di *budget* per i dispositivi medici con particolare riferimento ai dispositivi di maggiore impatto sulla spesa;
- monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici alto-spendenti;
- gestione della liquidazione e pagamento delle fatture in modo tempestivo nel rispetto della normativa;
- implementazione del magazzino per il “ricevimento unificato” dei dispositivi medici, compresi quelli in conto deposito e conto visione, per la:
 - tracciabilità dei DM in entrata e uscita dal PTV,
 - monitoraggio dei DM utilizzati,
 - contabilizzazione immediata dell’utilizzo dei DM e contestuale richiesta di reintegro dei DM utilizzati.
- per i DM in vitro:
 - introduzione di procedure di verifica e controllo per valutare l’appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio da parte delle UU.OO. (introduzione dei *reflex test*, blocco temporale della ripetizione degli esami non necessari);
 - introduzione delle “regole” di verifica e controllo per valutare l’appropriatezza prescrittiva da parte dei reparti di degenza e conseguente rifiuto delle prescrizioni non appropriate (introduzione dei *reflex test*, blocco temporale della ripetizione degli esami non necessari);
 - razionalizzazione e riduzione delle scorte di magazzino con introduzione di un sistema di controllo sulle giacenze ed *alert* per l’operatore al momento della predisposizione della

proposta d'ordine con rifiuto della stessa nel caso in cui la giacenza superi i 30 giorni di autonomia;

- rimodulazione delle procedure analitiche ed accorpamento di alcune con conseguente ottimizzazione dei consumi e riduzione degli sprechi (es. citofluorimetri).

Con riferimento alle attività di approvvigionamento, il PTV ha espletato procedure aggregate e aderisce alle procedure aggregate in corso di esecuzione da parte delle aziende sanitarie afferenti, ai sensi del DCA n. 369/2015, all'Area di aggregazione 2 della Regione Lazio.

2.5 LA COMMISSIONE TERAPEUTICA AZIENDALE

Il *Prontuario terapeutico aziendale* (PTA) è uno strumento dinamico destinato ad essere periodicamente aggiornato ed integrato. E' necessario valutare la disponibilità e l'inserimento di nuovi principi attivi nel PTA, sulla base dei più moderni criteri della *Evidence Based Medicine*, al fine di garantire ai pazienti il miglior trattamento possibile, pur mantenendo un contenimento costante della spesa.

Il PTA deve inoltre diventare concreto mezzo di formazione, informazione e monitoraggio, trasformandosi da strumento di consultazione e ausilio nella pratica clinica a mezzo capace di incidere sulla cultura sanitaria aziendale.

A questo aggiornamento è preposta la *Commissione terapeutica aziendale* (CTA con una partecipazione aperta a tutti i medici del Policlinico Tor Vergata nella misura in cui esprimano la capacità scientifica di proporre e motivare l'inclusione di nuovi principi attivi.

La Commissione ha assunto, come riferimento, i farmaci inclusi nel *Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione Lazio* (PTOR), sulla base del quale ha effettuato una ulteriore selezione mirata alle esigenze del Policlinico Tor Vergata, seguendo i criteri generali enunciati nel PTOR ed avvalendosi delle esperienze tecnico-professionali dei singoli componenti. Si è giunti così alla stesura del PTA del Policlinico, che rappresenta, quindi, un sottoinsieme del PTOR e ne condivide gli intenti scientifici, culturali ed organizzativi.

Gli obiettivi che la CTA intende perseguire sono:

1. Qualificare la spesa farmaceutica;
2. Promuovere l'uso appropriato dei farmaci;
3. Indirizzare il comportamento professionale del medico verso un utilizzo razionale del farmaco all'interno del governo clinico, inteso come l'insieme delle regole, dei processi e dei comportamenti che influenzano il modo nel quale viene erogata l'assistenza sanitaria in un contesto che possa favorire l'eccellenza;
4. Sviluppare un programma di elaborazione e implementazione di linee guida individuate sulla *Evidence Based Medicine*.

3. IL SISTEMA DELLA SICUREZZA SUL LAVORO

Il Sistema di gestione della dimensione della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro di pertinenza del Policlinico Tor vergata è articolato nell'ottica del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro per le aziende sanitarie (da qui SGSL-AS), così come delineato dalle "Linee di indirizzo per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio (SGSL-AS)" adottate con la delibera 656 del 14 ottobre 2016. Il PTV si impegna ad attivare un Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute sul Luogo di lavoro (SGSL), come parte integrante della propria organizzazione lavorativa. La tutela della salute e della sicurezza costituisce un ambito di azione primario e imprescindibile su cui il Policlinico Tor Vergata, attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'art.30 del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.", fondati

su un SGSL conforme alle BS OHSAS 18001:2007 e alle linee guida SGSL (UNI INAIL 2001) intende, applicando le linee di Indirizzo SGSL-AS, fondare il proprio modo di operare e di rappresentare valori, missione e visione.

Allo scopo di assicurare la tutela della salute e sicurezza sul lavoro, il Policlinico Tor Vergata definisce l'organizzazione e le modalità di valutazione delle azioni che caratterizzano ed influenzano l'attività di lavoratori e lavoratrici sul posto di lavoro, l'attività del gruppo di lavoratori e lavoratrici preposti ad ogni ambito lavorativo (reparto) e l'attività delle persone cui è affidata la direzione, il controllo e la supervisione dei processi produttivi. Il Policlinico Tor Vergata riconosce che la gestione della sicurezza sui luoghi di lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche richiede necessariamente apporti integrati, partecipati e condivisi da tutti gli attori coinvolti quali portatori del "debito di sicurezza" nei confronti del lavoratore o del fruitore dei servizi assistenziali, e si impegna a darvi attuazione.

In questa ottica, nel rivolgersi ad una platea di soggetti ampia, il Policlinico Tor Vergata intende presentarsi come organizzazione di servizio, strutturata a completa tutela dell'individuo, secondo un approccio olistico della tutela della salute e sicurezza che fa dell'etica il valore di fondo da attuare in tutte le componenti dell'organizzazione per realizzare la piena diffusione della cultura del lavoro sicuro quale elemento essenziale per una sanità di valore.

L'alta direzione aziendale, intendendo rappresentare tale modo di sentire ad ogni portatore di interesse, interno ed esterno, nel definire, documentare e sostenere la propria politica di salute e sicurezza, intesa nella più ampia e dichiarata accezione, esprime l'impegno a:

- a. svolgere ogni attività secondo modalità che garantiscano, in ogni momento, la salute e la sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, siano essi dipendenti propri o di ditte esterne, e dei clienti;
- b. adottare una metodologia di valutazione sistematica e continua dei rischi lavorativi e degli impatti significativi, al fine di eliminare/ridurre infortuni e malattie professionali e prevenire i rischi professionali;
- c. adottare soluzioni tecniche e organizzative che garantiscano elevati livelli di prevenzione e protezione della salute e sicurezza sul lavoro, avendo come punto di partenza il completo adempimento degli obblighi di legge, e di eventuali accordi sottoscritti al riguardo, per arrivare ad una gestione responsabile ed integrata di SSL, fondata sul miglioramento continuo dei livelli di tutela;
- d. destinare risorse umane, tecnologiche ed economiche adeguate ed appropriate per consentire la realizzazione della politica aziendale e degli obiettivi strategici ed operativi conseguenti;
- e. consultare e coinvolgere il personale interno e le loro rappresentanze, per ottenere impegno nell'attuazione della politica;
- f. coinvolgere le imprese esterne nella applicazione delle parti del MOG/SGSL per le parti di loro pertinenza;
- g. comunicare gli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti a tutte le parti interessate, con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici, nonché ai loro rappresentanti;
- h. assicurare la comprensibilità, l'attuazione ed il regolare aggiornamento delle procedure a tutti i livelli dell'organizzazione;
- i. riesaminare periodicamente la politica e la pianificazione delle attività, effettuare un attento continuo monitoraggio del sistema di gestione, integrato anche sulla scorta degli esiti degli audit periodici e sulla scorta della corretta applicazione delle procedure, affinché il sistema di gestione sia costantemente ed efficacemente attuato e mantenuto, avendo a riferimento costante il principio del miglioramento continuo;
- j. garantire che il personale, a tutti i livelli, riceva adeguata informazione, formazione ed addestramento e che possieda le competenze per lo svolgimento dei propri compiti, in modo di essere in grado di assumere le rispettive responsabilità in materia di SSL.

Il coordinamento dell'implementazione e mantenimento del SGSL-AS è affidato alla U.O.C. Servizio prevenzione e protezione (da qui UOC SPP), con un Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro interno alla UOC SPP. Inoltre la UOC SPP – in *staff* alla Direzione generale - esercita la funzione di “Servizio di Prevenzione e Protezione” così come è definito dal D. Lgs. n. 81/08 (art. 2, comma 1, lettera l) ossia “*l’insieme delle persone, sistemi e mezzi (...) finalizzati all’attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori (...)*”. Alla UOC SPP è attribuita quindi anche la funzione di organo di consulenza tecnico-scientifica per il Datore di Lavoro (ruolo ricoperto nel PTV dal Direttore generale) come previsto dal D. Lgs. n. 81/08 a proposito di tutto ciò che attiene alla promozione ed alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e lavoratrici e di quanti/e accedono alle strutture del PTV e esercitano qualche attività legittimamente.

In particolare compiti della UOC SPP sono (come indicato all’art. 33 del D. Lgs n. 81/08):

1. Identificazione e caratterizzazione delle fonti potenziali di pericolo e delle situazioni pericolose;
2. Valutazione qualitativa e quantitativa dei rischi;
3. Individuazione e caratterizzazione dei soggetti esposti;
4. Individuazione ed attuazione, secondo un criterio codificato di priorità, delle misure di prevenzione e di protezione che debbono comprendere le misure tecniche, impiantistiche, comportamentali, organizzative, informative e formative ritenute le migliori possibili per eliminare o ridurre i rischi individuati, in relazione alle specificità delle attività svolte.

La finalità delle attività della UOC SPP è quella di contribuire alla sicurezza degli ambienti di lavoro secondo il principio di miglioramento continuo della qualità della vita lavorativa, nei suoi aspetti bio-psico-sociali. La sicurezza e salute nei luoghi di lavoro è infatti il risultato di vari fattori che interagiscono tra di loro:

- il riconoscimento della sicurezza lavorativa come dimensione primaria dell’organizzazione aziendale, attribuendo quindi alle sue funzioni un ruolo di preminenza;
- il miglioramento dell’ambiente di lavoro come risultato non solo di interventi reattivi alle situazioni problematiche ma soprattutto di strategie di sistema condivise, verso una sempre maggiore integrazione della tutela della salute e sicurezza aziendale a partire dalle decisioni dei vertici aziendali, anche ai fini dell’attuazione di un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro come previsto dall’art.30 del D. Lgs. n. 81/08;
- l’attenzione ai bisogni individuali e specifici del lavoratore e della lavoratrice, promuovendo in loro un comportamento responsabile, autonomo ed informato, nell’ottica del «prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro», come recita il D. Lgs. 81/08;
- la lettura della contingenza e l’ascolto del clima organizzativo conseguente, ricercando soluzioni flessibili e adattabili alle diversità dei vari contesti e dei vari momenti
- la promozione all’interno del panorama di valori e strumenti dell’organizzazione aziendale del *risk based thinking* come principio costitutivo dei Sistemi di Gestione del PTV (Qualità, Sicurezza e Rischio clinico).

La UOC SPP svolge la funzione di Referente per le attività che riguardano:

- la Gestione delle emergenze non sanitarie (ad es. prevenzione incendi);
- la gestione e coordinamento delle attività di radioprotezione in collaborazione con l’Esperto qualificato ai sensi del D. Lgs. n. 230/95);
- la progettazione ed esecuzione di attività di Informazione in tema di sicurezza sul lavoro;
- il monitoraggio del fabbisogno formativo (compreso l’addestramento in tema di sicurezza sul lavoro) e la proposta di programmi di formazione nonché l’attuazione degli stessi;
- la prevenzione e gestione delle infestazioni animali negli ambienti di lavoro;

- la gestione dei gas medicinali;
- le attività di *security* (vigilanza e videosorveglianza).

La UOC SPP collabora e si integra anche con ogni altro servizio ed in tutte le circostanze per le quali la “consulenza” in materia di tutela della salute degli operatori possa rappresentare non solo la risposta ad un obbligo cogente, ma anche un riconoscimento ed un contributo ai valori rappresentati dalla *mission* aziendale. Promuove l’attuazione di una corretta politica della sicurezza e della prevenzione raccordandosi, in particolare, con la Direzione sanitaria, con l’Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali, con l’UOC Progettazione, sviluppo e gestione patrimonio, con la *Unit* Governo Tecnologie biomediche, con la UOC Affari generali e con la UOC Gestione e sviluppo risorse umane.

Il Coordinamento del Sistema di Gestione Antincendio si realizza con una figura specifica denominata Responsabile tecnico e Coordinatore gestione della Sicurezza antincendio.

Al sistema di sicurezza aziendale partecipano in termini di responsabilità e obblighi di tutela, alcune figure indicate nel D. Lgs. n. 81/08 che, a seconda del ruolo e delle responsabilità, sono così individuate ed elencate:

Soggetti dotati di potere decisionale:

- ✓ Datore di Lavoro: il Direttore generale del Fondazione PTV, in quanto titolare dei rapporti di lavoro con i lavoratori dipendenti della Fondazione e della AOU, nonché, comunque, in quanto responsabile della complessiva gestione della Fondazione, così come definita dall’articolo 6, e nel quadro dei corrispondenti poteri decisionali e di spesa.
- ✓ Dirigenti: coloro che, di seguito indicati, in ragione delle competenze professionali e conformemente ai poteri gerarchici e funzionali correlati alla tipologia e natura dei rispettivi incarichi, attuano le direttive del datore di lavoro organizzando l’attività lavorativa e vigilando su di essa:
 - Direttore sanitario;
 - Direttore amministrativo;
 - Direttori di Dipartimento ad attività integrata (D.A.I.)
 - Responsabili di Area funzionale
 - Direttore/Responsabile di Unità operativa complessa (UOC), semplice (UOS) e semplice dipartimentale (UOSD);
- ✓ Preposti: coloro che, di seguito indicati, in sintesi, *controllano* l’adozione delle misure di prevenzione, con riguardo ai profili di competenza e in conformità con il relativo incarico:
 - titolari di Posizione organizzativa;
 - coordinatori gestionali, clinici e tecnici;

Soggetti dotati di competenza professionale specifica:

- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (Responsabile del SPP nonché Direttore della UOC Servizio prevenzione e protezione);
- Medico competente (Responsabile delle attività di sorveglianza sanitaria);
- Medico autorizzato (Responsabile delle attività di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti);
- Esperto qualificato per la Radioprotezione (colui che svolge per il Datore di Lavoro la valutazione preventiva dei rischi di esposizione alle radiazioni ionizzanti);
- Addetto alla sicurezza *laser* (colui che svolge per il Datore di Lavoro la valutazione e il controllo dei rischi causati potenzialmente determinati dalle radiazioni ottiche artificiali);
- Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (rappresentanti dei lavori nello specifico ambito della Sicurezza sul lavoro).
- Responsabile Tecnico e Coordinatore Gestione della Sicurezza antincendio
- Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro SGSL-AS

4. IL SISTEMA DELLA SICUREZZA DEI PERCORSI DI CURA

4.1 IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SISTEMA

Il Sistema Salute ha subito, nell'ultimo decennio, un sostanziale processo evolutivo, sotto il profilo culturale e non solo, che conduce all'affermazione della *centralità della persona* nei percorsi di cura e di assistenza, con contestuale impegno di tutti gli *stakeholder* a convergere su tale obiettivo condiviso e, per l'effetto, rendere il Sistema del Servizio Sanitario Nazionale più efficiente, efficace e sicuro.

Garantire, infatti, sicurezza ed equità nell'accesso alle cure non è solo un'occasione di cambiamento nella Sanità, ma costituisce un preciso impegno delle professioni sanitarie coinvolte a modificare il proprio ruolo e le proprie responsabilità.

Nella stessa ottica si stanno modificando le *strategie gestionali* delle strutture ospedaliere che si pongono l'obiettivo di assicurare una *presa in carico del paziente* nei tempi giusti, nel luogo di cura più appropriato, in un contesto sicuro, sia sotto il profilo strutturale e tecnologico che sotto il profilo di scelta delle procedure da applicare, senza peraltro trascurare l'esigenza di una corretta informazione del paziente, che gli consenta di poter scegliere *se e come* essere curato.

Espressione e guida al cambiamento rappresenta la recente normativa emanata in tema di "*sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", di cui alla L. n. 24 dell'8 marzo 2017, e parimenti, nella stessa ottica, si collocano i provvedimenti regionali mirati alla costituzione di *reti* dedicate ai diversi livelli di intensità delle cure e più specificatamente a garantire percorsi di cura più appropriati e *personalizzati*.

Nel contesto di cambiamento delineato, il PTV ha riaffermato i propri valori fondanti, che ne costituiscono la *mission*, e pone in essere una serie di azioni tese a migliorare il proprio *sistema di cura*, come descritte in dettaglio di seguito.

4.2 IL RISK MANAGEMENT

Nell'ambito del PTV è da tempo attivo un processo di implementazione delle attività di *Clinical Risk Management* adottato sulla base del modello per la gestione del rischio in ambito sanitario.

In particolare, il Sistema di gestione del rischio clinico del PTV prevede la presenza di figure professionali dedicate al fine di creare una struttura trasversale che aiuti costantemente ad intervenire sul rischio organizzativo, ad identificare metodi per prevenire gli "eventi avversi" ed a segnalare tempestivamente gli "eventi sentinella", al fine di tutelare il paziente e gli operatori e riducendo, conseguentemente, l'impatto a bilancio del rischio clinico.

Nel settembre 2015 è stata emanata la nuova edizione della norma, la UNI EN ISO 9001:2015, alla quale la struttura di gestione del rischio clinico del PTV, si adeguerà entro il triennio.

I principi generali della nuova norma sono rappresentati da una più attenta analisi del contesto, dell'analisi del rischio, delle relazioni tra le parti interessate, da un più esteso concetto di *leadership*, da un approccio sistemico per processi, da un orientamento alla soddisfazione dei bisogni del cliente-paziente (*customer satisfaction*), dal miglioramento continuo, attraverso un'attenta misurazione ed analisi dei processi stessi.

La struttura del *Risk Management* garantisce:

- l'impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio messa in atto dal Policlinico Tor Vergata con la funzione di pianificare e supportare le scelte di indirizzo della Direzione aziendale e il coordinamento della loro attuazione;
- il supporto e lo sviluppo, unitamente agli Affari generali, e nell'ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento per responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie;

- la condivisione con i *risk manager* delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio;
- la promozione degli *audit* nonché l'analisi di tutti gli eventi avversi con morte o grave danno del paziente, ovvero degli eventi a valenza mediatica, occorsi presso le strutture sanitarie indicando le azioni di miglioramento da porre in essere e procedendo al monitoraggio dell'applicazione delle stesse;
- la predisposizione annuale e la relativa pubblicazione sul sito *internet* della struttura sanitaria, della relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle iniziative messe in atto;
- l'applicazione ed il monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della qualità e sicurezza delle cure indicate alle strutture sanitarie e la rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici con la finalità di fare emergere eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- l'analisi delle attività in tema di qualità e sicurezza delle cure in tutte le parti di cui essa risulta composta (sicurezza delle strutture e degli operatori e sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) nonché nell'ambito delle singole aree dipartimentali delle strutture sanitarie;
- la gestione e il coordinamento dell'attività in tema di rischio e sicurezza del paziente definita dal Ministero della Salute, da *Agenas* e dai tavoli tecnici nazionali;
- il coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici con la possibilità di emanare linee guida e raccomandazioni finalizzate alla riduzione del rischio;
- l'elaborazione ed il monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, eventi avversi ed eventi evitati), in adempimento degli obblighi previsti di comunicazione dei dati in ottemperanza al comma 2, art.3 Legge n. 24/2017;
- il supporto tecnico alle attività gestionali della UOC Affari generali per la valutazione dei sinistri di competenza.
- il supporto tecnico nell'approfondimento dei dati indicati nel Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) al fine di intercettare eventuali criticità organizzative/cliniche per adottare strategie adeguate a contenerle.

L'attività di *Risk Management*, in conformità alla determinazione regionale n. G01424 del 10.02.2014, e in attuazione della deliberazione del Direttore generale n. 178 25.03.2016, con la quale il *Risk Manager* è componente del Comitato per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA), prevede il coinvolgimento nelle attività di definizione di percorsi, protocolli operativi e linee guida cui aderire al fine di contenere il dilagare di eventi avversi potenzialmente riconducibili ad infezioni correlate all'assistenza.

4.3. IL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il *Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza* (CCICA) ha il compito di affrontare in modo multidisciplinare le varie problematiche inerenti le infezioni correlate all'assistenza, con particolare riguardo all'aspetto della prevenzione, del controllo e della sorveglianza.

Per assicurare maggior operatività al Comitato è stato costituito un Nucleo operativo, che si avvale della collaborazione stabile di figure professionali direttamente coinvolte nel controllo delle infezioni (microbiologo, infettivologo, farmacista, infermiere dedicato, personale della direzione sanitaria) e della consulenza per specifici problemi di altre competenze presenti in ospedale. L'attività del CCICA prevede riunioni ordinarie (almeno trimestrali), straordinarie e incontri con i vari gruppi di lavoro all'interno dell'ospedale.

Per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere la principale fonte di informazione è rappresentata dai dati di Laboratorio di Microbiologia che permettono l'immediato riconoscimento di eventi "sentinella" o di ceppi batterici multiresistenti di particolare significato epidemiologico.

Le fondamentali attività del CCICA sono:

- l'acquisizione della documentazione scientifica e legislativa sul tema delle infezioni ospedaliere e il loro continuo aggiornamento;
- la definizione della strategia e delle procedure d'intervento che prevede, nella maggioranza dei casi, un diretto coinvolgimento degli operatori sia nella fase conoscitiva che nella fase operativa;
- la verifica delle procedure adottate, con lo scopo di predisporre eventuali provvedimenti di modifica;
- la realizzazione di un valido sistema di sorveglianza con gestione dei flussi informativi e registri epidemiologici;
- indagini su eventi epidemici;
- la stesura, direttamente o in collaborazione, di protocolli e linee guida;
- la validazione di protocolli diagnostico-terapeutici e di profilassi;
- iniziative volte al miglior uso degli antibiotici (*stewardship*) con pianificazione di studi di valutazione dell'efficacia degli interventi;
- la valutazione di procedure assistenziali o di presidi sanitari;
- l'individuazione di indicatori per la prevenzione, il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza con raccolta ed elaborazione dei dati assistenziali a fini di ricerca e per la verifica di attività ed efficacia;
- la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario.

Le modalità organizzative del CCICA saranno volte al miglioramento dell'efficienza del Policlinico Tor Vergata attraverso il coordinamento delle risorse impegnate nell'ospedale.

Il Comitato potrà proporre l'attivazione di collaborazioni permanenti o occasionali, con strutture fortemente coinvolte nella gestione della patologia infettiva e potrà interagire con le strutture preposte alla prevenzione e controllo delle infezioni sul territorio, quali altre Aziende ospedaliere e universitarie, con modalità che saranno concordate con la Direzione sanitaria e generale del Policlinico Tor Vergata.

4.4. LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA E IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Il Policlinico, nell'ottica del massimo sforzo per la tutela del paziente ha posto in essere già da tempo adeguate azioni di impulso e coordinamento nella materia del rischio clinico e della responsabilità professionale sanitaria, sia sul versante della sicurezza delle cure, attraverso lo strumento della prevenzione, potenziando la struttura di vigilanza del rischio clinico e implementando le attività di *risk management*, sia su quello del recupero di margini di economicità dell'azione, attraverso un'adeguata strategia del rischio assicurativo e di implementazione delle procedure di gestioni dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria.

Nell'ambito del PTV è attivo un Comitato Valutazione Sinistri aziendale (CVS) costituito, in sostituzione del precedente Nucleo esecutivo del Sistema di garanzia, a seguito ed in ottemperanza a quanto disposto dalle linee guida adottate dalla Regione Lazio con la determinazione n. G09535 del 2 luglio 2014.

Detto organismo, di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle richieste di risarcimento danni per presunta responsabilità professionale sanitaria formulate nei confronti del PTV.

È uno degli organismi posti in *staff* alla Direzione aziendale.

Opera in armonia con le citate linee guida regionali, con la successiva circolare regionale n. 182471 in data 2 aprile 2015 e nell'ambito delle prescrizioni di cui ai commi da 538 a 540 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 nonché della legge 8 marzo 2017, n. 24 in materia di “*sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*” (“Legge Gelli-Bianco”).

Conformemente a quanto indicato dalle citate linee guida regionali, il CVS del PTV è composto da:

- un Dirigente degli Affari generali;
- dal Medico legale aziendale;
- dal *Risk Manger*;
- da un membro della Direzione sanitaria;
- da un legale;
- da un rappresentante della Compagnia di assicurazioni a garanzia del rischio RCT e professionale verso terzi;
- eventuali consulenti interni.

Il CVS svolge le seguenti attività:

- a) contribuisce a individuare le aree di criticità che, dal punto di vista organizzativo e tecnico-professionale, sono suscettibili di dar vita a contenzioso e suggerisce le opportune azioni correttive;
- b) concorre alla definizione delle priorità di intervento e verifica i risultati conseguiti;
- c) valuta i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
- e) individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- f) valuta l'impatto economico dei rischi, anche al fine di collocare il sinistro “sopra” o “sotto” il limite della *Self Insurance Retention (S.I.R.)* secondo quanto previsto dal contratto di polizza;
- g) valuta le tipologie e l'entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per una analisi dei sinistri anche in una ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
- h) formula la propria proposta motivata di definizione del sinistro sottoponendola alla Direzione generale.

Nell'ambito del CVS, inoltre, si dà particolare impulso ad una tempestiva e adeguata procedura di audit in merito alle richieste risarcitorie pervenute all'attenzione del CVS stesso di particolare e rilevante rilievo sia sotto il profilo dell'entità del danno che sotto il profilo dell'evento, da effettuare a cura del *risk manager*.

5. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA

Il Policlinico ha avviato un'azione di prevenzione del fenomeno della corruzione, perseguendo un'efficiente gestione delle risorse, individuando le attività con più alto rischio di corruzione, promuovendo una maggiore sensibilizzazione del personale sui temi della legalità e un soddisfacente livello di economicità, intesa come riorganizzazione delle attività lavorative di fronte alla necessità di assimilare concetti, procedure e culture lavorative nuovi, rafforzando, inoltre, nell'agire amministrativo l'etica pubblica, intesa come tutela dell'interesse generale; applicando la nuova nozione di trasparenza intesa come: “*accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione*”.

La promozione dell'accessibilità totale presuppone la fruizione da parte dell'intera collettività di tutte le informazioni pubbliche messe a disposizione dal PTV, perseguendo quindi forme diffuse di controllo.

Queste le premesse sottese all'elaborazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione (PTPC), che il PTV approva annualmente, quale strumento principale di attuazione della disciplina della prevenzione della corruzione e della trasparenza, finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

A tal fine, il PTPC ha lo scopo di:

- a. individuare le attività con più elevato rischio di corruzione;
- b. prevedere meccanismi di controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c. istituire corsi di formazione e informazione nei confronti dei responsabili e dei dipendenti degli uffici preposti allo svolgimento delle attività in cui è alto il rischio di corruzione;
- d. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti interni, per la conclusione dei procedimenti;
- e. controllare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- f. dare attuazione al profilo "statico" della trasparenza, che va a sostanziarsi nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'amministrazione per finalità di controllo sociale, ed al profilo "dinamico" della trasparenza stessa, correlato al miglioramento continuo dei servizi pubblici, che trova estrinsecazione nella *rendicontazione della performance*, attraverso cui l'amministrazione risponde delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate (*stakeholder*); in tale accezione, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia per il cittadino, sia quale destinatario delle generali attività dell'amministrazione, sia quale utente dei servizi pubblici;
- g. pubblicizzare on line i dati per consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione del PTV per quanto attiene al buon andamento del servizio pubblico reso e alla corretta gestione delle relative risorse;
- h. contenere le linee di intervento finalizzate alla pubblicazione di tutti i dati concernenti l'organizzazione dell'Amministrazione, integrate dalle iniziative per il coinvolgimento degli *stakeholder* interni ed esterni al fine di individuare e soddisfare ogni ulteriore esigenza di trasparenza.

6. IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

Il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata è certificato da aprile 2010.

Tra i molteplici strumenti a disposizione, per garantire la gestione per la qualità, il Policlinico ha scelto la certificazione di parte terza a norma UNI EN ISO 9001:2008. Il certificato è stato rilasciato da un Ente certificatore accreditato "Accredia".

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata è:

"Progettazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di diagnosi e cura, in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario e di day hospital, nelle strutture di Medicina di laboratorio, Ematologia, Anatomia ed Istologia patologica, Malattie infettive, Cardiochirurgia, Stroke Unit, Farmacia ospedaliera, Medicina trasfusionale, Oncologia medica, Medicina del lavoro, Nutrizione clinica Terapia parenterale e Anoressia nervosa, Centro di riferimento regionale per la Sclerosi multipla, Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, Reumatologia.

Progettazione ed erogazione di attività di governo di Direzione generale, amministrativa, sanitaria e infermieristica e delle Professioni sanitarie. Progettazione ed erogazione di attività formative accreditate ECM - Educazione Continua in Medicina.

Progettazione ed erogazione di attività del Comitato Valutazione Sinistri.

Erogazione di attività di gestione del rischio clinico, gestione sanitaria del blocco operatorio".

La strategia del PTV, sostenuta dal Sistema di gestione per la qualità, costituisce un sistema strutturato fondato su principi, quali l'orientamento al cittadino utente, il coinvolgimento del personale e il miglioramento continuo, finalizzati ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi e la

creazione di un nuovo modello assistenziale in cui coniugare, all'interno di una struttura fortemente inserita nel territorio, alta specializzazione ed attenzione verso la persona, in un'organizzazione sanitaria completamente integrata con quella amministrativa.

L'organizzazione del PTV si orienta a sviluppare l'integrazione ottimale tra le funzioni di assistenza, didattica-formazione e ricerca clinica, attraverso il bilanciamento concordato tra obiettivi del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università.

Nel perseguire i suoi obiettivi, il PTV è orientato al miglioramento continuo dei protocolli assistenziali e all'implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull'evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana

In accordo a questa visione strategica il Sistema di gestione per la qualità del PTV promuove e sostiene il miglioramento verso l'eccellenza, facilitando l'implementazione, l'acquisizione e il trasferimento di modelli organizzativi, procedure e protocolli condivisi e universalmente riconosciuti come *best practices*. L'avanzamento del processo di certificazione per la qualità del PTV nel suo complesso, il potenziamento dei servizi sanitari in un giusto bilanciamento tra *high care e low care*, l'orientamento verso progetti di ricerca, la partnership con le istituzioni locali e nazionali saranno il motore per realizzare questo percorso diventando la principale leva per l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, siano esse umane o tecnologiche, e per la creazione di *setting* di prestazioni sanitarie sempre più rispondenti ai bisogni della comunità.

Il PTV ha avviato nel 2016 un percorso verso la certificazione ISO 9001 dell'organizzazione secondo la nuova versione della norma emessa nel 2015. La nuova ISO 9001:2015 rappresenta un momento di riesame di quelli che possiamo considerare gli elementi base del nostro modello organizzativo: gli obiettivi, i processi, gli strumenti e i presidi di controllo.

Le novità della nuova versione della norma sono:

- esplicito riferimento all'adozione delle logiche del *Risk Based Thinking* per supportare e migliorare la comprensione e l'applicazione dell'approccio per processi;
- minori requisiti prescrittivi rispetto alla versione ISO 9001:2008 che comporta una maggiore personalizzazione del Sistema di gestione per la qualità, dovuta all'analisi del contesto di riferimento, dei rischi e delle opportunità;
- maggiore flessibilità riguardo alla documentazione, con l'obiettivo di fornire all'organizzazione una più ampia libertà nella definizione delle procedure necessarie ad assicurare un miglior controllo dei propri processi e l'efficacia del sistema;
- maggiore enfasi sull'analisi del contesto organizzativo, che varia inevitabilmente da realtà a realtà e che comporta l'adozione di un sistema di gestione dinamico e maggiormente personalizzato rispetto alle specifiche esigenze;
- maggiore enfasi sul raggiungimento dei risultati di processo, al fine di ottenere un servizio che soddisfi i requisiti del paziente/utente, quelli cogenti applicabili per accrescere la soddisfazione di tutte le parti interessate.

Questo approccio obbliga a riesaminare le modalità di analisi dei processi e l'ottica con cui ne approfondiamo i requisiti. In particolare il PTV dovrà maturare e mantenere una sensibilità ulteriore rispetto alla capacità di percepire rischi ed opportunità ed adeguare le modalità operative nell'esecuzione dei processi sanitari e tecnico-amministrativi con la massima consapevolezza e responsabilizzazione.

Così come configurato il sistema di gestione per la qualità si pone, altresì, come ulteriore supporto al modello per l'efficace gestione del *Clinical Risk Management* e per la certificazione dei processi amministrativi del PTV nell'ambito dei Piani Attuativi di Certificabilità (PAC).

Il PTV, al fine di perseguire il miglioramento continuo, è orientato alla massima integrazione del sistema con i processi aziendali. Tale integrazione si realizzerà, razionalizzando e migliorando le interfacce tra le diverse aree, attraverso la definizione e la condivisione di obiettivi misurabili e attraverso una sempre più attenta descrizione dei processi operativi.

Obiettivo principale sarà la diffusione del sistema di gestione per qualità all'interno dell'azienda orientandolo al miglioramento continuo, mantenendo la certificazione conseguita ed estendendola a nuove unità operative.

Ulteriore obiettivo sarà lo sviluppo, in ottica aziendale, del Sistema di gestione per la qualità inserendo nelle politiche per la qualità delle unità operative certificate obiettivi aderenti alle linee strategiche della Direzione aziendale e recependo, in una logica *top – down*, gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore generale.

Per consentire al personale l'acquisizione dei principi fondamentali della qualità, è stato attivato e verrà sviluppato un programma di formazione, che prevede la frequenza di corsi articolati su due livelli. Il primo è rivolto a tutto il personale del Policlinico Tor Vergata, perché la qualità sia intesa come concreta opportunità di continuo miglioramento; il secondo livello vuole creare all'interno del PTV un gruppo di professionisti, scelti tra tutte le professionalità presenti nella struttura (medici, biologi, infermieri, amministrativi), in grado di gestire le attività di "audit interno" sui sistemi di gestione per la qualità.

7. IL SISTEMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

7.1. L'AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI (APSS)

La filosofia che ha contraddistinto da sempre lo sviluppo della Direzione infermieristica e delle Professioni Sanitarie (DIPS) è stata quella di perseguire la crescita dei servizi e delle prestazioni adeguandola alle esigenze del malato considerato una persona affidata nel suo percorso clinico ad un professionista competente. In virtù di questo mandato, dal 2001 la DIPS, in *staff* alla Direzione generale, è stata impegnata a sviluppare, pianificare e programmare le attività svolte dal personale sanitario, assicurando l'impiego ottimale delle risorse umane impegnate, senza tralasciare il rispetto delle norme etiche, deontologiche e di qualità. Coerentemente, gli obiettivi organizzativi/gestionali della DIPS, sono stati indirizzati allo sviluppo dell'insegnamento clinico, all'assistenza di qualità sia nelle attività "*core*" che in quelle "*no core*" coniugando efficacia ed efficienza alla ricerca della performance clinica. Gestire bene il personale investendo in cultura, formazione e sensibilità, comporta la valorizzazione e soprattutto la giusta motivazione delle risorse professionali nell'ottica di garantire le migliori cure degli ammalati.

Questo è il contesto di riferimento, in cui le professioni sanitarie nel loro quotidiano agire, hanno fornito al sistema, dati, informazioni, riflessioni, valutazioni, esperienze preziose che sono state capitalizzate e codificate divenendo così patrimonio comune sino a ricomporsi in mappe valoriali che hanno dato impulso ed indirizzo all'azione organizzativa. Investire energie per integrare aspetti strutturali e culturali, per tenere in equilibrio, da un lato la sperimentazione di nuovi assetti strutturali, di modelli organizzativi del lavoro, di gestione e valorizzazione delle risorse umane, di acquisizione strutturata di competenze tecnico-professionali e dall'altro gli aspetti più strettamente culturali e relazionali tipici della nostra professione.

Proprio per queste rilevanti motivazioni Il Policlinico, in *staff* alla Direzione Generale, istituisce l'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali" (APSS) attribuendole funzioni di programmazione, gestione ed erogazione e governo delle prestazioni assistenziali, ostetriche, tecnico sanitarie e riabilitative, convogliando al suo interno anche le professioni sociali, al fine di promuovere l'integrazione professionale e conseguentemente migliorare i processi di presa in carico della persona assistita.

Attraverso l'istituzione di modelli organizzativi e gestionali innovativi, l'APSS si impegna a rispondere in modo adeguato alle esigenze aziendali, nell'ottica dell'efficientamento organizzativo. Esempio di innovazione organizzativa è il *Care Management* che, attraverso il governo della rete assistenziale intra ed *extra* ospedaliera, migliora la presa in carico degli assistiti nonché i percorsi di ricovero e dimissione. Regolato da un insieme di politiche, procedure e *standard* coerenti con l'allocazione delle risorse organizzative e delle attività cliniche, il *Care Management* ha l'obiettivo

di ottimizzare, monitorare ed integrare i processi aziendali legati alla gestione della risorsa posto letto e al flusso dei pazienti ricoverati.

7.2. LE STRUTTURE DELL'APSS

Con una innovativa organizzazione a matrice che prevede l'intersecarsi delle linee assistenziali con alcuni processi organizzativi trasversali sia all'Area funzionale stessa sia all'intera struttura aziendale, l'APSS, convoglia al suo interno la "UOC Direzione infermieristica", alla quale afferisce la UOS "Percorsi di riabilitazione", la UOSD "Direzione tecnica" e la *Unit* "Comfort ospedaliero e logistica sanitaria". La UOC "Direzione infermieristica" è responsabile della programmazione, gestione e sviluppo professionale delle risorse infermieristiche ed ostetriche, al fine di garantire a tutti i cittadini risposte assistenziali adeguate ai bisogni di salute. Concorre ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili nel rispetto delle norme etiche e deontologiche. Si pone inoltre in una prospettiva di sviluppo di tutte le professioni, di arricchimento delle competenze, di definizione, monitoraggio e valutazione dei processi assistenziali, di innovazione e sviluppo dei modelli organizzativi. Per mezzo dell'Ambulatorio delle cure infermieristiche, istituito con delibera DG n. 716 del 27/12/12, la UOC "Direzione infermieristica", risponde all'esigenza della Fondazione di fornire risposte adeguate ai cittadini, in relazione alla necessità di garantire un punto di riferimento per la continuità assistenziale, in particolare per quanto attiene ai pazienti dimessi che hanno terminato il percorso clinico ma che necessitano ancora di sole cure infermieristiche.

In *line* alla UOC "Direzione infermieristica", la UOS "Percorsi di riabilitazione", collabora al governo delle risorse assegnate atte a garantire le attività riabilitative attraverso l'utilizzo di modelli gestionali orientati alla flessibilità ed alla mobilitazione del personale. Partecipa alla promozione dei migliori percorsi riabilitativi nell'ottica di una precoce dimissione ed immissione del paziente nel territorio e nell'ottica dell'efficientamento dei percorsi di ricovero, collabora con le unità operative di degenza e con l'area dell'emergenza, al fine di promuovere la presa in carico precoce del paziente. La UOSD Direzione tecnica, oltre a governare le risorse assegnate atte a garantire le attività tecnico sanitarie, definisce, implementa e verifica l'attuazione dei piani di lavoro e degli *standard* operativi per le attività di diagnostica programmata e ne supervisiona la effettiva realizzazione. Nell'ambito delle unità organizzative delle aree di competenza, concorre alla definizione dei percorsi interni ed esterni, volti all'efficientamento e alla funzionalità delle aree di diagnosi e cura.

La *Unit* "Comfort ospedaliero e logistica sanitaria" e, svolge funzioni di coordinamento e controllo dei servizi trasversali erogati agli utenti, ai pazienti e agli operatori tutti, nell'ottica di una armonizzazione gestionale, fungendo da raccordo tra i servizi e i vari processi sanitari. Promuove inoltre l'implementazione di sistemi informativi di rilevanza direzionale ed eroga servizi di consulenza per gli approvvigionamenti e per l'acquisto di articoli sanitari.

L'APSS, anche per il tramite dei titolari di Posizione organizzativa e degli incaricati di funzioni di coordinamento. Contribuisce alla Direzione aziendale del PTV coadiuvando la Direzione aziendale nella definizione delle proposte di programmazione e delle politiche aziendali per quanto attiene ai processi ed ai programmi di competenza.

8. IL SISTEMA DELL'ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

8.1. LA POLITICA DELL'UMANIZZAZIONE

Il percorso culturale intrapreso dal PTV, fin dal momento dell'attivazione nel 2001, in coerenza con la propria *mission*, si sviluppa attraverso l'evoluzione concettuale "*dal curare al prendersi cura*" e, oltre a rafforzare il rapporto con la *persona-paziente*, conduce ad una rivisitazione critica, in termini propositivi, del *valore-qualità*: la qualità riguarda tutti ed è intesa trasversalmente tra tutti coloro che abitano l'ospedale, siano essi operatori della sanità o utenti.

All'interno di tale percorso, *l'umanizzazione*, analizzata quale termine paradosso in un ospedale, si è ridefinita acquisendo il significato pieno della presa in carico del paziente.

L'affermazione, ormai diffusa, della *centralità della persona* nelle cure mediche, è stata oggetto di una indagine attenta che investe vari ambiti, sia con riguardo alla persona bisognosa di cura, sia con riguardo alla persona impegnata nell'attività di cura.

L'aver reintrodotta il reale significato del termine "persona", quale elemento centrale che comporta una ridefinizione dei ruoli degli attori nel percorso di cura, corrisponde all'intento di voler mantenere alta la concentrazione su un cammino non scontato di consapevolezza della complessità dell'organizzazione del sistema ospedale.

Nel PTV, ospedale del nuovo millennio, è stata dedicata una particolare attenzione all'allestimento degli ambienti, in modo che questi ultimi comunichino la percezione di una struttura accogliente, ordinata, pulita, orientante, che riconosce e rispetta la dignità di chi vi entra.

L'umanizzazione è, quindi, nel PTV un valore prioritariamente legato al concetto del "prendersi cura" e, conseguentemente, la sua organizzazione è orientata a fornire un *servizio alla persona* ed il "prodotto" di tale servizio si concretizza in una composizione di prestazioni sanitarie e rete di relazioni fra i suoi abitanti e la struttura. I criteri informativi e gli indicatori di qualità di tale "prodotto" sono patrimonio trasversale a tutta l'organizzazione ed il raggiungimento di questa condivisione di valori è la base indispensabile per l'attuazione delle *politiche di umanizzazione*. Solo attuando una unitarietà di programma si concretizza l'opportunità di realizzare quel significativo scatto di evoluzione, necessario per rispondere alle aspettative della collettività.

L'obiettivo di stimolare, proporre, coordinare la concretizzazione di una componente così caratterizzante la *mission* del PTV è perseguito dai servizi in *staff* alla Direzione generale, tra i quali la UOSD "Accoglienza, Tutela e Partecipazione".

8.2. ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

La UOSD "Accoglienza, Tutela e Partecipazione", svolge una funzione strategica nella sua trasversalità. *Accogliere* significa tenere conto non solo della dimensione biologica del paziente ma anche di quella relazionale. Accogliere si traduce, quindi, in una modalità organizzativa che lega intrinsecamente l'attività di cura svolta da tutti gli operatori dell'ospedale e costituisce la *rete dell'accoglienza*. Il PTV si caratterizza quale *ospedale aperto* ai cittadini, al territorio, integrato con il contesto socio-culturale in cui si colloca, con un attento ascolto alle istanze della società civile, espresse anche dalle associazioni dei cittadini e dalle associazioni di volontariato.

Tutelare attraverso l'ascolto, la raccolta e l'analisi delle segnalazioni, l'analisi del gradimento dei servizi ricevuti consente la partecipazione degli operatori, dei cittadini, delle organizzazioni di volontariato al miglioramento dei servizi.

Facilitare significa integrare, in termini di scambio e permeabilità, funzioni legate alla ricerca e alla formazione e funzioni legate alla cura e all'assistenza, promuovendo la circolazione della conoscenza tra e con gli utenti/operatori anche tramite incontri e corsi di formazione.

Il Sistema Accoglienza nel PTV prevede la dislocazione del personale di Accoglienza in punti strategici della struttura, in cui maggiormente si concentra l'affluenza degli utenti (Galleria centrale, CUP, Direzione generale, etc.), con la finalità di *accogliere, informare ed orientare* gli stessi verso i servizi e l'articolazione dell'organizzazione ospedaliera, nell'ottica di rendere quanto più possibile i cittadini consapevoli ed autonomi nella fruizione degli spazi e delle prestazioni.

In tale ottica, anche il sistema di segnaletica, progettato e realizzato per facilitare il più possibile l'orientamento all'interno di una struttura articolata e complessa, supporta e accompagna operatori e cittadini nell'accesso ai servizi e alle prestazioni.

L'accoglienza è anche intesa come accoglienza telefonica, che si realizza sia tramite il servizio di centralino che attraverso il servizio di informazione telefonica, strumenti predisposti per rispondere ai bisogni dei cittadini/utenti, fornendo indicazioni appropriate e facilitando la comunicazione interna.

Accogliere significa anche porre attenzione e prendere in carico soggetti che si trovano in situazioni di particolare vulnerabilità o fragilità, quali, ad esempio, pazienti con disabilità o appartenenti ad altre culture.

Sempre in un'ottica di facilitazione, sono disponibili al PTV diversi strumenti di facilitazione, tra i quali il servizio *E-lisir*, che consente di agevolare, attraverso un servizio di videocomunicazione a distanza tramite *tablet*, la relazione tra operatori e cittadino (studente, paziente, dipendente etc.). Tale servizio mette a disposizione *tablets*, connessioni *wi-fi* e interpreti LIS per la traduzione simultanea in video da LIS in lingua verbale e viceversa.

Per facilitare e garantire un'efficace comunicazione con gli utenti stranieri, nel PTV è anche attivo, a disposizione degli operatori, un servizio di interpretariato telefonico H24, che garantisce una traduzione telefonica simultanea in più di un centinaio di lingue. Parallelamente, al PTV è anche disponibile un servizio di mediazione linguistica e/o culturale “a chiamata”, attivabile su richiesta della unità, per risolvere situazioni particolari e delicate che richiedono una presenza, oppure per facilitare la relazione con il paziente straniero in considerazione di tutti gli aspetti non strettamente connessi al semplice ambito linguistico ma più propriamente legati a fattori culturali, religiosi o tradizionali.

8.3. GLI STRUMENTI

Il quadro normativo di riferimento suggerisce una serie di strumenti, attraverso i quali garantire la partecipazione dei cittadini, e precisamente:

- la Carta dei Servizi
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- l'*Audit* Civico ovvero la partecipazione al Progetto Umanizzazione promosso da *Agenas* e Regione Lazio
- il Tavolo misto permanente della partecipazione e la valutazione della soddisfazione
- gli strumenti di comunicazione

8.3.1. La Carta dei Servizi

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella *Carta dei Servizi* che, aggiornata entro 90 giorni dall'emanazione del presente Atto aziendale, contiene tutte le informazioni utili e necessarie al cittadino utente per l'accesso e l'utilizzo informato dei servizi offerti, rendendo pubblici gli impegni che il PTV assume nei confronti dei cittadini.

La *Carta dei Servizi* del PTV, redatta in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente costituita dal DPCM 27/01/1994 “*Principi sull'erogazione dei servizi pubblici*”, dal DPCM 19/05/1995 “*Schema di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari*”, dal DCA n. U00311 del 6 ottobre 2014 - *Linee Guida per l'elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari nelle Aziende e strutture sanitarie della Regione Lazio* – nonché dalla Procedura aziendale del Sistema Gestione Qualità in materia di “Definizione e gestione della Carta dei Servizi”, è pubblicata sul sito aziendale www.ptvonline.it ed è articolata in sezioni interdipendenti di facile e rapida consultazione, idonee anche ad essere stampate e conservate per la lettura.

La Carta dei Servizi contiene tutte le informazioni utili per utilizzare consapevolmente e con facilità i servizi messi a disposizione dal Policlinico ed è stata concepita per favorire la trasparenza, la rintracciabilità e l'accessibilità delle prestazioni offerte e dei servizi che il Policlinico intende garantire. La Carta è costantemente aggiornata e a disposizione dei cittadini anche in un'ottica di dialogo aperto ai suggerimenti, alle richieste di chiarimento e alle proposte di modifiche avanzate da questi ultimi, intesi come principali fruitori e portatori di interessi rispetto ai contenuti della stessa.

8.3.2. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'*Ufficio Relazioni con il Pubblico*, previsto e normato dall'art. 12 D. Lgs. n. 29/1993, dal DPCM 11 ottobre 1994 nonché dalla legge 7 giugno 2000, n. 150, è struttura aperta al pubblico in un'ampia fascia oraria su 5 giorni settimanali, dedicata ad accogliere i cittadini che desiderino presentare una segnalazione (reclamo, suggerimento o encomio), prendendo in carico quanto segnalato e seguendo il relativo processo di elaborazione e gestione come da Procedura aziendale del Sistema Gestione Qualità in materia di "Gestione dei reclami suggerimenti ed encomi da parte dei cittadini utenti".

Le segnalazioni ricevute sono oggetto di analisi periodica quali-quantitativa finalizzata anche ad individuare i settori di criticità nei quali intervenire, ponendo in essere azioni preventive o di miglioramento.

8.3.3. L'Audit civico

L'*Audit civico* rappresenta un ulteriore strumento di partecipazione, che si attua conducendo un'analisi sistematica dei servizi offerti, valutati e considerati dal punto di vista del cittadino, attraverso un'indagine strutturata svolta da un'equipe mista formata da una componente civica e una aziendale. L'*Audit Civico*, promosso da *Cittadinanzattiva*, ha di recente trovato una propria evoluzione nel Progetto avviato congiuntamente da *Agenas* e Regione Lazio, denominato "*La valutazione partecipata del grado di umanizzazione valutazione delle strutture ospedaliere*" basato su una griglia di indicatori che vengono esaminati dalla *equipe* mista.

8.3.4. Il Tavolo misto permanente della partecipazione e la valutazione della soddisfazione

La partecipazione dei cittadini è valorizzata e promossa al PTV attraverso il contributo che le organizzazioni civiche apportano alla struttura ospedaliera in termini di promozione della cultura della solidarietà, sensibilizzazione, informazione nonché impegno fattivo nel supporto all'organizzazione, agli operatori ed ai pazienti. Il contributo delle organizzazioni civiche è disciplinato dal "*Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato presso la Fondazione PTV*" che enuncia principi, criteri, procedure e strumenti di controllo in materia di attività di volontariato all'interno del PTV.

La partecipazione delle associazioni si estrinseca ulteriormente nelle attività del *Tavolo misto permanente della partecipazione* - istituito con DDG PTV n. 641 del 26 novembre 2012 in applicazione della determinazione B8920 del 23 novembre 2011 - che riunisce in un unico contesto, almeno due volte l'anno, tutte le associazioni che, a diverso titolo e con diverse modalità, collaborano con il PTV e che si connota per la sua centratura sull'interesse generale e trasversale della comunità piuttosto che su quello specifico di singole associazioni/categorie di utenti. Il Tavolo rappresenta uno strumento di partecipazione civica attiva alle politiche sanitarie aziendali, all'interno del quale si confrontano la struttura ospedaliera e le organizzazioni di volontariato che con questa interagiscono, con l'obiettivo di sviluppare e consolidare la partecipazione civica, come risorsa privilegiata per lo sviluppo di politiche sanitarie concretamente orientate e informate dal punto di vista civico e per la valutazione civica delle performance aziendali e l'individuazione di priorità di intervento.

Analogamente, sempre nell'ottica di favorire la partecipazione dei cittadini, gli utenti sono invitati a compilare i questionari di soddisfazione messi a disposizione dal PTV, secondo la procedura aziendale del Sistema Gestione Qualità in materia di "Valutazione della soddisfazione dei cittadini utenti". I risultati delle indagini periodiche di soddisfazione sono elaborati in *report* volti a verificare il livello di gradimento dei servizi offerti, anche in rapporto ai risultati dell'analisi delle segnalazioni, con l'obiettivo di individuare interventi mirati a garantire il miglioramento continuo dei servizi offerti.

8.3.5. Gli strumenti comunicativi

A supporto delle politiche attuative dell'umanizzazione e, più in generale, delle iniziative aziendali, è dedicata particolare attenzione agli aspetti comunicativi, declinati in diverse accezioni:

- redazione ed aggiornamento della Carta dei Servizi
- redazione ed aggiornamento del sito *internet www.ptvonline.it*, con particolare attenzione al profilo della trasparenza
- redazione ed aggiornamento del sito intranet aziendale
- realizzazione di *brochure*/ moduli / avvisi / informative rivolte ad utenti esterni ed interni
- organizzazione di iniziative di sensibilizzazione e culturali finalizzate ad aumentare autonomia e consapevolezza nei cittadini
- aggiornamento del sistema di segnaletica di orientamento al cittadino

La comunicazione è intesa quindi come strumento trasversale ed efficace per contribuire a rendere riconoscibile la istituzione, la sua identità, la sua credibilità ed immagine e rendere conto all'opinione pubblica del proprio operato, anche al fine di favorire e consolidare il rapporto di fiducia tra gli utenti e la struttura in generale e con i singoli professionisti che vi operano in particolare.

9. IL SISTEMA DEGLI STUDI CLINICI

9.1. GLI STUDI CLINICI

L'obiettivo istituzionale del PTV, che si realizza nella integrazione delle attività assistenziali, di ricerca e didattiche, nel rispetto delle previsioni normative inerenti i Policlinici universitari-ampiamente illustrato in altre parti del presente atto - nonché la realizzazione degli scopi statutari della Fondazione attuale conferiscono allo sviluppo della *ricerca scientifica* una valenza strategica, rafforzata dal programma di riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione da realizzarsi a breve termine.

Nell'ambito della più ampia accezione delle attività di *ricerca scientifica* si colloca lo sviluppo di Studi clinici, quale attività connotata da forti aspetti sperimentali cui è dedicato un proprio *Sistema*, regolamentato dalla specifica normativa internazionale, comunitaria, nazionale e regionale, e contraddistinto da un elevato carattere di autonomia rispetto agli ambiti istituzionali di sviluppo di prestazioni assistenziali e/o di ricerca clinica e traslazionale.

Gli *studi clinici* (o *sperimentazioni cliniche*) consistono in qualsiasi studio sull'uomo finalizzato a identificare o verificare gli effetti clinici, farmacologici e/o altri effetti farmaco-dinamici di uno o più prodotti in sperimentazione, e/o identificare ogni reazione avversa a uno o più prodotti sperimentali e/o studiarne l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione, con l'obiettivo di accertarne la sicurezza e/o l'efficacia. Tale ampia definizione include gli studi clinici, sia di prodotti medicinali che di dispositivi medici, svolti in un unico centro o in più centri, in Italia o anche in altri Stati membri dell'Unione europea.

Gli studi clinici si dividono, in base al protocollo di ciascuno di essi, in:

- interventistici, a loro volta divisi in
 - farmacologici
 - su dispositivi
- osservazionali (o non interventistici), a loro volta divisi in
 - epidemiologici
 - farmacologici
 - su dispositivi

Sia gli studi interventistici che quelli osservazionali si dividono, in base alla finalità e alla natura del promotore, in:

- studi *profit*, ossia promossi dall'industria, a fini di lucro, i cui risultati divengono di proprietà dell'industria e possono essere utilizzati nello sviluppo industriale delle tecnologie a fini regolatori o a fini commerciali

Il promotore è una persona fisica, una società, una istituzione oppure un organismo che si assume la responsabilità di avviare, gestire e/o finanziare gli studi clinici.

- studi *no profit*, ossia condotti nell'ambito delle attività del Servizio Sanitario Nazionale senza scopo di lucro nonché finalizzati al miglioramento della pratica clinica quali parte integrante dell'assistenza sanitaria e non a fini industriali.

Il promotore degli studi clinici *no profit* deve avere i requisiti definiti dall'art. 1, comma 2, lettere a), b) e c) del decreto ministeriale 17 dicembre 2004 ovvero:

- essere una struttura o ente o istituzione pubblica o ad essa equiparata o fondazione o ente morale, di ricerca e/o sanitaria o associazione/società scientifica o di ricerca non a fini di lucro o istituto di ricovero e cura a carattere scientifico o persona dipendente da queste strutture e che svolga il ruolo di promotore nell'ambito dei suoi compiti istituzionali;
- non essere proprietario del brevetto del farmaco in studio o titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) e non avere cointeressenze di tipo economico con la società produttrice del farmaco in studio;
- essere proprietario dei dati, dell'esecuzione e dei risultati, fermo restando quanto previsto dalle norme vigenti relative alla pubblicazione dei dati.

L'attività di sperimentazione svolta nel PTV, in regime *extra* istituzionale prevalentemente da docenti e ricercatori universitari nello stesso strutturati, si attesta, sia a livello nazionale che internazionale, su elevati *standard* quantitativi e di alto e qualificato profilo scientifico, cui consegue la frequente individuazione del Policlinico stesso quale Centro coordinatore per l'Italia negli studi multicentrici, ovvero quale Centro riconosciuto sul territorio nazionale per lo sviluppo di studi internazionali.

9.2 IL COMITATO ETICO INDIPENDENTE (CEI)

In attuazione della disciplina di cui alla vigente normativa in materia di studi clinici e Comitati etici - costituita dalla Legge 8 Novembre 2012, n.189 di conversione del D.L. 13.09.2012, n. 158 recante "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*", dal Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 recante "*Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici*" nonché dalla Deliberazione della Giunta della Regione Lazio n. 146 del 12 giugno 2013 che dispone in tema di "*Riorganizzazione dei Comitati etici della Regione Lazio*" (rettificata con Deliberazione n. 301 del 3 ottobre 2013), nel PTV- confermato quale sede di CEI sul territorio regionale- è stato ricostituito dalla Direzione generale il *Comitato etico indipendente della Fondazione*, per la durata di un triennio con decorrenza dall'1 settembre 2016, che rispetta le disposizioni richiamate quanto a composizione, qualificazione dei componenti, organizzazione, funzionamento e garanzie di indipendenza.

Il CEI del PTV è un organismo indipendente cui sono attribuite le funzioni previste dal comma 10, lett. c) del richiamato DL n. 158/2012 ovvero le *competenze in ordine alle sperimentazioni cliniche dei medicinali ovvero ogni altra eventuale questione riguardante l'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, l'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo, generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei Comitati.*

Il requisito dell'indipendenza del CEI è garantito dai seguenti principi:

- mancanza di subordinazione gerarchica del Comitato nei confronti della struttura ove esso opera:

- presenza di componenti esterni alla Fondazione in misura non inferiore ad un terzo del totale;
- estraneità e mancanza di conflitti di interesse-diretti e indiretti- dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta, in coerenza con le indicazioni dettate dall'ANAC con determinazione n.831 del 3 agosto 2016-parte VII.

La valutazione etica, scientifica e metodologica degli studi clinici da parte del CEI si sostanzia nell'esame preliminare e sostanziale dei Protocolli proposti e nel rilascio del Parere unico che consente l'avvio dello studio, con l'obbligo di rendere pubblicamente disponibili le modalità di valutazione e di adozione dei relativi parere.

Il CEI ispira la propria attività al principio costituzionale del rispetto della vita umana, alla *Carta dei Diritti dell'Uomo*, alle raccomandazioni degli organismi internazionali ed alla deontologia medica nazionale e internazionale, alla *Dichiarazione di Helsinki* nella sua versione più aggiornata, alla *Convenzione di Oviedo*, alla vigente normativa in materia sanitaria, alle norme di "Good clinical practice" dell'Unione europea, adottate dall' Agenzia europea per la valutazione dei medicinali (EMA), alle disposizioni adottate dall'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA) e, ove applicabili, alle raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB).

Il CEI del PTV, nel rispetto di quanto previsto dall'art.4 del richiamato DM 8 febbraio 2013, si è dotato di un proprio regolamento che disciplina in dettaglio compiti, modalità di funzionamento e regole di comportamento dei propri componenti.

Il Policlinico assicura al CEI le risorse umane per il funzionamento dell'ufficio di segreteria, i cui oneri sono a carico del fondo di seguito disciplinato.

9.3 ASPETTI ECONOMICI

Nel rispetto di quanto previsto dall'art.6 del richiamato DM 8 febbraio 2013 in ordine agli oneri di funzionamento dei Comitati etici e delle relative segreterie tecniche, che sono posti a totale carico dei promotori degli studi, il CEI del PTV ha adottato le tariffe stabilite con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n.146 del 12 giugno 2013 per l'esame e valutazione dei Protocolli di studio clinico sottoposti allo stesso Comitato dai promotori nonché per la valutazione dei relativi Emendamenti sostanziali e non sostanziali.

I contributi versati dai promotori/*Sponsor* degli studi clinici, corrispondenti alle tariffe stabilite come sopra descritte, costituiscono un *fondo* destinato al Comitato, da impiegarsi per le spese di segreteria, per la documentazione in ambito scientifico e bioetico, per la formazione e l'aggiornamento dei Componenti del CEI e dell'ufficio di segreteria, per la liquidazione dei "gettoni di presenza" e degli oneri destinati al personale della segreteria, per l'organizzazione di eventi formativi, nonché per la stipula di polizze assicurative a garanzia delle attività svolte dal CEI, conformemente alle disposizioni di cui alla determinazione della Direzione Regionale Salute della Regione n.G00797 adottata in data 3 febbraio 2015.

Il *Fondo* costituito come sopra è gestito in autonomia dal CEI.

Eventuali spese per attività straordinarie sono deliberate in seduta dal CEI ed espressamente autorizzate dal Presidente dello stesso Comitato.

10 L'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

10.1. PRINCIPI INFORMATORI

L'attività libero professionale *intramoenia* (ALPI) è organizzata, strutturalmente e funzionalmente, tenendo presenti i principi e le finalità previsti dalle disposizioni normative e

regolamentari in materia. In particolare, nell'organizzazione dell'ALPI, il PTV deve salvaguardare i sotto indicati principi:

- garantire il diritto all'esercizio della libera professione e valorizzare il ruolo e le opportunità professionali del personale avente titolo;
- assicurare che il ricorso all'ALPI sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non derivi da carenze di offerta sanitaria o dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale del PTV, non dovendo contrastare l'esercizio dell'ALPI con l'incomprimibile diritto, riconosciuto a tutti i cittadini, di un eguale livello di assistenza sanitaria;
- contribuire, altresì, a valorizzare e mettere a disposizione del sistema sanitario complessivamente inteso il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali del PTV valorizzando, in tal modo, il ruolo imprenditoriale e la capacità competitiva dello stesso PTV nel più generale ambito del mercato dei servizi sanitari;
- garantire che l'ALPI non sia in contrasto con le finalità ed attività istituzionali del PTV né in regime di concorrenza con le attività del PTV e che sia organizzata in modo tale da assicurare l'integrale assolvimento dei compiti e la piena funzionalità dei medesimi servizi istituzionali;
- garantire il corretto equilibrio fra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, prevenendo l'instaurarsi di possibili condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale e ALPI e assicurando, prioritariamente, l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e la piena funzionalità dei servizi, in relazione alla programmazione aziendale, ponendosi l'ALPI come offerta aggiuntiva ed ulteriore dei servizi all'utenza;
- garantire il corretto rapporto tra prestazioni istituzionali e corrispondenti prestazioni da erogare in regime ALPI, assicurando che le prestazioni possano essere erogate in ALPI solo se fruibili anche in regime istituzionale e che l'ALPI non comporti un volume prestazionale superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;
- garantire il completo ristoro dei costi diretti ed indiretti sostenuti dal Policlinico per l'erogazione dell'ALPI, nel rispetto dell'obbligo di equilibrio fra costi e ricavi e prevedendo, nella quota aziendale delle tariffe, la completa copertura di tutti i costi di produzione sostenuti, ivi compresi gli oneri di natura fiscale e previdenziale.

10.2 OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI

Nella definizione dei modelli gestionali ed organizzativi dell'ALPI, il PTV deve salvaguardare il perseguimento dei seguenti obiettivi strategici ed operativi:

- garantire il diritto all'esercizio della libera professione per tutto il personale avente titolo in tutte le fattispecie di erogazione previste dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari, attraverso l'attivazione e l'implementazione di adeguate procedure amministrative ed organizzative;
- soddisfare le richieste dell'utenza, sia individualmente espressa che associata, nei confronti dei professionisti del PTV aventi titolo all'esercizio dell'ALPI;
- garantire i più alti livelli qualitativi dell'offerta assistenziale, sia sotto il profilo delle professionalità che per quanto concerne i modelli organizzativi e di "presa in carico" del paziente;
- garantire sistemi di tariffazione che siano da una parte remunerativi di tutti i costi diretti ed indiretti del Policlinico e, dall'altra, concorrenziali rispetto al mercato di settore.

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
ADORNO GASPARE	MED/05
AGRESTINI CORRADO	MED/28
ALESSANDRINI MARCO	MED/31
AMBROGI VINCENZO	MED/21
ANDREONI MASSIMO	MED/17
ANEMONA LUCIA	MED/08
ANGELICO MARIO	MED/12
ARCESE WILLIAM	MED/15
ASCOLI MARCHETTI ANDREA	MED/22
ATTANASIO ANTONIO	MED/09
BAIOCCHI LEONARDO	MED/12
BARLATTANI ALBERTA	MED/28
BASSANO CARLO	MED/23
BATTISTINI MARTINA	MED/22
BELLIA ALFONSO	MED/13
BERGAMINI ALBERTO	MED/09
BERNARDINI SERGIO	BIO/12
BERTOLI ALDO	MED/09
BIANCHI LUCA	MED/35
BIANCONE LIVIA	MED/12
BOLLERO PATRIZIO	MED/28
BORZI MAURO	MED/11
BOTTA ANNALISA	MED/03
BOVE PIERLUIGI	MED/24

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
BRUNO ERNESTO	MED/32
BUCCISANO FRANCESCO	MED/15
BUONOMO ORESTE	MED/18
CADEDDU FEDERICA	MED/18
CALABRESE LEONARDO	MED/29
CAMPANELLA VINCENZO	MED/28
CANALE MARIA PAOLA	MED/09
CANNATA GIUSEPPE	MED/33
CANTONETTI MARIA	MED/15
CAPOZZI CLAUDIO	MED/42
CARDELLINI MARINA	MED/49
CASADEI LUISA	MED/40
CATERINI ROBERTO	MED/33
CERRONI LOREDANA	MED/28
CESAREO MASSIMO	MED/30
CHIARAVALLOTTI AGOSTINO	MED/36
CHINI LOREDANA	MED/38
CHIRICOLO GAETANO	MED/11
CIANCONI LUIGI	MED/28
COLELLA DIONISIO FERNANDO	MED/41
CORDINER STEFANO	ING-IND/08
CORTESE CLAUDIO	BIO/12
COSSU ELSA	MED/36
COZZA PAOLA	MED/28
CRISTINO BENEDETTO	MED/21

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
CUDILLO LAURA	MED/15
CURATOLO PAOLO	MED/39
CUSUMANO ANDREA	MED/30
D'ADAMO MONICA	MED/09
D'AGOSTINI CARTESIO	MED/07
DAURI MARIO	MED/41
DE LORENZO ANTONINO	MED/49
DE MAIO FERNANDO	MED/33
DE NARDO DOMENICO	MED/09
DE VICO PASQUALE	MED/41
DEL POETA GIOVANNI	MED/15
DEL PRINCIPE MARIA ILARIA	MED/15
DEL VECCHIO BLANCO GIOVANNA	MED/12
DI CAVE DAVID	VET/06
DI COLA GIOVANNI	MED/09
DI DANIELE NICOLA	MED/09
DI GIROLAMO STEFANO	MED/32
DI GIULIO LORENZO	MED/22
DI LORENZO GIORGIO	MED/25
DI LORENZO NICOLA	MED/18
DI STASI SAVINO MAURO	MED/24
DIOMEDI MARINA	MED/26
DOLCI ALESSANDRO	MED/28
ELIA STEFANO	MED/21
ERCOLI LUCIA	MED/17

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
FANTINI MASSIMO CLAUDIO	MED/12
FARSETTI PASQUALE	MED/33
FAVALLI CARTESIO	MED/07
FEDERICI MASSIMO	M-EDF/01
FERLOSIO AMEDEO	MED/08
FIASCHETTI VALERIA	MED/36
FILINGERI VINCENZINO	MED/18
FIORITO ROBERTO	MED/18
FINAZZI AGRÒ ENRICO	MED/24
FLORIS ROBERTO	MED/36
FONTANA CARLA	Cat. EP - Virologia
FORTUNA ENZO	Cat. D - Psichiatria
FOTI CALOGERO	MED/34
FRAIOLI MARIO FRANCESCO	MED/27
GALASSO CINZIA	MED/39
GALLINELLA MUZI MARCO	MED/18
GALLÙ MARIA CARLA	MED/09
GANDINI ROBERTO	MED/36
GARACI FRANCESCO GIUESEPPE	MED/36
GASBARRA ELENA	MED/33
GENTILESCHI PAOLO	MED/18
GENTILI SANDRO	MED/44
GIACOMINI PIER GIORGIO	MED/31
GIULIANO MARIO ALBERTO	MED/30
GIUNTA ALESSANDRO	MED/35

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
GRANDE MICHELE	MED/18
GRECO ELISABETTA	MED/16
GRELLI SANDRO	MED/07
GUAZZARONI MANLIO	MED/36
IELLAMO FERDINANDO	M-EDF/01
IORIO FIORE SALVATORE	MED/23
IPPOLITI ARNALDO	MED/22
JACOANGELI FABRIZIO	MED/13
LAURO DAVIDE	MED/13
LAZZARI MARZIA	Cat. D - Terapia Antalgica
LEGRAMANTE JACOPO	MED/09
LEONARDIS CARLO	MED/41
LEONARDIS FRANCESCA	MED/41
LO COCO FRANCESCO	MED/15
LUNARDI PIERPAOLO	MED/27
MAGRINI ANDREA	MED/44
MANCA BITTI M.LUISA	MED/38
MANCA DI VILLAHERMOSA SIMONE	MED/14
MANCINI FEDERICO	MED/33
MANCINO RAFFAELE	MED/30
MANENTI GUGLIELMO	MED/36
MANNI GIANLUCA	MED/30
MANZIA TOMMASO MARIA	MED/18
MARFIA GIROLAMA ALESSANDRA	MED/26
MARINI MARIA ADELAIDE	MED/09

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
MARSELLA LUIGI TONINO	MED/43
MARTORANA ALESSANDRO	MED/26
MARTUSCELLI EUGENIO	MED/11
MASALA SALVATORE ANTONIO	MED/36
MASSA ROBERTO	MED/26
MASSARO MICHELE	MED/09
MASSOUD RENATO	BIO/12
MAURIELLO ALESSANDRO	MED/08
MAZZONE LUIGI	MED/39
MERCURI NICOLA BIAGIO	MED/26
MIANO ROBERTO	MED/24
MILITO GIOVANNI	MED/18
MINIERI MARILENA	BIO/12
MISSIROLI FILIPPO	MED/30
MONTELEONE GIOVANNI	MED/12
MORELLO MARIA	BIO/12
MOSCHESE VIVIANA	MED/38
NATOLI SILVIA	MED/41
NERI ANNA	MED/44
NIGRO CASIMIRO	MED/18
NIOLU CINZIA	MED/25
NOVELLI GIUSEPPE	MED/03
NUCCI CARLO	MED/30
ORLACCHIO ANTONIO	MED/36
ORLANDI AUGUSTO	MED/08

PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
OTTRIA LILIANA	MED/28
PALMIERI GIAMPIERO	MED/08
PAMPANA ENRICO	MED/36
PASINI AUGUSTO	MED/39
PASSALI FRANCESCO MARIA	MED/31
PASTORE FRANCESCO SAVERIO	MED/27
PATRIZI LODOVICO	MED/40
PELLEGRINO ANTONIO	MED/23
PERRICONE ROBERTO	MED/16
PETRELLA GIUSEPPE	MED/18
PICARDI ALESSANDRA	MED/15
PICCIONE EMILIO	MED/40
PIERANTOZZI MARIANGELA	MED/26
PIETROIUSTI ANTONIO	MED/44
PIETROPOLLI ADALGISA	MED/40
PISANI ANTONIO	MED/26
PISTILLO PIETRO	MED/33
PISANO CALOGERA	MED/23
PISTOLESE CHIARA	MED/36
PLACIDI FABIO	MED/26
POLISCA PATRIZIO	MED/09
POMPEO EUGENIO	MED/21
POSTORINO MASSIMILIANO	MED/15
POTENZA VITO	MED/33
PRATESI GIOVANNI	MED/22

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
PUXEDDU ERMANNO	MED/10
RICCI FEDERICO	MED/30
RIZZA STEFANO	MED/09
ROGLIANI PAOLA	MED/10
ROMAGNOLI ANDREA	MED/36
ROMEO FRANCESCO	MED/11
ROSATI ROBERTO	MED/18
ROSATO NICOLA	BIO/10
ROSELLI MARIO	MED/06
ROSSI PIERO	MED/18
RUSSO FRANCESCO	MED/18
RUVOLO GIOVANNI	MED/23
SANGIUOLO FEDERICA CARLA	MED/03
SANTONI RICCARDO	MED/36
SARMATI LOREDANA	MED/17
SARRECCHIA CESARE	MED/17
SAYA ANNA	MED/25
SBRACCIA PAOLO	MED/09
SCAFURI ANTONIO	MED/23
SCHILLACI ORAZIO	MED/36
SERGI DOMENICO	MED/11
SERGIACOMI GIANLUIGI	MED/36
SESTI FRANCESCO	MED/40
SICA GIUSEPPE	MED/18
SILERI PIERPAOLO	MED/18

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
SILVI MARIA BEATRICE	MED/41
SIRACUSANO ALBERTO	MED/25
SORDILLO PASQUALE	MED/17
SPALLONE VINCENZA	MED/13
SPINA CLAUDIO	MED/18
SQUILLACI ETTORE	MED/36
STEFANI ALESSANDRO	MED/26
STROPPA ITALO	MED/12
TARANTINO UMBERTO	MED/33
TESAURO MANFREDI	MED/09
TIBERTI URBANO	Cat. D. - Odontoiatria
TICCONI CARLO	MED/40
TISONE GIUSEPPE	MED/18
TORINO FRANCESCO	MED/06
TROISI ALFONSO	MED/25
TUDISCO COSIMO	MED/33
UCCIOLI LUIGI	MED/13
USSIA GIAN PAOLO	MED/11
VENDITTI ADRIANO	MED/15
VENDITTI DARIO	MED/18
VERSACI FRANCESCO	MED/11
VESPASIANI GIUSEPPE	MED/24
VILLA MASSIMO	MED/18
VOCI PAOLO	MED/11
VOSO MARIA TERESA	MED/15

**PERSONALE UNIVERSITARIO CON INCARICO ASSISTENZIALE
EX ART. 5 D.LGS. 517/99 ED EQUIPARATO**

COGNOME E NOME	SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE
ZEITANI JACOB	MED/23
ZUPI ERRICO	MED/40

PERSONALE DELLA DIRIGENZA al 31/12/2016

DIRIGENZA S.P.T.A.

AREA	PROFILO	PERSONALE DIPENDENTE			UNITA' DI PERSONALE UNIVERSITARIO STRUTTURATO (RAPPORTATE A n. 38 ORE SETTIMANALI)		
		TI	TD	TOT	TITOLARI INCARICO	di cui TD	TOT
Sanitaria	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE			0			
Sanitaria	DIRIGENTE SANITARIO FISICO	3		3	1,52		1,52
Sanitaria	DIR. SAN. FARM./DIR. STR. COMPL. FAR. OSP.	1		1			
Sanitaria	DIRIGENTE SANITARIO FARMACISTA	6		6			
Sanitaria	DIRIGENTE SANITARIO CHIMICO			0			
Sanitaria	DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO			0	7,04		7,04
Sanitaria	DIRIGENTE SANITARIO PSICOLOGO			0			
Sanitaria	DIRIGENTE SANITARIO ODONTOIATRA			0			
Professionale	DIRIGENTE ARCHITETTO			0			
Professionale	DIRIGENTE AVVOCATO			0	0,76		0,76
Professionale	DIRIGENTE INGEGNERE		1	1	0,76		0,76
Tecnica	DIRIGENTE STATISTICO			0			
Tecnica	DIRIGENTE SOCIOLOGO			0			
Tecnica	DIRIGENTE ANALISTA			0			
Amministrativa	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	7	2	9	1		1
Amministrativa	DIRIGENTE AMM.VO GIORNALISTA			0			
Amministrativa	DIR. AMM.VO DIR. SERVIZI ALBERGHIERI			0			
TOTALE		17	3	20	11,08		11,08

DIRIGENZA MEDICA

AREA	DISCIPLINA	PERSONALE DIPENDENTE			UNITA' DI PERSONALE UNIVERSITARIO STRUTTURATO (RAPPORTATE A n. 38 ORE SETTIMANALI)		
		TI	TD	TOT	TITOLARI INCARICO	di cui TD	TOT
Medica Sp. Mediche	ALLERGOLOGIA			0			
Medica Sp. Mediche	AUDIOLOGIA			0	1,52		
Medica Sp. Mediche	BIOCHIMICA CLINICA E BIOL. MOLECOLARE CLIN.			0	2		
Medica Sp. Mediche	CARDIOLOGIA	1	2	3	6,56		
Medica Sp. Mediche	DERMATOLOGIA			0			
Medica Sp. Mediche	DIABETOLOGIA			0			
Medica Sp. Mediche	EMATOLOGIA	1		1			
Medica Sp. Mediche	ENDOCRINOLOGIA			0	4,07		
Medica Sp. Mediche	FARMACOLOGIA			0			
Medica Sp. Mediche	FISIOCHINESITERAPIA			0			
Medica Sp. Mediche	GASTROENTEROLOGIA		2	2	6,04		
Medica Sp. Mediche	GENETICA MEDICA			0			
Medica Sp. Mediche	IDROLOGIA MEDICA			0			
Medica Sp. Mediche	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO			0	1,52		
Medica Sp. Mediche	MALATTIE CUTANEE E VENEREE			0	0,76		
Medica Sp. Mediche	MALATTIE DEL SANGUE			0	9,08		
Medica Sp. Mediche	MALATTIE INFETTIVE			0	4,8		
Medica Sp. Mediche	MEDICINA E CHIR. D'ACCETT. E D'URGENZA	7	7	14			
Medica Sp. Mediche	MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA			0	0,76		
Medica Sp. Mediche	MEDICINA GENERALE AMBULATORIALE			0			
Medica Sp. Mediche	MEDICINA INTERNA		6	6	13,36		
Medica Sp. Mediche	METODI E DIDATTICHE DELLE ATTIVITA' MOTORIE			0	1,76		
Medica Sp. Mediche	NEFROLOGIA E DIALISI	1	1	2	1,76		
Medica Sp. Mediche	NEUROLOGIA		2	2	10,76		
Medica Sp. Mediche	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			0	2,52		
Medica Sp. Mediche	ONCOLOGIA			0	1,76		
Medica Sp. Mediche	PEDIATRIA			0	2,52		
Medica Sp. Mediche	PSICHIATRIA	1		1	5,28		
Medica Sp. Mediche	RADIOTERAPIA		2	2			
Medica Sp. Mediche	REUMATOLOGIA			0	1,76		
Medica Sp. Mediche	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE			0			
Medica Sp. Mediche	SCIENZE E TECNICHE DIETETICHE APPLICATE			0	2,76	0,76	
Chirurgica e Sp. Chir.	CARDIOCHIRURGIA			0	5,52	0,76	
Chirurgica e Sp. Chir.	CHIRURGIA GENERALE	2	3	5	17,92		
Chirurgica e Sp. Chir.	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE			0	0,76		
Chirurgica e Sp. Chir.	CHIRURGIA TORACICA			0	3,52		
Chirurgica e Sp. Chir.	CHIRURGIA VASCOLARE			0	4,52		
Chirurgica e Sp. Chir.	GINECOLOGIA E OSTETRICIA			0	5,8		
Chirurgica e Sp. Chir.	MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE			0	7,84		
Chirurgica e Sp. Chir.	MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO			0	6,08		
Chirurgica e Sp. Chir.	NEUROCHIRURGIA	1	2	3	2,76		
Chirurgica e Sp. Chir.	OFTALMOLOGIA			0			
Chirurgica e Sp. Chir.	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		1	1			
Chirurgica e Sp. Chir.	OTORINOLARINGOIATRIA			0	1,52		
Chirurgica e Sp. Chir.	UROLOGIA			0	4,56		
Odontoiatria	MALATTIE ODONTOSTOMATOLOGICHE			0	6,04		
Odontoiatria	ODONTOIATRIA			0	2,52		
Med. Diagn. e dei Serv.	ANATOMIA PATOLOGICA			0	4,76		
Med. Diagn. e dei Serv.	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	13	17	7,08		
Med. Diagn. e dei Serv.	MEDICINA LEGALE			0	0,76		
Med. Diagn. e dei Serv.	MEDICINA NUCLEARE	1	1	2			
Med. Diagn. e dei Serv.	MEDICINA TRASFUSIONALE			0			
Med. Diagn. e dei Serv.	MICROBIOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA			0	4		
Med. Diagn. e dei Serv.	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA			0			
Med. Diagn. e dei Serv.	PATOLOGIA CLINICA			0	1		
Med. Diagn. e dei Serv.	RADIODIAGNOSTICA	1	1	2	12,64		
Sanità Pubblica	DIREZIONE DI STR. COMPL. PRESIDIO OSPEDALIERO						
Sanità Pubblica	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA						
Sanità Pubblica	IGIENE EPID. SANITA' PUBBLICA						
Sanità Pubblica	IGIENE GENERALE APPLICATA				0,76		
Sanità Pubblica	MEDICINA DEL LAVORO				3,76		
TOTALE		20	43	63	185,47	1,52	0

PERSONALE DEL COMPARTO al 31/12/2016

					UNITA' DI PERSONALE UNIVERSITARIO STRUTTURATO (RAPPORTATE A n. 38 ORE SETTIMANALI)		
FASCIA	QUALIFICA	TI	TD	TOT	TITOLARI INCARICO	di cui TD	TOT
IX	CPS INFERMIERE ESPERTO DS	54		54			
VIII	CPS INFERMIERE D	695	95	790	8		
VIII	CPS INFERMIERE PEDIATRICO D			0			
VIII	CPS OSTETRICA ESPERTA DS			0			
VIII	CPS OSTETRICA D	1		1			
IX	CPS TEC. S. RADIOLOGIA MEDICA ESPERTO DS	2		2			
IX	CPS TEC. S. LAB. BIOMEDICO ESPERTO DS	4		4			
IX	CPS TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA ESPERTO DS	1		1			
IX	CPS T.S.L.B. SERVIZIO TRASF.LE ESPERTO DS			0			
VIII	CPS TEC. SAN. LABORATORIO BIOMEDICO D	68		68			
VIII	CPS T.S.L.B. SERVIZIO ANATOMIA PATOLOGICA D	9		9			
VIII	CPS TEC. SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA D	45	4	49			
VIII	CPS T.S.L.B. SERVIZIO TRASFUSIONALE D	4		4			
VIII	CPS TECNICO ORTOPEDICO D			0			
VIII	CPS TECNICO FISIOP. CARD. PERF. CARD. D	6		6			
VIII	CPS TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA D	7		7	1		
VIII	CPS TECNICO DIETISTA D	6		6			
VIII	CPS TECNICO IGIENISTA DENTALE D			0			
VIII	CPS TECNICO AUDIOMETRISTA D	3		3			
VIII	CPS FISIOTERAPISTA ESPERTO DS	1		1			
VIII	CPS FISIOTERAPISTA D	10		10	2		
VIII	CPS TERAPISTA NEURO PSICO MOTR. ETA' EVOL. D	1		1			
VIII	CPS ORTOTISTA D	4		4			
VIII	CPS LOGOPEDISTA D	2	1	3			
VIII	CPS PODOLOGO D			0			
VIII	CPS TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA D		4	4			
VIII	CPS TEC. PREV. PROT. AMB. LAVORO D	1		1			
VIII	CPS ASSISTENTE SANITARIO D			0			
VIII	CPS TEC. ASSISTENTE SOCIALE D	2	1	3			
IX	COLLABOR. AMM.VO PROF.LE ESPERTO DS	8		8			
VIII	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE D	28		28			
VIII	ASSISTENTE RELIGIOSO D			0			
VII	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO C	68		68			
VI	COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO BS	82		82			
V	COADIUTORE AMMINISTRATIVO B	9		9			
IV	COMMESSE A			0			
IX	COLLABORATORE TECNICO PROF. ESPERTO DS			0			
VIII	COLLABORATORE TECNICO PROF.LE D			0			
VII	PROGRAMMATORE C			0			
VII	ASSISTENTE TECNICO C	1		1			
VII	ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA C	1		1			
VI	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO BS			0			
VI	OP. TEC. SP. CENTRALINISTA FUNZ. CUSTODIA BS			0			
VI	OP. TEC. SP. ADDETTO SERVIZI ALBERGHIERI BS			0			
VI	OP. TEC. SP. MAGAZZINIERE BS			0			
VI	OP. TEC. SP. IMPIANTISTA ELETTRICISTA BS			0			
VI	OP. TEC. SP. AUTISTA DI AMBULANZA BS			0			
VI	OP. TEC. SP. SERVIZI GENERALI BS	12		12			
VI	OP. TEC. SP. SERVIZI INFORMATICI BS			0			
V	OPERATORE TECNICO B			0			
V	OP. TEC. ADDETTO ASSISTENZA (OTA) B	0		0			
V	OPERATORE TECNICO DI CENTRALINO B	4		4			
V	OPERATORE TECNICO DI FARMACIA B	4		4			
V	OPERATORE TECNICO DI MAGAZZINO B	4		4			
V	OPERATORE TECNICO AUTISTA B			0			
V	OPERATORE TECNICO DI GUARDAROBA B	3		3			
IV	AUSILIARIO SPECIALIZZATO A			0			
VI	OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) BS	2		2			
TOTALE		1152	105	1257	11	0	0

TOTALE PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2016

	PERSONALE DIPENDENTE			UNITA' DI PERSONALE UNIVERSITARIO STRUTTURATO (RAPPORTATE A n. 38 ORE SETTIMANALI)		
	TI	TD	TOT	TI	TD	TOT
DIRIGENZA S.P.T.A.	17	3	20	11,08	0	11,1
DIRIGENZA MEDICA	20	43	63	185,47	1,52	187
COMPARTO	1152	105	1257	11	0	11
TOTALE	1189	151	1340	207,55	1,52	209

PERSONALE CONVENZIONATO AL 31/12/2016

	N. ORE SETTIMANALI
MEDICI	5783,5
BIOLOGI	731
PSICOLOGI	135
CHIMICI	32
TOTALE	6681,5

FUNZIONIGRAMMA

Ferma restando la declaratoria generale delle competenze così come definite agli artt. 21, 22 e 23, il presente funzionigramma riporta le specifiche funzioni e le attività afferenti le unità operative e le unit - non ricomprese in unità operative - della Direzione aziendale, anche agli effetti della individuazione dei poteri delegati o direttamente attribuiti, ai sensi e per gli effetti dei commi 7 e 8 dell'articolo 23 e del comma 2 dell'art. 24.

DIREZIONE GENERALE		
UOC CONTROLLO DIREZIONALE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla Direzione aziendale nell'attività di pianificazione, programmazione e controllo attraverso analisi gestionali e studi di natura strategica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla Direzione aziendale nella stesura di documenti programmatori pluriennali (piano strategico) e annuale (documenti di programmazione annuali)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alle strutture del PTV nelle analisi di impatto economico finalizzate alla proposta di acquisto di nuovi dispositivi/prosecuzione fornitura</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e tenuta sotto controllo di comunicazioni e documentazione prodotta da e verso soggetti esterni e interni del PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e predisposizione di presentazioni su dati di attività ed economici verso enti istituzionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC Risorse economiche e finanziarie per la predisposizione del CE secondo la periodicità di trasmissione verso la Regione (relativamente agli aspetti inerenti i ricavi da prestazioni)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Funzione di referente aziendale in ambito di contabilità analitica, anche in relazione agli adempimenti regionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione e sviluppo di una cultura manageriale orientata alla gestione dei processi di governo clinico, economico e organizzativo affidati ai singoli dirigenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Esecuzione, per le attività di competenza, degli adempimenti relativi al debito informativo del PTV nei confronti di enti e istituzioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Valutazioni relative all'economicità e alla sostenibilità di alcuni processi trasversali, prendendo in considerazione tutti gli aspetti tipici delle valutazioni economiche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definizione ed implementazione del sistema dei flussi informativi necessari ai fini del sistema di programmazione e controllo (anche attraverso l'interazione con la UOSD Sistemi informativi per la gestione dei software aziendali fornitori dei flussi)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione report direzionali (analisi attività e monitoraggio costi) per centri di responsabilità, centri di costo e processi produttivi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione report periodici per i responsabili delle Unità operative e monitoraggio costante delle attività e dei costi, elaborando i dati forniti dal Servizio informativo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definizione e monitoraggio di un sistema di indicatori di controllo significativi e funzionali alla realizzazione di modelli gestionali efficienti ed efficaci</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto per il monitoraggio degli indicatori legati agli obiettivi annuali assegnati al Direttore generale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla Direzione generale nel processo di programmazione e di budget</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOC CONTROLLO DIREZIONALE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Supporto all'Organismo indipendente di valutazione della performance per le attività inerenti la valutazione delle prestazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alle strutture aziendali competenti, nella predisposizione dei documenti previsti dalla normativa sulla misurazione della performance (Piano e relazione della performance)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto tecnico per quanto di competenza al processo aziendale di acquisizione apparecchiature partecipando alla Commissione per la valutazione delle richieste di acquisto</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Nell'ambito delle attività "intramoenia" o per le attività in convenzione, redazione pareri circa la remuneratività delle tariffe</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità delle procedure del Sistema di Gestione per la Qualità del PTV di riferimento della UOC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOC SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D. Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di Enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità, ex art. 2, comma 1, lettera f) D. Lgs.81/08, del Servizio Prevenzione e Protezione per lo svolgimento delle attività istituzionali previste per il suddetto servizio e definite dall'art. 33 D. Lgs. 81/08 con individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente; consulenze e pareri su pericoli, rischi e misure; elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2 della norma citata, e dei sistemi di controllo di tali misure; elaborazione delle procedure di sicurezza per le varie attività aziendali; proposta di programmi di informazione e formazione dei lavoratori; partecipazione alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica con i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza di cui all'articolo 35; comunicazione ai lavoratori delle informazioni sulla rischi specifici di cui all'articolo 36</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei servizi di fornitura, distribuzione e manutenzione gas medicali; prevenzione e gestione delle emergenze non sanitarie; servizio di dosimetria fisica; prevenzione e controllo delle infestazioni animali; servizio di vigilanza e videosorveglianza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOC SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Pianificazione, progettazione, sviluppo, esecuzione e monitoraggio delle attività educative residenziali, a distanza e sul campo in tema di formazione e sicurezza sui luoghi di lavoro; revisione ed integrazione procedure aziendali per gli aspetti inerenti la sicurezza delle attività; elaborazione di piani informativi, ex art. 36 del D.lgs. 81/08; analisi epidemiologiche e rendicontazioni infortuni, anche tramite lo sviluppo e la gestione di database specifici; selezione e verifica di presidi medico-chirurgici con dispositivi di sicurezza; referente SPP-PTV per le iniziative di miglioramento nell'ambito del rischio "violenza sui luoghi di lavoro" e "rischio psico-sociale e stress lavoro correlato"; elaborazione, integrazione e aggiornamento delle procedure per la prevenzione incendi ed i Piani di evacuazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione del Documento di Valutazione dei Rischi ex art. 28 D. Lgs. 81/08; Responsabilità del processo per l'adozione delle Linee di indirizzo per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio (SGSL-AS); valutazione del rischio da interferenza ex art. 26 D. Lgs. 81/08 e referente per la redazione dei Documenti di Valutazione dei Rischi da Interferenza per operatore economico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità del coordinamento delle attività finalizzate alla monitoraggio delle fonti di pericolo e elaborazione di misure di prevenzione e protezione dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti (ex D.lgs. 230/95), non ionizzanti ed alle radiazioni ottiche artificiali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità del coordinamento per le attività di fisica sanitaria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei presidi per il controllo dell'esposizione (Servizio di dosimetria fisica)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione archivio documentale SPP, cartacea e digitale, anche tramite lo sviluppo e la gestione di database informatici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto amministrativo e logistico per le attività istituzionali dell'U.O.C. "Prevenzione e Protezione" (SPP); gestione dati relativi all'attività istituzionali dell'U.O.C. "Prevenzione e Protezione" (SPP), attività di coordinamento con il servizio del Medico competente per la sorveglianza sanitaria ed i giudizi di idoneità allo svolgimento delle mansioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOC PROGETTAZIONE, SVILUPPO E GESTIONE DEL PATRIMONIO		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE**UOC PROGETTAZIONE, SVILUPPO E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Pianificazione delle attività di ammodernamento del patrimonio immobiliare dell'ente, curando la redazione del programma triennale dei lavori pubblici ed i relativi aggiornamenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili e mobili, garantendo la sorveglianza ed il corretto esercizio dell'impiantistica di esercizio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Progettazione interna, direzione dei lavori e coordinamento della sicurezza nei lavori pubblici di pertinenza del PTV nel rispetto della normativa di settore, ivi comprese le attività di R.U.P. (Responsabile Unico del Procedimento) nei lavori pubblici e nei servizi di propria pertinenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definizione attività amministrative e tecniche relative alla gestione, controllo e manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e dei relativi impianti fissi, ivi compresi gli spazi esterni e le aree a verde di pertinenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione degli adempimenti relativi allo svolgimento di lavori, all'acquisto ed alla fornitura di impianti tecnologici predisponendo i capitolati di appalto, la documentazione tecnica di gara in supporto alla UOC Acquisizioni forniture, servizi e lavori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supervisione delle attività di fattibilità urbanistica (comprensiva di titoli autorizzativi, nulla osta e rapporti con gli enti preposti) per la realizzazione di lavori di manutenzione edilizia ordinaria e straordinaria, di ristrutturazione/costruzione ex novo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di supporto per l'affidamento e verifica dell'espletamento degli incarichi interni ed esterni di progettazione preliminare, definitiva, esecutiva, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione e di esecuzione, di direzione dei lavori e di collaudo ai sensi della normativa vigente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione delle operazioni di stima, alle perizie tecniche, alla progettazione e direzione ed esecuzione di nuove costruzioni ed impianti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione, predisposizione e trasmissioni di informazioni in merito al patrimonio immobiliare verso enti istituzionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e coordinamento delle attività di cantiere relative alle manutenzioni e ristrutturazioni degli immobili e delle loro pertinenze</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Istruzione e predisposizione degli atti riferiti alle procedure per la rilevazione dei dati richiesti periodicamente dal Servizio regionale di monitoraggio e di quelli da comunicare all'Autorità di Vigilanza dei Lavori Pubblici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Indirizzo e verifica, in raccordo con la Direzione sanitaria, della progettazione relativa alle nuove realizzazioni edilizie ed impiantistiche relative al completamento del PTV, al fine di garantire che la stessa sia conforme alle norme e linee guida regionali in termini di accreditamento ed esercizio, nonché alle esigenze assistenziali del PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione di proposte in materia di sostenibilità e di efficienza energetica delle strutture sanitarie</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Svolgimento attività di didattica e formazione specialistica nell'ambito dei Corsi di Laurea, Laurea magistrale e Dottorato di ricerca per i settori di competenza e con particolare riferimento ai temi della sostenibilità e della efficienza energetica delle strutture sanitarie</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Definizione appropriato impiego e allocazione delle risorse umane</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Valorizzazione e sviluppo delle competenze</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Organizzazione dei servizi e collaborazione strategica con la Direzione aziendale, nell'organizzazione dei servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Governo clinico/ricerca, sviluppo professionale, sviluppo della formazione, individuazione dei bisogni formativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI		
UOC DIREZIONE INFERMIERISTICA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Inserimento e valutazione del personale dell'area infermieristica ed ostetrica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle mobilità in entrata ed in uscita</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione insieme alla componente amministrativa, all'applicazione armonica degli istituti contrattuali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Individuazione di standard e criteri per un'appropriata distribuzione del personale infermieristico ed ostetrico, tenuto conto della tipologia dei pazienti/utenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Individuazione di criteri per una corretta mobilità interna sia dipartimentale che interdipartimentale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Governo delle richieste di mobilità interna volontaria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e proposta alla Direzione aziendale di modelli organizzativi ed assistenziali, di metodi e strumenti di programmazione, di gestione e verifica delle attività del personale infermieristico ed ostetrico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione e realizzazione delle condizioni per l'aggiornamento professionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione attiva con le altre unità operative della Fondazione per la formulazione dell'offerta formativa aziendale annuale anche attraverso la progettazione e gestione diretta di attività formative</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Cooperazione e integrazione tra le diverse professioni nell'ambito delle diverse articolazioni della Fondazione anche con la costituzione e coordinamento di gruppi di lavoro multidisciplinari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attivazione nuove aree e ideazione e/o completamento nuove aree in collaborazione con le altre aree interessate</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione e sviluppo delle attività professionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Svolgimento funzioni di coordinamento e controllo dei servizi erogati agli utenti, ai pazienti e agli operatori tutti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo tra servizi e i vari processi sanitari, nell'ottica di una armonizzazione gestionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione dell'implementazione di sistemi informativi di rilevanza direzionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Tutela del mantenimento del benessere ambientale delle persone che abitano l'ospedale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento e controllo dei servizi erogati (area igiene e pulizia, area noleggio e lavaggio biancheria, presidio spogliatoi, ristorazione, supporto ai servizi sanitari, manutenzione arredi, lavaggio e manutenzione tende, fornitura dei presidi vari)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Cura delle persone che abitano e visitano l'ospedale, attraverso la formazione, l'informazione e l'orientamento, le indagini di soddisfazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alle attività di cura attraverso la condivisione e l'applicazione delle tecnologie di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI		
UOC DIREZIONE INFERMIERISTICA		
UOS PERCORSI DI RIABILITAZIONE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Governo delle risorse assegnate atte a garantire le attività sanitarie attraverso l'utilizzo di modelli gestionali orientati alla flessibilità ed alla mobilitazione del personale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione della qualità e dell'efficienza assistenziale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione della formazione, sviluppo e valorizzazione dei professionisti afferenti alla propria area attraverso la rilevazione dei bisogni formativi specifici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e monitoraggio degli indicatori organizzativi relativi al personale e al controllo di gestione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del processo di valutazione delle performance ed dei programmi di valorizzazione e premialità delle risorse umane, su direttiva del dirigente della UOC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione all'attuazione dei programmi e dei progetti di ricerca per il miglioramento delle best practice in ambito clinico-assistenziale ed organizzativo-gestionale e alla diffusione dei risultati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione al processo di budget e ai momenti di incontro degli organi aziendali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio dei livelli di assistenza, in relazione alle risorse umane impiegate ed ai livelli di domanda assistenziale dell'utenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Allocazione oculata del personale nell'ambito alle unità organizzative delle aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione, per quanto di competenza, alla tutela della salute del luogo di lavoro</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione alla formulazione dei sistemi di verifica della qualità esercitando attività di controllo qualità e reporting</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Assunzione di responsabilità diretta per le attività professionali quali la previsione del fabbisogno presidi/materiale sanitario/farmaci e la verifica dei consumi; il governo degli ambienti e degli arredi; il controllo sul corretto utilizzo degli ambienti/spazi; i controlli di sistema sulla pulizia degli ambienti, sullo smaltimento dei rifiuti, sulla ristorazione, sul funzionamento delle apparecchiature/ausili sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Produzione di reportistica al fine di condividere con il dirigente della UOC, piani definiti di intervento relativamente agli indirizzi aziendale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione alla promozione dei migliori percorsi riabilitativi nell'ottica di una precoce dimissione ed immissione del paziente nel territorio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Nell'ottica dell'efficientamento dei percorsi di ricovero, collaborazione con le unità operative di degenza e con l'area dell'emergenza al fine di promuovere la presa in carico precoce del paziente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>In collaborazione con le altre figure professionali cliniche, implementazione dei migliori protocolli terapeutici/riabilitativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE**AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI****UOSD DIREZIONE TECNICA**

Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Governo delle risorse assegnate atte a garantire le attività sanitarie attraverso l'utilizzo di modelli gestionali orientati alla flessibilità ed alla mobilitazione del personale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione della qualità e dell'efficienza assistenziale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione della formazione, sviluppo e valorizzazione dei professionisti afferenti alla propria area attraverso la rilevazione dei bisogni formativi specifici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e monitoraggio degli indicatori organizzativi relativi al personale e al controllo di gestione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del processo di valutazione delle performance e dei programmi di valorizzazione e premialità delle risorse umane, su direttiva del dirigente della UOC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione all'attuazione dei programmi e dei progetti di ricerca per il miglioramento delle best practice in ambito clinico-assistenziale ed organizzativo-gestionale e alla diffusione dei risultati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio dei livelli di assistenza, in relazione alle risorse umane impiegate ed ai livelli di domanda assistenziale dell'utenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Allocazione oculata del personale nell'ambito alle unità organizzative delle aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione, per quanto di competenza, alla tutela della salute del luogo di lavoro</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione alla formulazione dei sistemi di verifica della qualità esercitando attività di controllo qualità e reporting</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Assunzione di responsabilità diretta per le attività professionali quali la previsione del fabbisogno presidi/materiale sanitario/farmaci e la verifica dei consumi; il governo degli ambienti e degli arredi; il controllo sul corretto utilizzo degli ambienti/spazi; i controlli di sistema sulla pulizia degli ambienti, sullo smaltimento dei rifiuti, sulla ristorazione, sul funzionamento delle apparecchiature/ausili sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Produzione di reportistica al fine di condividere con il dirigente della UOC, piani definiti di intervento relativamente agli indirizzi aziendale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definizione, implementazione e verifica dell'attuazione dei piani di lavoro e degli standard operativi per le attività di diagnostica programmata e ne supervisiona la effettiva realizzazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio allocazione del personale tecnico-sanitario, nell'ambito delle unità organizzative delle aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definizione dei percorsi interni ed esterni, volti all'efficientamento e alla funzionalità delle aree di diagnosi e cura</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE**AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI****UNIT COMFORT OSPEDALIERO E LOGISTICA SANITARIA**

Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Collettore di criticità inerenti gli ambienti, relative condivisioni con altri servizi ed eventuale re-distribuzione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Valutazione sul mantenimento delle caratteristiche dell'ambiente educatore in condivisione con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità nelle forniture inerenti gli allestimenti e gli arredi in generale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione a commissioni interne, ove richiesto per competenze</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione condivisa per quanto riguarda l'edizione di capitolati di gara, relativamente a quelle parti nelle quali sono richieste competenze, anche talora confrontate con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e valutazione condivisa di finalizzate ricerche di mercato di prodotti, non strettamente sanitari, necessarie per gli allestimenti e loro aggiornamento</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento e controllo dei servizi con impatto sui degenti e visitatori (Area igiene e pulizia; noleggio e lavaggio biancheria; presidio spogliatoi; ristorazione; supporto ai servizi sanitari; etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Formazione al personale per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Informazione e orientamento all'interno delle aree sanitarie</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi e valutazione della qualità percepita in condivisione con la UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo per le attività di assistenza spirituale in condivisione con la UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione e sviluppo dei "facilitatori della salute" in sinergia con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione promozione all'ideazione e alla elaborazione di progetti aziendali finalizzati alla cura della persona esaltandone il valore della trasversalità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento della vigilanza sul mantenimento delle caratteristiche di "ambiente educatore" in sinergia con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOSD accoglienza, tutela e partecipazione per la realizzazione segnaletica informativa all'interno delle aree sanitarie con ampia condivisione trasversale.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e gestione di proposte innovative nei servizi interni rivolti al personale (spogliatoi, locali relax).</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione alla redazione di materiale informativo per gli ospiti in sinergia con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>In tema di sviluppo dell'aspetto ergonomico, anche in sinergia con altri servizi, promozione e sviluppo del modello ergonomico delle camere di degenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione sistema letto integrato con poltrona relax e presidio "solleva malato" (materassi antidecubito etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Condivisione e coordinamento azioni riparatrici su evento critico per quanto inerente l'uso dei locali e gli aspetti logistici ed ergonomici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sviluppo e relativo addestramento di soluzioni ergonomiche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Formazione ed informazione inerente le attività legate alle lesioni da pressione, agli aspetti ergonomici (letto elettrico, "solleva malato", ecc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Condivisione e applicazione delle tecnologie di prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee (wound care)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Educazione e cura della wound care (piaghe da decubito e altre ferite)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Valutazione condivisa dei flussi e dei percorsi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento del monitoraggio dei consumi e reintegro dei materiali. Gestione del modello logistico Milcare: programmazione dell'approvvigionamento e gestione del</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
AREA FUNZIONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI		
UNIT COMFORT OSPEDALIERO E LOGISTICA SANITARIA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>modello logistico di stoccaggio e distribuzione di farmaci, liquidi, presidi</i>		
<i>Integrazione del Presidio Aree speciali nel modello logistico adottato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD OPERATIONS MANAGEMENT		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D. Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi ed individuazione dei settori prioritari di intervento ed elaborazione di proposte operative per la Direzione aziendale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Progettazione e gestione di interventi di ottimizzazione nei settori e percorsi assistenziali complessi (blocchi operatori, pronto soccorso, servizi diagnostici, ambulatori)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Stesura di regolamenti organizzativi e procedurali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo tra le funzioni organizzative già presenti al fine di ottimizzare e sincronizzare le rispettive attività nell'ambito dei settori / percorsi oggetto di intervento</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Strutturazione di sistemi evoluti di misurazione delle prestazioni in termini di appropriatezza, efficienza, produttività</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi ed individuazione dei settori prioritari di intervento ed elaborazione di proposte operative per la Direzione aziendale in ambito di reingegnerizzazione degli ambulatori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione, implementazione e continuo aggiornamento del sito internet e intranet aziendale, con particolare attenzione al profilo della trasparenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifica della coerenza delle vesti grafiche ai modelli istituzionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione, valutazione bisogni formativi del personale di front office afferente alla Unità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione, organizzazione e partecipazione di eventi formativi/incontri sui temi dell'Accoglienza, comunicazione e partecipazione di concerto con l'Area funzionale delle professioni sanitarie e sociali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Referente per i progetti istituzionali e regionali relativi all'empowerment, all'accessibilità ai servizi anche in collaborazione con altre UO (es. Sportello Malattie rare, Sportello Carta nazionale -Tessera sanitaria, Progetto Bollini rosa, progetto Servizio civile, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo e collaborazione con la Direzione sanitaria per le prestazioni erogate dal CUP del PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione di azioni di miglioramento nella organizzazione e gestione delle attività amministrative/accoglienza in collaborazione con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione completa del percorso autorizzativo delle aule destinate alla formazione interna ed esterna</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Pianificazione, di concerto con la UOC Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio degli adeguamenti degli allestimenti nelle aree non sanitarie (area visitatori, galleria, sale di attesa, CUP, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle aree esterne destinate al parcheggio, di concerto con la UOC progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio e con la UOC Servizio di Prevenzione e Protezione (permessi autorizzativi, etc)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle attività relative alle Consultazioni elettorali e referendarie in collaborazione con la Direzione sanitaria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle aree verdi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del servizio di telefonia fissa e mobile</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del servizio Rassegna stampa telematica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Informazione al cittadino sull'accessibilità ai servizi e sulle attività erogate dal PTV; facilitazione della fruizione dei servizi ai cittadini in condizione di fragilità o vulnerabilità (per esempio anziani, disabili)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sviluppo e coordinamento delle attività di mediazione culturale/linguistica in collaborazione con la Direzione sanitaria e Area funzionale delle professioni sanitarie e sociali per facilitare e garantire una efficace comunicazione con i cittadini stranieri</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione e aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e supervisione sulle Guide e Carte dei servizi delle UU.OO.; gestione del sistema di rilevazione dei reclami/suggerimenti/encomi (raccolta, organizzazione e sistematizzazione dati)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>effettuando le relative analisi periodiche</i>		
<i>Redazione di materiale informativo e divulgativo rivolto agli ospiti ricoverati anche in collaborazione con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di centralino e gestione rubrica telefonica interna e di informazione telefonica (Call center informativo)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Segnaletica informativa esterna all'area di attività sanitaria ed interna all'area di attività sanitaria in condivisione con l'Area funzionale professioni sanitarie e sociali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento Tavolo misto permanente della partecipazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento delle attività di volontariato svolto all'interno del PTV, fatte salve le responsabilità gestionali della Direzione sanitaria per l'impiego dei volontari all'interno dei servizi assistenziali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo per le attività di assistenza spirituale in condivisione con l'Area funzionale professioni sanitarie e sociali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione, valutazione e organizzazione attività relative all'Ospedale aperto (es. collaborazione con organizzazioni attive nel territorio, open day su specifiche patologie, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione e sviluppo dei "facilitatori di salute" (es. progetto scuola, attività di clownterapia, attività ricreative musicali/intrattenimento per ospiti degenti in occasione di festività etc.) in sinergia con altri servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD RISK MANAGEMENT		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione e verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio in Sanità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto e sviluppo, unitamente agli Affari generali (Comitato Valutazione Sinistri), delle strategie di riduzione del rischio; aziendale e di contenimento del contenzioso con analisi dei sinistri e delle iniziative dell'Autorità giudiziaria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Condivisione con i Risk Manager delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione degli audit nonché analisi di tutti gli eventi avversi con morte o grave danno del paziente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD RISK MANAGEMENT		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Indicazione delle azioni di miglioramento da porre in essere e monitoraggio dell'applicazione delle stesse</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione annuale e relativa pubblicazione sul sito internet della struttura sanitaria, della relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Rilevazione del rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi e coordinamento delle attività in tema di qualità e sicurezza delle cure</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione e monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (SIMES)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto tecnico nell'approfondimento dei dati indicati nel Programma Nazionale Esiti (P.N.E)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Componente CCICA, supporto tecnico per la prevenzione e gestione del rischio infettivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione di attività formative in materia di rischio clinico e qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di revisione qualitativa delle cartelle cliniche a supporto della diretta responsabilità della Direzione sanitaria in materia</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD SISTEMI INFORMATIVI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Reingegnerizzazione del sistema informativo-informatico aziendale.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione e aggiornamento del Piano di sicurezza informatica - Analisi e test di intrusion detection</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei contratti di manutenzione e assistenza hardware e software</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sviluppo dei piani operativi di investimento per tecnologie informatiche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sicurezza informatica e policy</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Analisi e organizzazione dei processi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi del mercato, ricerche e informazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica del rispetto dei livelli di servizio definiti e resi da eventuali ditte fornitrici di</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD SISTEMI INFORMATIVI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>manutenzione e formalizzazione di eventuali contestazioni alle stesse</i>		
<i>Attività di liquidazione delle fatture relative alla manutenzione ordinaria e straordinaria di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento collaudi per la corretta manutenzione e la periodica verifica della sicurezza e funzionalità delle tecnologie in uso</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto tecnico al processo aziendale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione rapporti di analisi e di processi organizzativi aziendali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione e realizzazione scelte HW e SW adeguate alle esigenze aziendali nel rispetto degli investimenti economici pianificati e concordati e dei tempi stabiliti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento formazione degli utenti aziendali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e organizzazione delle risorse umane assegnate</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Competenza tecnica e mantenere il costante aggiornamento specialistico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD QUALITÀ		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio, acquisizione e diffusione di aggiornamenti normativi inerenti i Sistemi di gestione per la qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Progettazione e realizzazione di Sistemi di Gestione per la Qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Mantenimento, monitoraggio e miglioramento continuo dei Sistemi di Gestione per la Qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei rapporti con enti terzi per la certificazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di audit interno sui Sistemi di Gestione per la Qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Addestramento del personale nell'attività di audit interno</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Progettazione ed erogazione di attività di formazione sui Sistemi di Gestione per la Qualità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla Direzione aziendale su programmi di miglioramento legati a piani di sviluppo del PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla Direzione aziendale nella riorganizzazione delle procedure interne e dei processi gestionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD QUALITÀ		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Attività di raccordo e coordinamento tra i diversi settori che operano all'interno del PTV, per la corretta attuazione della normativa vigente in tema di tutela della privacy, sia nei rapporti con gli utenti del PTV sia con gli enti esterni, sia nei rapporti con l'Autorità garante</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Progettazione e svolgimento di attività formative degli incaricati del trattamento dei dati personali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UOSD MEDICINA DEL LAVORO		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di Enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Contribuzione alla realizzazione di un adeguato sistema di prevenzione e tutela dei lavoratori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione proposte finalizzate alla tutela della salute dei lavoratori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione progetti finalizzati a prevenire le malattie professionali e le malattie correlate al lavoro</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Promozione della cultura di prevenzione in materia di salute e sicurezza. Inoltre collabora con il Datore di lavoro e con l'U.O.C. Servizio Prevenzione Protezione (SPP) alla valutazione dei rischi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione alla attuazione e informazione dei programmi volontari di "promozione della salute"</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 del D. Lgs. n. 81/2008 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento e custodia, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria ed un documento personale sanitario per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza medica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Erogazione attività di sorveglianza sanitaria ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 art. 41</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Svolgimento attività di Medico autorizzato sulla base della normativa vigente (Legge n. 230/95 e smi) nei confronti del personale radioesposto sia di classe A sia di classe B</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alle attività della UOC Radioterapia</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Controlli di qualità sulle apparecchiature radiogene in conformità alla normativa vigente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AZIENDALE		
UNIT COMUNICAZIONE E FUNDRAISING		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Portavoce del Direttore generale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Responsabilità dell'Ufficio stampa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità delle relazioni esterne con i mezzi di informazione, con gli enti istituzionali italiani ed esteri, con le associazioni professionali, con le aziende, anche attraverso i più innovativi canali di comunicazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi del fabbisogno per la destinazione dei fondi pubblici o privati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Ideazione, promozione e realizzazione di progetti utilizzando strumenti di fundraising, marketing, comunicazione e sponsorizzazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Organizzazione di eventi istituzionali e non</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE		
UNIT AVVOCATURA INTERNA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE GENERALE**UNIT AVVOCATURA INTERNA**

Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>In raccordo con la UOC Affari generali, in riferimento alla gestione degli incarichi esterni: ricezione atti giudiziari notificati all'ente; studio delle problematiche giuridiche sottese anche di concerto col settore interessato; Predisposizione atti processuali necessari in caso di giudizio; Partecipazione alle udienze rappresentando l'ente; Adozione e notifica degli atti di esecuzione forzata per il recupero di eventuali crediti; Predisposizione e adozione degli atti di gravame e rappresentanza l'ente anche nei giudizi superiori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMISTRATIVA**UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE**

Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo del PTV, per le attività di competenza, nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Tenuta e aggiornamento del fascicolo personale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Riconoscimento servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione certificati di servizio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione aspettative, permessi e congedi per motivi discrezionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aspettative, permessi e congedi per motivi discrezionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Mobilità interna</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione part-time (concessione, diniego, variazioni, ripristino tempo pieno)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Dimissioni e cessazioni dal servizio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Ricostituzione rapporto di lavoro</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione per autorizzazione ad incarichi extra istituzionali ed anagrafe delle prestazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di monitoraggio e rispettive comunicazioni con la Regione Lazio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Cause di servizio e malattie professionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Applicazione art. 3 L. 1204/71 (attività a rischio)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifica incompatibilità con il rapporto unico di lavoro</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Relazioni sindacali e supporto alle delegazioni trattanti di parte pubblica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Procedimenti disciplinari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Concessione dei benefici previsti dalla l. 104/92</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Concessione benefici ex art. 7 d.lgs. 119/11</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Trasformazione rapporto regime esclusivo / regime non esclusivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE AMMISTRATIVA		
UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Predisposizione atti per il conferimento, valutazione, conferma o revoca di incarichi dirigenziali; degli incarichi di posizione organizzativa; delle funzioni di coordinamento; coordinamento sistema premiante del personale dipendente dei ruoli non dirigenziali e del personale dipendente afferente all'Area della Dirigenza medica e all'Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per la verifica e valutazione del personale dipendente dei ruoli non dirigenziali e del personale dipendente afferente all'Area delle Dirigenza medica e all'Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Riconoscimento del Diritto allo studio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione Piano formativo annuale ECM e non</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per la partecipazione alle attività formative ECM nonché quelle obbligatorie e facoltative; autorizzazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione atti di programmazione del fabbisogno di risorse umane e conseguente determinazione della dotazione organica in relazione alle politiche di programmazione del fabbisogno e monitoraggio e verifica variazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per l'acquisizione del personale dipendente mediante procedure concorsuali, avvisi pubblici, mobilità, comando</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per l'acquisizione del personale convenzionato mediante specifica selezione e mobilità e collocamento mirato obbligatorio Legge n. 68/99</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per la gestione dei rapporti con la Regione Lazio in ordine alla concessione di autorizzazioni inerenti l'acquisizione di personale dipendente, convenzionato e universitario strutturato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione rapporti con enti terzi, in ordine alle richieste di autorizzazione componenti esterni commissioni concorsuali/selettive pubbliche e comunicazioni anagrafe delle Prestazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione e stipula contratti individuali di lavoro, rinnovo/proroga rapporti di lavoro a termine</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Comunicazioni ai Servizi aziendali di riferimento delle acquisizioni di personale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Trasmissione agli uffici competenti delle variazioni inerenti il settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Liquidazione compensi componenti esterni procedure concorsuali/selettive pubbliche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Rilevazione presenze/assenze del personale dipendente, convenzionato e universitario strutturato, con applicazione degli istituti contrattuali e normativi di riferimento in materia di orario di lavoro e assenze dal servizio; gestione degli elementi accessori (es. indennità, buoni pasto, pronta disponibilità) e trasmissione dati al settore "Trattamento economico e quiescenza; gestione delle assenze per malattia e dei relativi controlli domiciliari; gestione infortuni del personale; gestione delle assenze per maternità e paternità; rilevazione delle attività svolte in regime extra-orario (es. Alpi, abbattimento liste d'attesa, sperimentazioni, altre attività a pagamento); attività di reportistica verso enti terzi (es. Funzione pubblica, Regione Lazio, INPS, INAIL), OO.SS., altri settori aziendali e personale; attività informativa sulle novità contrattuali in materia di gestione delle presenze e assenze; attività di supporto e di verifica inerente lo sviluppo della turnistica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Collocamento a riposo per limiti di età, dimissioni volontarie, inabilità relativa alle mansioni, inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Indennità fine servizio a seguito di cessazione per limiti di età, di servizio, decesso, inabilità, cessazione per destituzione dall'impiego, dimissioni e altre cause TFR per cessazione per limiti di età, di servizio, decesso, inabilità, destituzione dall'impiego, dimissioni e altre cause</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Certificazione modelli PA 04, 350/P</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione ricongiunzioni e riscatti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione ri-liquidazioni trattamento di pensione, IPS, TFR</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione economica, contributiva e fiscale di tutti gli istituti contrattuali e dalle disposizioni normative in materia, ai fini della corresponsione del trattamento economico fondamentale e accessorio al personale dipendente e convenzionato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE AMMISTRATIVA		
UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Gestione economica degli istituti previsti dai CC.CC.NN.L. e dalle disposizioni normative in materia, ai fini della corresponsione del trattamento economico accessorio al personale universitario strutturato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione assegni per il nucleo familiare</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione della corresponsione dei compensi per le attività svolte in regime extra-orario (es. ALPI, abbattimento liste d'attesa, sperimentazioni, altre attività a pagamento)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione atti per la previsioni di spesa del personale ai fini dell'elaborazione dei documenti di programmazione annuale e triennale e successiva rilevazione a consuntivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per la costituzione e gestione dei fondi del trattamento economico del salario accessorio del personale dipendente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione economica del Sistema premiante</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Rapporti con enti previdenziali e assicurativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Attività di compilazione e controllo del conto annuale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Riepiloghi contabili a seguito di specifiche richieste</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione compensi agli eredi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC ACQUISIZIONE FORNITURE, SERVIZI E LAVORI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità per gli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione piano biennale degli acquisti per forniture e servizi, tenendo conto delle priorità individuate dalla direzione strategica e in linea con le risorse economiche disponibili, e relativi aggiornamenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione dei complessivi documenti di gara all'esito della verifica dei fabbisogni e della documentazione elaborata dalle strutture competenti per categoria merceologica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e predisposizione della proposta inerente le procedure di gara per l'affidamento di appalti di forniture, servizi e lavori di valore uguale o superiore a € 40.000,00</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori, predisposizione e approvazione degli atti di gara per l'affidamento di appalti di forniture, servizi e lavori di valore inferiore a € 40.000,00 e sottoscrizione del relativo contratto</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Potere di rappresentanza nell'ambito delle procedure espletate mediante il mercato elettronico MEPA per fornitura, servizi e lavori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Supporto alle Commissioni giudicatrici per le attività amministrative</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione dei capitolati tecnici per le acquisizioni di tecnologie biomediche e relativi servizi connessi, sentita la Unit Governo tecnologie biomediche;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC ACQUISIZIONE FORNITURE, SERVIZI E LAVORI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Analisi impatti dispositivi consumabili connessi all'utilizzo apparecchiature</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio andamento spesa manutenzione sanitarie, consumabili e acquisti attrezzature sanitarie</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica requisiti in capo agli aggiudicatari e acquisizione documentazione per la stipula dei contratti;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Comunicazioni informazioni a enti terzi (ANAC, Ministero infrastrutture, GUUE, GURI) per le indizioni e le aggiudicazioni delle gare;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Acquisizione richiesta di pareri e formulazione di quesiti rivolti all'Autorità per il controllo sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione reportistica tempi e scadenze gare</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione atti di recepimento aggiudicazione di gare regionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione atti di adesioni convenzioni/accordo quadro/SDA aggiudicate da Consip</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione rapporti con la Regione Lazio per trasmissione fabbisogni per la stesura dei capitolati di gara da parte della Centrale Acquisti regionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione contabile dei contratti mediante l'inserimento delle informazioni sul sistema informatico e collegamento degli stessi all'anagrafica dei prodotti/servizi aggiudicati e ai relativi prezzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione degli ordini mediante il sistema informatico per le forniture, servizi e lavori ad eccezione dei farmaci e dispositivi medici di competenza della UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sottoscrizione ordini emessi all'esito di procedure di scelta del contraente ad eccezione dei farmaci e dispositivi medici di competenza della UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Tenuta, aggiornamento annotazioni, vidimazione Repertorio atti pubblici/Repertorio atti privati, gestione archivio cartaceo/informatico contratti e documentazione relativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione rapporti con la Regione Lazio per trasmissione dati utili alla stesura dei capitolati di gara da parte della Centrale Acquisti regionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione di tutte le procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti regionali dedicati all'acquisizione di beni strumentali compresa la rendicontazione per i competenti uffici regionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione di tutto il processo di inventariazione dei beni mobili strumentali, con particolare riferimento alla corretta identificazione dell'ubicazione, del centro di costo, del valore patrimoniale e relativo ammortamento</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione, per i competenti uffici aziendali, degli strumenti di analisi e reporting relativi all'andamento dei contratti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Redazione documentazioni e relazioni per la redazione del bilancio previsionale/consuntivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e predisposizione della proposta inerente gli acquisti in danno</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Pubblicazione di indagini di mercato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e distribuzione buoni pasto</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC ACQUISIZIONE FORNITURE, SERVIZI E LAVORI		
UOS COORDINAMENTO ESECUZIONE DEI CONTRATTI, LOGISTICA E GESTIONE RISORSE ECONOMICHE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Supporto ai DEC e RUP nelle attività di verifica del rispetto dei livelli di servizio raggiunti dagli operatori e monitoraggio tempistiche degli adempimenti di rispettiva competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le procedure relative alle variazioni contrattuali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione anagrafica operatori economici, gestione modifiche assetti societari in capo ad esecutore del contratto</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto ai DEC e RUP per la gestione degli atti conseguenti agli inadempimenti contrattuali (applicazione penali, acquisti in danno, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio andamenti contrattuali e verifica rispetto vincoli di bilancio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento attività di logistica (magazzino interno, esterno e di reparto)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla informatizzazione logistica del PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione dei magazzini economici e monitoraggio rimanenze ad eccezione dei farmaci e dispositivi medici di competenza della UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del flusso contratti verso enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Supporto attività inventariali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica del rispetto del Regolamento di utilizzo cassa economica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Costituzione, reintegro ed estinzione del fondo cassa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Acquisizione e archiviazione di tutti i documenti a supporto delle movimentazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sottoscrizione ordine e pagamenti di spese nel rispetto del Regolamento di utilizzo della Cassa economica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Custodia fondo cassa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Inserimento ordini collegati ai contratti e successiva liquidazione informatica delle fatture per forniture e servizi di competenza della UOC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D. Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo del PTV, per le attività di competenza, nei confronti di Enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione bilanci preventivi e consuntivi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio della spesa rispetto al bilancio di previsione e reportistica periodica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Gestione sistema autorizzatorio e verifica budget assegnati alle strutture</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo per l'alimentazione della contabilità di cui alla UOC Controllo direzionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Fatturazione periodica delle prestazioni sanitarie istituzionali (ad eccezione delle attività svolte in regime di ALPI) / cessione emoderivati rese nei confronti di soggetti pubblici e privati a seguito di trasmissione da parte delle richieste di prestazione valorizzate da parte delle strutture interne erogatrici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Fatturazione delle attività di Sperimentazione clinica secondo quanto indicato dai competenti uffici, alimentando la relativa commessa se valorizzata;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Fatturazione delle valutazioni del Comitato etico indipendente;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestisce la fatturazione attiva per altre attività / servizi non sanitari (locazione spazi, canone bar, etc.);</i>		
<i>Monitoraggio degli equilibri contabili in materia di sperimentazioni cliniche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica lo stato degli incassi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Protocollo, registrazione documenti contabili con controllo IVA e prima nota liquidazione periodica IVA ed ai connessi obblighi dichiarativi periodici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione cessioni del credito</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifiche propedeutiche la liquidazione delle fatture e successivamente al momento pagamento;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione secondo le scadenze liquidate il piano dei pagamenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio imputazione costi e ricavi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica partite debitorie e creditorie attraverso circolarizzazioni periodiche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione del rapporto di tesoreria in conformità al rapporto contrattuale vigente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione contabile e controllo delle riscossioni tramite le casse CUP</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Regolarizzazione delle partite sospese sul conto di tesoreria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica della contabilizzazione delle scritture stipendiale e loro congruità con i pagamenti effettuati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Pagamento del personale dipendente e degli oneri connessi (previdenziali e contributivi)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Pagamento di imposte e tasse, adempimenti di natura fiscale per le materie di propria pertinenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Invio degli ordinativi di pagamento e delle reversali di incasso tramite sistemi informatici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Controllo andamento flussi finanziari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) Regione Lazio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Rendicontazione periodica dei flussi informativi CE</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC AFFARI GENERALI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC AFFARI GENERALI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Monitoraggio, acquisizione e diffusione di aggiornamenti normativi e giurisprudenziali a supporto della Direzione aziendale e delle strutture amministrative e sanitarie</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Funzione di regolamentazione per l'applicazione della Legge n. 241/1990 (ricognizione e definizione dei complessivi procedimenti del PTV; tempistiche procedimenti; accesso agli atti; etc.) e coordinamento delle attività di accesso agli atti per le altre Unità operative, per quanto di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione ufficio atti deliberativi e determinazioni dirigenziali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione di atti relativi alla costituzione e nomina organi e organismi collegiali previsti dalle norme e liquidazione relativi compensi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione contratti notarili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti inerenti la gestione delle polizze assicurative (sottoscrizione polizze assicurative/appendici integrative/rinnovo, apertura sinistri, richieste danni, procedura liquidazione premi anticipati, procedura raccolta dati/calcolo/liquidazione premi a conguaglio, liquidazione sinistri in favore del PTV/dipendenti/sottoscrizione atto quietanza liberatoria etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione procedure per tutela legale del personale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione amministrativa contenzioso legale, giudiziale e stragiudiziale, in tema di affari legali/gestione del contenzioso, tenuto conto di attività e competenze Unit Affari legali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione Albo Legali Libero Foro</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione proposte di deliberazione di affidamento incarichi rappresentanza e difesa PTV in giudizio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione delle procure alle liti da sottoporre alla sottoscrizione del Direttore generale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione rapporti con studi legali esterni in accordo con le strutture di volta in volta coinvolte</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Apertura e aggiornamento fascicoli e contenzioso; raccolta e analisi atti/documenti/relazioni elaborate dalle strutture del PTV inerenti le controversie e funzionali alla stesura delle memorie difensive da parte degli studi legali esterni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione procedura di liquidazione parcelle studi legali/predisposizione atti deliberativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del monitoraggio del contenzioso in essere</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione/predisposizione/invio flussi periodici dei dati contabili inerenti l'intero contenzioso in essere</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>In tema di responsabilità professionale sanitaria, attività di partecipazione al CVS, apertura/gestione fascicolo, tenuta e aggiornamento report anche ai fini dell'attività del CVS</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Avvio e completamento procedura istruttoria interna a seguito di richiesta di risarcimento danno</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione rapporti con legali/associazioni di pazienti/utenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione rapporti con i diversi componenti il CVS (Medico legale aziendale/Direzione sanitaria/Risk manager/Legale libero foro)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione amministrativa sinistri per risarcimento danno pazienti/utenti rientranti in SIR</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC AFFARI GENERALI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Partecipazione sedute CVS</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione ordini del giorno e processi verbali delle sedute del CVS</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Tenuta dei verbali e dei relativi atti deliberativi del CVS</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione adempimenti all'esito delle decisioni del CVS</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Diretto raccordo con professionisti, assicurazione e studi legali in ordine alla istruttoria dell'attività del CVS</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione rapporti con la compagnia di assicurazione che gestisce il rischio RC professionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti deliberativi di approvazione transazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti per segnalazione alla Corte dei Conti avvenute transazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione flussi informativi verso la Regione Lazio delle avvenute segnalazioni alla Corte dei Conti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione flussi informativi sulla piattaforma regionale delle richieste risarcitorie da collegare agli eventi avversi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione/predisposizione/invio flussi periodici dei dati contabili inerenti i sinistri da responsabilità professionale sanitaria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla predisposizione e adozione di atti di organizzazione e funzionamento</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Procedure per predisposizione/stipula di atti convenzionali con enti terzi per scopi istituzionali/formativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti di cui all'Anagrafe delle prestazioni dei dipendenti pubblici/pubblicazione semestrale dai incarichi esterni sul sito della Funzione pubblica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi della corrispondenza in arrivo ed assegnazione della competenza agli uffici amministrativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Tenuta e gestione del registro unico informatico di Protocollo generale, con registrazione della corrispondenza in arrivo e in partenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Amministrazione del software di gestione documentale e dell'archivio informatico aziendale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del flusso documentale analogico (supporto cartaceo) della corrispondenza protocollata</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle proposte di deliberazione, dalla presentazione da parte delle strutture proponenti sino alla formalizzazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supervisione delle proposte deliberative sotto il profilo formale e sostanziale, prima della sottoposizione alla firma dell'organo deliberante</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Tenuta e gestione dell'Albo pretorio con responsabilità della pubblicazione e certificazione degli atti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e smistamento della corrispondenza in arrivo rivolta all'Amministrazione centrale ed alle aree sanitarie e gestione corrispondenza in uscita</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle attività volte al funzionamento del Consiglio di amministrazione e dell'Assemblea dei soci fondatori; redazione, formalizzazione e tenuta dei verbali delle sedute e dei relativi atti deliberativi; gestione dei rapporti istituzionali con gli uffici regionali e con la segreteria del Presidente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>In tema di studi clinici profit e no-profit, supporto operativo alla Direzione generale dalla fase preliminare di valutazione delle sperimentazioni proposte, passando per la fase delle sperimentazioni approvate, all'utilizzo dei proventi fino alla fase di conclusione delle sperimentazioni e archiviazione della documentazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei rapporti con i promotori, sperimentatori e con gli uffici aziendali coinvolti con le attività di sperimentazione clinica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC AFFARI GENERALI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Ricezione della documentazione per l'avvio dell'iter autorizzativo degli studi clinici da parte del Comitato etico (fascicolo della documentazione relativa allo studio da approvare) e dal promotore (Contratto economico)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Due Diligence – informatizzato o cartaceo – per gli atti contrattuali, pareri del Comitato Etico, ordine del giorno delle riunioni del Comitato etico, sinossi, certificati assicurativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Riunione preliminare alla seduta del CEI per valutazione di eventuali criticità riscontrate nella presentazione dello studio, stesura e trasmissione dell'atto contrattuale in bozza al Promotore e al CEI prima della seduta; ricezione dell'esito della seduta da parte del CEI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Finalizzazione del Contratto con il Promotore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione dell'atto deliberativo per l'autorizzazione all'avvio dello studio da parte del Direttore generale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Trasmissione degli atti al Responsabile dello studio, Direzione Sanitaria, Unit Governo tecnologie biomediche (ove previsto comodato d'uso) Farmacia (quando previsto il farmaco)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Fatturazione per gestione contratto; trasmissione e archiviazione della documentazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Registrazione dello studio in contabilità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Ricezione contratti originali da parte del Promotore e firma del DDG e sperimentatori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Invio del contratto al Promotore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Tenuta archivi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento costante della contabilità e verifica di tutti gli utilizzi pregressi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica delle disponibilità economiche al fine di autorizzare con nulla osta la richiesta di utilizzo proventi da parte dello sperimentatore; trasmissione della richiesta utilizzo all'ufficio aziendale per l'impegno di spesa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Valutazione dei costi aziendali degli studi clinici autorizzato e registrazione in contabilità; monitoraggio dei pagamenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Ricezione da parte dei Promotori e degli sperimentatori della dichiarazione di chiusura studio; predisposizione atti chiusura studio; registrazione in contabilità della chiusura dello studio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Archiviazione in ordine di Registro Sperimentazione e registrazione su file, dello studio concluso</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione e gestione convenzioni con enti terzi, pubblici o privati, per attività istituzionali del PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione e gestione convenzioni con enti terzi per attività di collaborazione scientifica/ricerca; verifica natura giuridica ente terzo e termini proposta; gestione fase preliminare alla stipula/acquisizione disponibilità personale coinvolto; predisposizione e gestione fase di sottoscrizione atto convenzionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione e gestione Convenzioni con enti terzi per servizi sanitari/diagnostici/generali resi dal PTV: gestione fase preliminare alla stipula/acquisizione disponibilità Strutture Interne coinvolte/acquisizione da UOC Controllo di Gestione parere di congruità tariffe proposte; predisposizione e gestione fase di sottoscrizione atto convenzionale;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione e gestione convenzioni con enti terzi per svolgimento tirocini formativi e di orientamento ex Legge 196/97 e ss.mm.ii.: acquisizione richiesta da parte dell'Ente terzo; acquisizione disponibilità da parte delle strutture interne coinvolte; predisposizione e sottoscrizione atto convenzionale;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione e gestione convenzioni con enti terzi per acquisizione/esecuzione attività non sanitaria in regime di libera professione: convenzioni con enti terzi per acquisizione/esecuzione in favore di terzi servizi non sanitari/amministrativi in regime assimilato alla libera professione intramoenia; gestione fase preliminare alla</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA		
UOC AFFARI GENERALI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>stipula/verifica natura giuridica ente terzo e termini proposta</i>		
<i>Proposta di convenzioni con UTV per svolgimento tirocini formativi e di orientamento e acquisizione proposta da parte dell'UTV; acquisizione disponibilità da parte delle Strutture interne coinvolte; predisposizione e sottoscrizione atto convenzionale; gestione amministrativa atto convenzionale e rapporti con UTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Proposta di convenzioni con UTV per attribuzione incarichi di insegnamento al personale del Policlinico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>In tema di rapporti di CO.CO.CO e rapporti in regime di libera professione area sanitaria e non sanitaria; predisposizione avvisi pubblici per indizione procedure di valutazione comparativa finalizzate all'affidamento degli incarichi; predisposizione proposta di deliberazione per l'acquisizione del collaboratore individuato a seguito di valutazione comparativa; predisposizione atto di conferimento incarico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di raccordo con la società esterna affidataria del servizio paghe ed inserimento dati anagrafici e contrattuali nella apposita procedura informatica ai fini della gestione anagrafica ed economica del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica fatture emesse dai libero-professionisti, successiva trasmissione all'ufficio bilancio per la liquidazione previa imputazione sul relativo sottoconto economico (con evidenza dei costi gravanti sulle "entrate proprie" e monitoraggio della spesa e della redazione del bilancio consuntivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento mensile elenco contratti in essere per pubblicazione sul portale del PTV, in applicazione delle vigenti disposizioni di legge</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica disponibilità dei proventi derivanti da "entrate proprie" da utilizzare per finanziare l'attivazione dei contratti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Liquidazione dei compensi per attività extracontrattuali nell'ambito di sperimentazioni cliniche e stesura dei relativi atti deliberativi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei complessivi dati di costo per collaboratori esterni sanitari e non sanitari per flusso mensile di CE, bilancio di previsione/consuntivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Utilizzo proventi netti derivanti da studi clinici/protocolli di studio in favore del personale universitario o collaboratori esterni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione fase istruttoria (acquisizione quadro economico della sperimentazione/protocollo di studio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC DIREZIONE MEDICA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti alla unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC DIREZIONE MEDICA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione del CUP</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Coordinamento della dotazione dei dispositivi di protezione individuali, in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Elaborazione procedure operative relative alla sterilizzazione e gestione del relativo processo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione delle attività di sala operatoria, verifica del corretto utilizzo degli ambienti (percorsi) e dell'applicazione delle procedure</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Vigilanza sul monitoraggio ambientale (contaminazione microbica, gas anestetici, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Vigilanza delle attività di sorveglianza sanitaria effettuate dal medico competente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione con il medico competente e con la UOC Prevenzione e Protezione per la stesura di appositi piani di prevenzione contro i rischi (gas, infezioni, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Conservazione del registro di sala operatoria (documentazione interna alle cartelle cliniche)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Sanificazione degli ambienti, definizione della periodicità degli interventi, delle modalità e dell'organizzazione della attività anche in relazione alla stesura dell'erogazione del servizio; elaborazione delle procedure di controllo della qualità e dell'effettiva esecuzione delle attività programmate</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Collaborazione con la UOC prevenzione e protezione per la pianificazione degli eventuali rischi cui gli operatori vanno incontro durante l'attività di sanificazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei rifiuti sanitari; stesura di un regolamento interno di gestione dei rifiuti sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifica della corretta compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi ed del formulario di consegna di tali rifiuti alle ditte di trasporto; Conservazione del registro di carico e scarico e del formulario</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Comunicazione annuale della Camera di Commercio della quantità di rifiuti pericolosi prodotti (modello unico di dichiarazione);</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Studio della necessità di attivazione di impianti di sterilizzazione e dell'efficacia del processo di sterilizzazione con l'obbligo di comunicare l'attivazione di tali impianti di sterilizzazione all'Autorità competente, ai fini dei controlli periodici (convalida ogni 24 mesi);</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Conservazione della documentazione relativa agli impianti di sterilizzazione per 5 anni;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Controllo dell'applicazione della normativa in caso di presenza di rifiuti radioattivi (autorizzazioni, comunicazioni preventive, conferimento a terzi, etc.) in collaborazione con l'Esperto qualificato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Formazione del personale sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Definizione, in raccordo con la UOC Servizio Prevenzione e Protezione dei necessari mezzi di protezione individuale (DPI) per le adeguate attribuzioni alle strutture</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Applicazione del regolamento di polizia mortuaria e s.m.i. e normativa collegata; gestione obitorio del PTV, anche quale obitorio comunale, in raccordo con la UOSD Medicina legale limitatamente ai riscontri autoptici richiesti dall'autorità giudiziaria</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione delle condizioni e delle infrastrutture ai fini dell'applicazione della normativa (es. microclimatiche, legionella, sterilizzazione e climatizzazione, acque potabili, piscine)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Collaborazione per quanto di competenza, con le attività di sorveglianza sanitaria effettuate dal medico competente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Partecipazione allo specifico flusso informativo della legionellosi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Vigilanza sulla frequenza e sulle modalità degli esami microbiologici e chimici dell'acqua, eseguiti anche autonomamente rispetto all'autorità sanitaria (ASL)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC DIREZIONE MEDICA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Vigilanza sulla corretta osservazione delle norme igieniche nella produzione dei pasti degenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Approvazione (qualora fornito da ditte specializzate) e conservazione del Piano di autocontrollo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Vigilanza e promozione della formazione e dell'aggiornamento del personale (personale di cucina, per gli aspetti igienici ed organizzativi, dietiste e personale sanitario per gli aspetti nutrizionali e terapeutici)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifica della soddisfazione degli utenti (indagini di gradimento)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Complessiva gestione delle infezioni ospedaliere: gestione e coordinamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere (identificazione di eventi sentinella, sensibilizzazione del personale, valutazione delle misure di sorveglianza, predisposizione di progetti di miglioramento dell'assistenza)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Collaborazione, relativamente alle proprie competenze, ai sistemi di sorveglianza, disposte per alcune patologie infettive (ad esempio flussi informativi per legionellosi, meningite batterica, AIDS)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Complessiva gestione della cartella clinica, controllo della completezza del contenuto della cartella clinica e delle informazioni essenziali (diagnosi, codici nosologici, firme dei medici), nonché dei requisiti di compilazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Vigila costantemente sulla corretta e tempestiva compilazione della documentazione clinica da parte dei responsabili di struttura</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Complessiva gestione delle attività di trapianto di organi (attività relative a provare l'idoneità dell'organo e l'istocompatibilità, mantenendo contatti stretti con il Centro di riferimento regionale per i trapianti da donatore vivente)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Complessiva gestione delle attività trasfusionali in raccordo con la unità operativa medicina trasfusionale; attività di Presidenza del Comitato per il buon uso del sangue e conservazione dei verbali delle riunioni del Comitato stesso; trasmissione del rapporto annuale del Comitato alla regione e al Centro regionale di coordinamento e compensazione; responsabilità relative alle richieste del consenso informato alla trasfusione; verifica all'applicazione delle procedure per ottenere il consenso informato alla trasfusione; supervisione nella predisposizione di procedure comportamentali relative alle attività trasfusionali; consulenza, per la Direzione aziendale sulla redazione del documento descrittivo delle attività trasfusionali della struttura; conservazione della documentazione relativa ai donatori di sangue; gestione dei rapporti con la banca sangue cordonale (se in struttura sanitaria differente)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione, in raccordo con la UOC politica del farmaco e dei dispositivi medici del supporto tecnico-scientifico delle decisioni proposte dal Servizio; stesura di precise procedure interne di gestione delle richieste e della consegna dei farmaci; controllo delle attività del responsabile della farmacosorveglianza, in merito alla ricezione e invio delle segnalazioni di reazione avversa ed in merito alla conservazione degli originali delle schede di segnalazione; vigilanza sull'attività di prescrizione dei farmaci ai sensi della legge 648/1996; verifica dei requisiti strutturali ed organizzativi del Servizio.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Elaborazione del Prontuario terapeutico ospedaliero, gestione dei farmaci, Presidenza della Commissione farmaci ospedaliera;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione complessiva dei farmaci stupefacenti in raccordo con la UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione della privacy (gestione dei ricoveri e dell'attività ambulatoriale secondo i criteri di protezione dei dati personali; gestione dei rapporti con i pazienti (ad esempio richiesta di copie della documentazione clinica) in base alla vigente normativa; gestione dei dati personali facenti parte dei flussi informativi (visione, inserimento, aggiornamento, comunicazione) nel rispetto della privacy; verifica</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC DIREZIONE MEDICA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>dell'adeguatezza degli strumenti necessari al trattamento dei dati personali; verifica dell'adozione di adeguate misure di sicurezza per la protezione dei dati; collaborazione all'elaborazione ed alla diffusione di specifiche procedure relative al trattamento dei dati personali.</i>		
<i>Gestione del consenso informato; collaborazione con i responsabili delle UU.OO. alla elaborazione dei modelli di consenso; collaborazione con i responsabili delle UU.OO. alla revisione delle procedure per ottenere il consenso informato dai pazienti; verifica della completezza della documentazione sanitaria in cartella clinica, comprendente i moduli consenso; conservazione della documentazione relativa al consenso (facenti parte della documentazione sanitaria dei pazienti)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Complessiva gestione dei TSO in raccordo con il SPDC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Complessiva gestione delle liste di attesa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifica dei consumi e confronto (benchmark) fra reparti ed altre aziende;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle sostanze stupefacenti e psicotrope (buoni acquisto, ordini, fatture e tenuta registri)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione alla stesura dei PDTA, protocolli e linee guida</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Controllo della gestione degli ordini di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici secondo le verifiche dei bisogni/consumi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Vigilanza e controllo dell'intero flusso dei prodotti gestiti nel magazzino farmaceutico;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione alle Commissioni aziendali e sovraaziendali finalizzate all'uso razionale dei farmaci e dei dispositivi medici (Commissione Terapeutica Aziendale, per il buon uso del sangue, per l'ospedale senza dolore, per l'appropriatezza prescrittiva, per la Farmacovigilanza, per il Rischio clinico, ecc.) e al Comitato etico per la sperimentazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA**UOC POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI**

Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Analisi della prescrizione di farmaci e dispositivi medici e studi di valutazione dell'uso dei farmaci/DM; elaborazione di informazioni tecniche ed economiche riguardanti le scelte dei medicinali/DM in uso in raccordo con tutti operatori sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di Farmacovigilanza e dispositivo vigilanza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di consulenza ed informazione alle Unità operative su farmaci e dispositivi medici, interazioni e reazioni avverse; definizione e revisione dei protocolli farmacoterapeutici, garantendo la collaborazione dei farmacisti con tutti gli operatori sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccolta e valutazione delle segnalazioni spontanee da schede di reazione avversa e/o difetti d'uso di dispositivi medici utilizzati in ospedale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Programmazione e realizzazione azioni proattive per la segnalazione delle ADR (corsi di aggiornamento periodico, progetti, etc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Controllo della corretta gestione e del monitoraggio dei Registri AIFA di Area oncologica e non e richiesta rimborsi; interazione con il clinico per le criticità identificate nella registrazione del paziente, prescrizione, rivalutazione e chiusura della scheda</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Controllo della corretta gestione e monitoraggio dei Piani Terapeutici Regionali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione con il clinico per la personalizzazione dei trattamenti e per il corretto orientamento prescrittivo</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Produzione di rapporti periodici sull'andamento delle terapie, prestando attenzione all'osservanza di eventuali indicatori regionali di appropriatezza prescrittiva e rispettivi report economici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Analisi della prescrizione di farmaci e dispositivi medici e studi di valutazione dell'uso dei farmaci/DM; elaborazione di informazioni tecniche ed economiche riguardanti le scelte dei medicinali/DM in uso in collaborazione con tutti gli operatori sanitari</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Pianificazione delle ispezioni degli armadi farmaceutici ed attività correlate</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione con i servizi farmaceutici delle ASL al fine di garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di certificazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di formazione (studenti, specializzandi, tecnici, operatori sanitari, frequentatori volontari ecc.)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica del rispetto di quanto previsto nel rapporto di convenzione con il laboratorio galenico esterno</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Con riferimento alla gestione dei dispositivi medici con contratti di conto deposito, codifica dei dispositivi medici, acquisizione tempestiva documenti dispositivi impiantati/trasmisione ordini di reintegro, inserimento tempestivo sul sistema OLIAMM dei dispositivi medici impiantato, verifica periodica dispositivi in giacenza presso i magazzini di conto deposito, reportistica di controllo della spesa in riferimento alle quantità e prezzi aggiudicati/ordinati per monitorare eventuali scostamenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione contabile dei contratti mediante l'inserimento delle informazioni sul sistema informatico e collegamento degli stessi all'anagrafica dei prodotti/servizi aggiudicati e ai relativi prezzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione degli ordini mediante il sistema informatico per la fornitura di farmaci e dispositivi medici di competenza della UOC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sottoscrizione ordini all'esito delle procedure di scelta del contraente per farmaci e dispositivi medici di competenza della UOC</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Trasmisione degli ordini agli operatori economici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI		
UOS FARMACI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Partecipazione alla stesura dei PDTA, protocolli e linee guida</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione degli ordini di acquisto dei farmaci secondo le verifiche dei bisogni/consumi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Governo dell'intero flusso dei farmaci</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica periodica dei volumi di stoccaggio e gli indici di rotazione stock;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione degli scaduti della farmacia e dei reparti con conseguente distruzione e smaltimento;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica sulla corretta gestione dell'inventario della Farmacia e dei Magazzini satelliti;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione gas medicinali;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione alle Commissioni aziendali finalizzate all'uso razionale dei farmaci;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Implementazione ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale e della modulistica correlata;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Analisi della prescrizione di farmaci; elaborazione di informazioni tecniche ed economiche riguardanti le scelte dei medicinali in uso in collaborazione con tutti gli operatori sanitari;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei richiami farmaci, quarantene, verifica dei prodotti LASA e rispetto delle raccomandazioni di sicurezza d'uso dei farmaci;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e monitoraggio dei Registri AIFA di Area oncologica e non e richiesta rimborsi; interazione con il clinico per le criticità identificate nella registrazione del paziente, prescrizione, rivalutazione e chiusura della scheda;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e monitoraggio dei Piani Terapeutici Regionali;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione con il clinico per la personalizzazione dei trattamenti e per il corretto orientamento prescrittivo;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Produzione di rapporti periodici sull'andamento delle terapie, prestando attenzione all'osservanza di eventuali indicatori regionali di appropriatezza prescrittiva e rispettivi report economici;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica di particolari condizioni normative (L.648, off label, etc.) con registrazione dei casi specifici e successivi adempimenti;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica della prescrizione e dispensazione dei farmaci in dimissione ai sensi della L.405/2001 e dei farmaci in distribuzione diretta con attivazione ed implementazione del tracciato FarmED;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle ispezioni degli armadi farmaceutici ed attività correlate;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio dei movimenti dei farmaci stupefacenti nei reparti, controllo della corrispondenza tra quanto indicato nel Registro Carico e Scarico e giacenza reale; gestione degli stupefacenti scaduti, con conseguente procedura di riconsegna per distruzione e smaltimento.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio degli studi sperimentali e gestione dei farmaci sperimentali (approvvigionamento, ricezione e stoccaggio in spazi riservati, controllo temperature di conservazione e movimentazioni informatiche, ecc.);</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOC POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI		
UOS FARMACI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Partecipazione alle sedute di verifica della qualità (visite dei monitor) ed esposizione della drug accountability;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività di certificazione per i processi di propria competenza;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attività prevista dalla convenzione con laboratorio esterno per quanto riguarda la produzione galenica magistrale.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOSD MEDICINA LEGALE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Consulenza medico-legale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Proposte di miglioramento gestione contenzioso attraverso inquadramento ed orientamento dei sinistri</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione degli atti tecnici medico-legali difensivi, indispensabili nella gestione dei sinistri nelle fasi di mediazione conciliativa, trattativa stragiudiziale ed eventuale contenzioso giudiziale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Controllo e partecipazione nell'inquadramento tecnico dei sinistri sotto gestione dell'assicuratore civile (sopra franchigia)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Accertamenti clinici sulle controparti ai fini del corretto inquadramento del nesso causale fra prestazione sanitaria e danno nonché del danno risarcibile</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione in veste di consulente tecnico, a tutela delle posizioni aziendali, a perizie e consulenze disposte dalla autorità giudiziaria, nonché alla eventuale fase dibattimentale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Effettuazione audit interno alle unità operative per la discussione delle criticità emergenti dai sinistri in valutazione, proposta di loro risoluzione in sintonia con la</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOSD MEDICINA LEGALE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>funzione della gestione del rischio clinico</i>		
<i>Rivalutazione periodica dei moduli di consenso informato in relazione alla evoluzione delle strategie assistenziali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Partecipazione a tutte le attività ospedaliere e commissioni in cui è prevista la presenza del medico legale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento delle attività autoptiche svolte presso il PTV su indicazione dell'autorità giudiziaria, in raccordo con la Direzione sanitaria competente per la gestione dell'obitorio</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOSD ALPI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione e attivazione di un organico complesso di azioni (ricognitive/organizzative) - da condividere con le responsabilità gestionali delle Direzioni dei Dipartimenti clinici, nonché con il Collegio di Direzione e le OO.SS. - per l'individuazione e attivazione dei percorsi e spazi interni all'azienda</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Autorizzazione all'esercizio dell'ALPI dei professionisti per tutti i regimi previsti dall'attuale regolamentazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Proposta di aggiornamento, adeguamento, modifica del regolamento ALPI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio del rispetto dei rapporti tra attività istituzionale e attività erogata in regime ALPI in tutti i regimi previsti dall'attuale regolamentazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOSD ALPI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Monitoraggio e proposte di eventuale integrazione delle tariffe in raccordo con la UOC "Risorse economiche e finanziarie" al fine del rispetto degli equilibri della contabilità separata ALPI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sviluppo del complessivo controllo dei percorsi assistenziali in ALPI, con attivazione di un sistematico raccordo informativo verso la linea di contabilità analitica afferente il controllo di gestione anche ai fini dell'eventuale integrazione delle tariffe per il mantenimento degli equilibri della contabilità separata ALPI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione piani lavoro per l'ALPI interna</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attivazione, gestione e monitoraggio delle agende relative all'ALPI interna nell'ambito del sistema RECUP</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione e monitoraggio mediante il software aziendale in uso, delle agende e delle fatture relative all'ALPI "allargata" presso gli studi privati dei professionisti ovvero all'ALPI da rendersi presso strutture private non accreditate convenzionate con il PTV, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. c e dell'art. 58 del CCNL di riferimento</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Informazione al personale interessato sulle modalità di svolgimento dell'ALPI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto ai professionisti esercitanti l'ALPI con riguardo all'utilizzo del software aziendale – ovvero del sistema RECUP nel caso di ALPI interna - relativamente alla configurazione delle agende/piani di lavoro, definizione delle tariffe e gestione delle attività di fatturazione/incasso</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collegamento con i referenti del PTV delle liste di attesa e del RECUP per la verifica delle modalità di gestione delle agende e del monitoraggio periodico sull'attività intramoenia anche ai fini del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Supervisione delle procedure di reperimento, impiego e controllo delle attività svolte da personale sanitario di supporto ai percorsi assistenziali in ALPI interna - ferme restando le dirette competenze e responsabilità delle strutture del PTV di riferimento</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Monitoraggio della normativa in materia di ALPI ed eventuale, conseguente, predisposizione delle delibere di recepimento delle disposizioni normative ed adeguamento/implementazione del Regolamento ALPI del PTV, anche in diretto raccordo funzionale con l'UOC "Affari generali"</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione atti convenzionali riconducibili all'ALPI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei rapporti con le case di cura/strutture private non accreditate</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Gestione della reportistica ai fini delle liquidazioni stipendiali delle competenze dei professionisti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Contabilizzazione dell'ALPI, in tutte le fattispecie di erogazione, con elaborazione delle scritture contabili ai fini di bilancio, ivi comprese l'emissione delle fatture ALPI</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOSD GOVERNO DELL'APPROPRIATEZZA FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLE CLINICHE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UOSD GOVERNO DELL'APPROPRIATEZZA FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLE CLINICHE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/Attribuzione
<i>Supporto alla UOC "Risorse economiche e finanziarie" nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC "Acquisizione forniture, servizi e lavori" nella definizione dei fabbisogni e nell'espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di Enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Partecipazione alle attività, coordinate dalla Direzione Regionale- Salute ed Integrazione Socio sanitaria - Area Servizio Informativo Sanitario, di definizione degli strumenti e dei flussi per la rilevazione e l'analisi delle informazioni utili alla descrizione e alla valutazione dell'attività ospedaliera</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Direzione e coordinamento dei flussi informativi ospedalieri di interesse epidemiologico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimento degli obblighi informativi nei confronti della Regione e degli altri livelli centrali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Consulenza necessaria alla direzione di Azienda, ai Dipartimenti, alle altre Unità operative</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Progettazione, l'esecuzione e l'analisi di studi epidemiologici attraverso l'uso, esclusivo o integrato con altre basi informative, degli archivi sulle dimissioni ospedaliere</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Formulazione di proposte per la soddisfazione della domanda di servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione statistica dei dati raccolti e produzione, per il suo ambito di competenza, degli indicatori sanitari di interesse per l'ente, in particolare: indicatori per la gestione; indicatori per la programmazione; indicatori per la sorveglianza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Formazione, ai vari livelli della struttura aziendale, sui metodi e sui problemi dei sistemi informativi a base ospedaliera e sul loro uso epidemiologico</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione delle procedure di codifica più adatte alle dimensioni, alla disponibilità di personale ed all'organizzazione dell'istituto (codifica centralizzata o decentralizzata)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Individuazione del personale addetto alla codifica e di un referente per gli aspetti tecnici ed informatici delle rilevazioni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione e controllo della raccolta dei dati della SDO</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica della qualità dei dati raccolti (completezza e congruenza delle informazioni) con particolare riferimento alle cartelle cliniche</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario ed amministrativo preposto alla codifica ed all'archiviazione delle SDO</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione della corretta conservazione della SDO (responsabilità dell'archivio e di tutta la documentazione in esso contenuta)</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Collaborazione con il Sistema informatico ospedaliero per la stesura di procedure relative al flusso informativo all'interno della struttura</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione in quanto responsabile del trattamento dei dati personali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIREZIONE SANITARIA		
UNIT GOVERNO DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Atti relativi alle richieste di accesso ex Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii. per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabile degli adempimenti ex D.Lgs. 33/2013 per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane e strumentali afferenti la unità operativa.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla gestione del sistema qualità per le attività di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC “Risorse economiche e finanziarie” nella predisposizione dei bilanci di previsione, consuntivo nonché nel trasferimento delle informazioni di spesa mensili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto alla UOC “Acquisizione forniture, servizi e lavori” nella definizione dei fabbisogni e nell’espletamento delle procedure di gara per le categorie merceologiche di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Aggiornamento normativo per le aree di competenza</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Atti istruttori e formulazione della proposta inerente le attività oggetto del settore</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Adempimenti relativi al debito informativo, per le attività di competenza, del PTV nei confronti di enti terzi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Predisposizione del piano degli investimenti per le apparecchiature biomedicali ed i relativi aggiornamenti, in raccordo con le unità organizzative preposte all’analisi dei fabbisogni</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica della coerenza della consistenza, in numero e tipologia, del parco apparecchiature biomedicali con l’assetto assistenziale del PTV e con la normativa vigente in materia di accreditamento ed esercizio delle attività sanitarie; proposta di interventi di adeguamento in tal senso.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto ai processi strategici del PTV in tema di innovazione tecnologica nel settore delle tecnologie biomedicali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei collaudi e delle verifiche di sicurezza sulle apparecchiature biomedicali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dell’inventario fisico delle apparecchiature biomedicali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dei servizi di manutenzione ed assistenza tecnica delle apparecchiature biomedicali, finalizzata a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali dei reparti / servizi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Raccordo con la UOC “Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio” per gli aspetti di interazione tra apparecchiature biomedicali ed impianti tecnologici</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Gestione dell’esecuzione dei contratti di forniture e servizi su apparecchiature biomedicali, ivi compreso il monitoraggio dell’andamento della spesa rispetto ai vincoli di bilancio e la liquidazione delle fatture</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Supporto tecnico alle procedure di gara gestite dalla UOC “Acquisizioni forniture, servizi e lavori” nel settore delle forniture e servizi di apparecchiature biomedicali</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

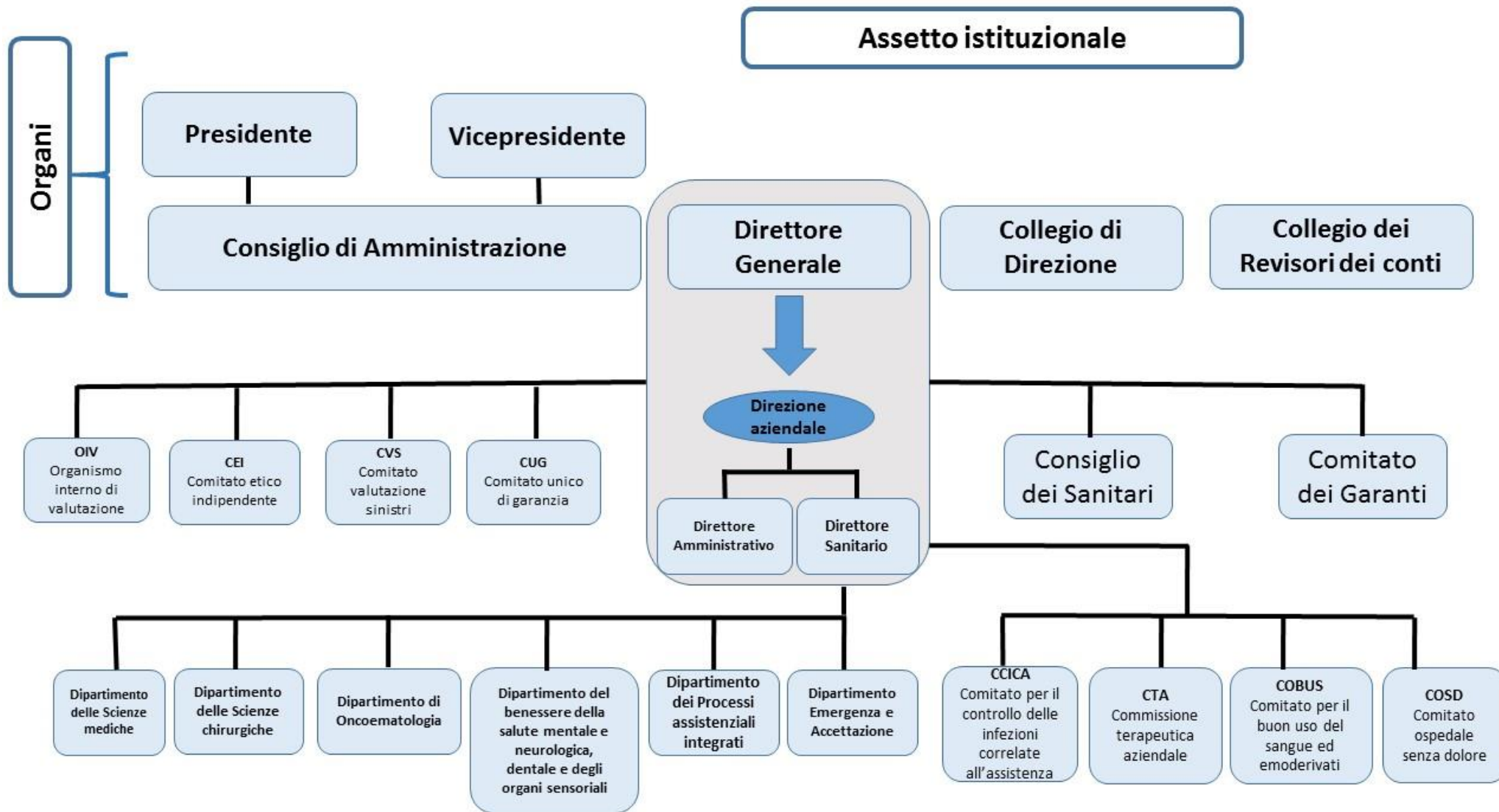
DIREZIONE SANITARIA		
UNIT TRIALS CLINICI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Coordinamento in area sanitaria con riguardo alla tempestiva definizione ed esecuzione degli studi clinici presso il PTV</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Costituisce, in materia di studi clinici profit e no profit, un interfaccia tecnico della UOC Affari generali per la verifica e la valutazione, anche tramite iniziative di aggregazione multidisciplinare, relativamente alla complessiva fattibilità di detti studi o, comunque, di iniziative di ricerca assimilabili, in adeguato e tempestivo raccordo con i promotori e con gli sperimentatori, anche al fine di garantire la congruità dei finanziamenti derivanti dallo sponsor e, se trattasi di studi no-profit, della stima dei costi diretti ed indiretti agli stessi correlati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sovrintende e monitora lo svolgimento degli studi clinici nel rispetto dei relativi protocolli e, in tale quadro, supporta la UOC "Affari generali" in sede di corretta imputazione dei costi diretti ed indiretti afferenti detti studi e di ripartizione delle competenze economiche verso il personale interessato</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definisce e gestisce, in raccordo con i DAI, adeguate procedure finalizzate alla verifica ed allo stimolo del rispetto delle scadenze degli studi ed alla acquisizione delle scadenze dei pagamenti</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Elaborazione della proposta di PTPC i cui contenuti sono indicati</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Definizione procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Proposta modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica di intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Individuazione, di intesa con i dirigenti responsabili delle strutture e con l'ufficio formazione, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e dell'illegalità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

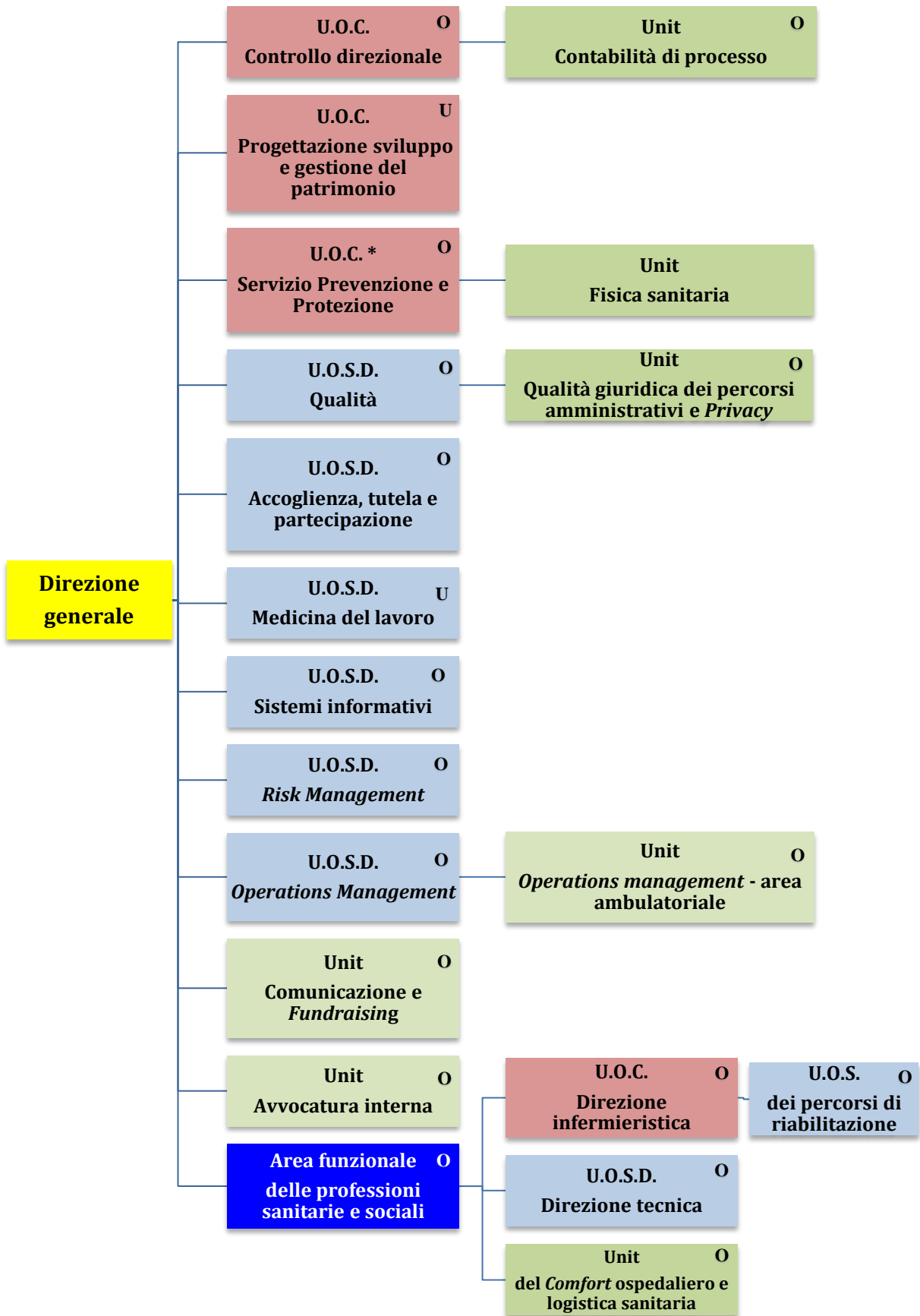
COORDINATORE AZIENDALE PER LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Predisposizione del programma annuale delle attività da sottoporre alla DG e al CRT</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Accertamento circa l'attivazione da parte della DS del collegio medico per l'accertamento di MC nei casi previsti dalla norma vigente</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica dell'avvenuto invio dei campioni per la tipizzazione al laboratorio di tipizzazione e per i test infettivologici al centro di riferimento regionale</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Immediata comunicazione dei dati relativi al donatore al CRT per permettere l'allocazione degli organi;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento delle operazioni di prelievo e di trasferimento di organi e tessuti;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Coordinamento e trasmissione degli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo previsti dalle norme;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Delega</i>
<i>Verifica circa la compilazione da parte del personale dell'ufficio di coordinamento del Registro locale dei cerebrolesi e dei prelievi effettuati;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

COORDINATORE AZIENDALE PER LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Verifica circa il monitoraggio da parte del personale dell'ufficio di coordinamento dei decessi ospedalieri per individuare potenziali donatori di tessuti; collaborazione con i rianimatori durante il colloqui con i familiari dei potenziali donatori</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Elaborazione di programmi per il reperimento di organi e tessuti;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Cura dei rapporti con le famiglie dei donatori sia nel contesto della donazione che in momenti successivi</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Svolgimento di attività di sensibilizzazione e consulenza nei confronti di tutti gli operatori sanitari sulle problematiche relative alla donazione e al trapianto;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Sviluppo, su indicazione della DG e del CRT, di adeguate relazioni con gli organi di informazione locali sulle questioni relative alla donazione e al trapianto</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Presentazione annuale alla Direzione generale e al CRT di una motivata relazione sull'attività svolta;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Individuazione nell'ambito del programma annuale di eventuali percorsi per l'ottimizzazione della logistica ospedaliera che favoriscano l'attività di prelievo e trapianto;</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Organizzazione di attività di informazione, di educazione sanitaria e di crescita culturale della comunità locale in tema di trapianti curando target particolari (scuole, comunità religiose) in collaborazione con le società di volontariato secondo gli indirizzi del CRT</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica dell'efficace attuazione del piano e la sua idoneità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Proposta di modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Verifica di intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Individuazione, di intesa con i dirigenti responsabili delle strutture e con l'ufficio Formazione, del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e dell'illegalità</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI		
Funzione	Soggetto competente	Delega/ Attribuzione
<i>Attestazione circa la veridicità degli atti e delle comunicazioni contabili dell'ente, mediante apposita dichiarazione sottoscritta</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Predisposizione di adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio, nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>
<i>Attestazione - unitamente al Direttore generale - con propria relazione allegata al bilancio di esercizio, circa l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e scritture contabili</i>	<i>Dirigente</i>	<i>Attribuzione</i>

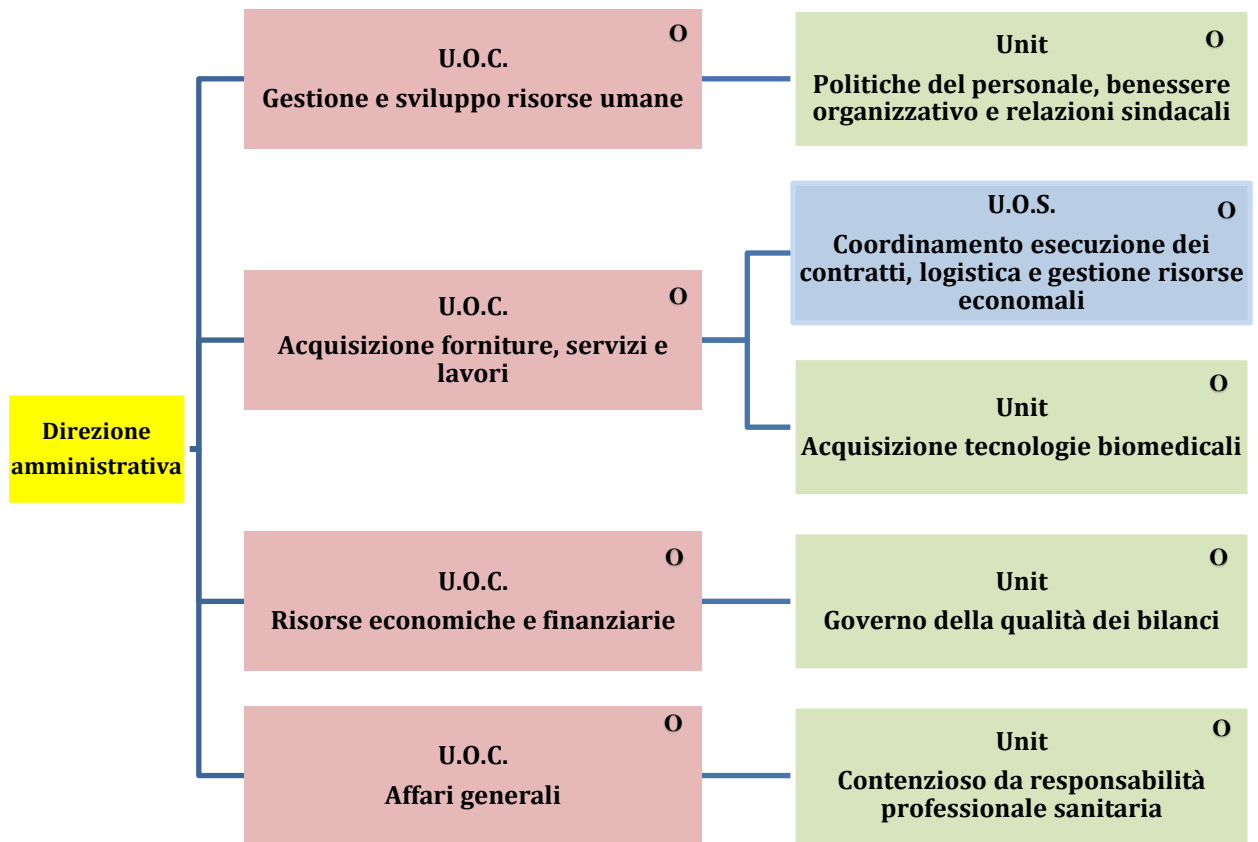


Direzione aziendale

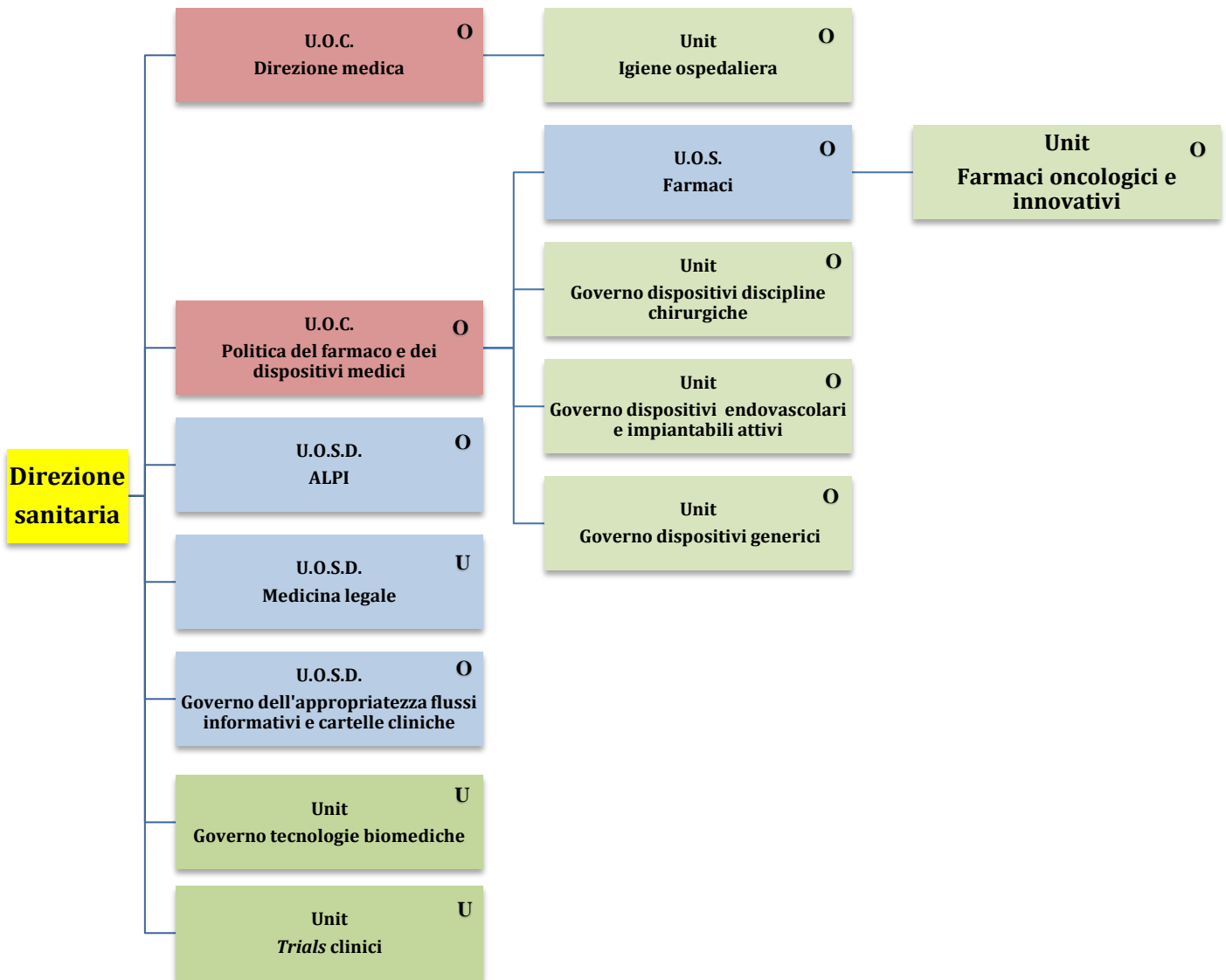


(*) U.O.C. a esaurimento successivamente al 31.12.2018 ma entro il triennio di vigenza del Protocollo d'Intesa

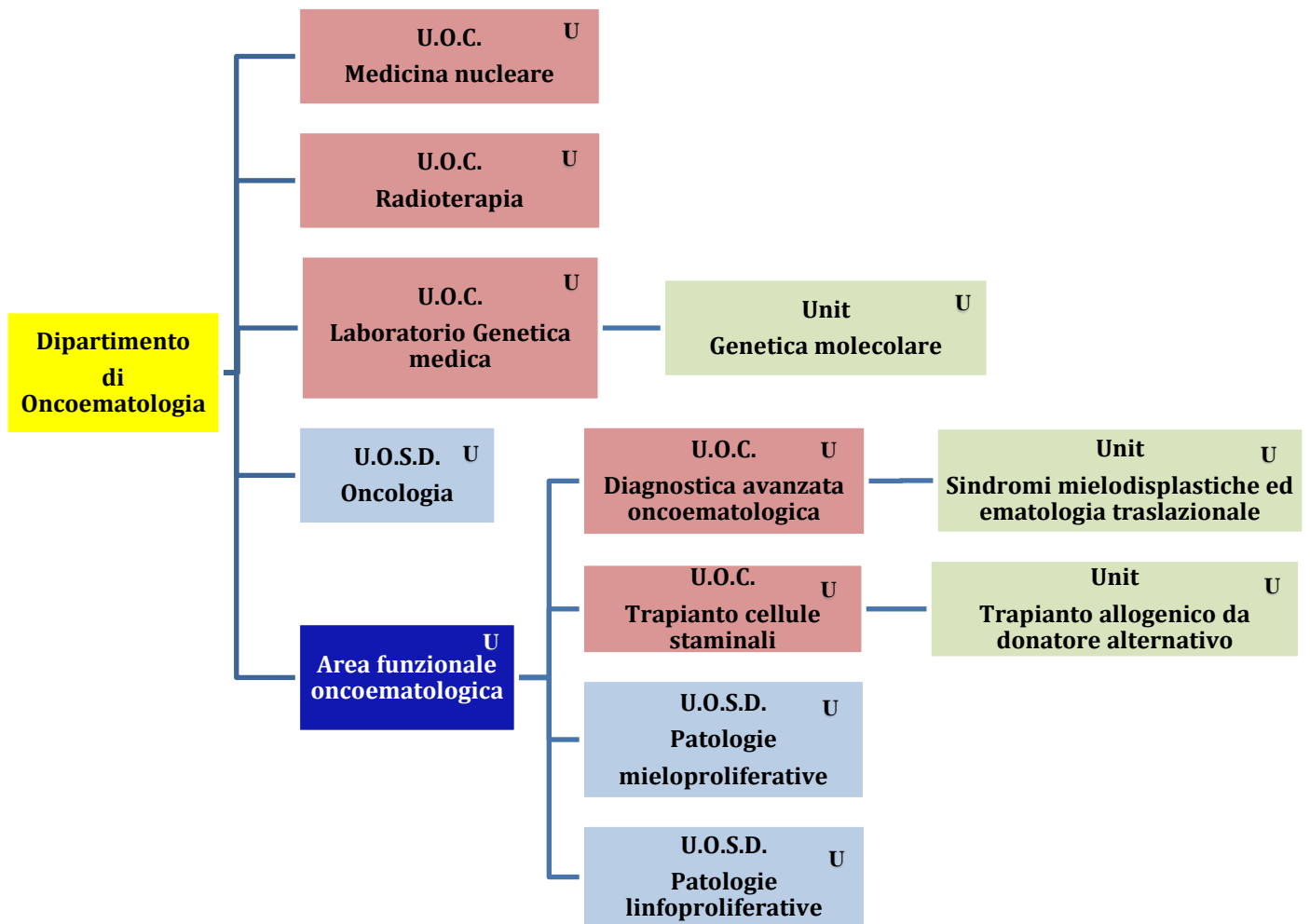
Direzione aziendale



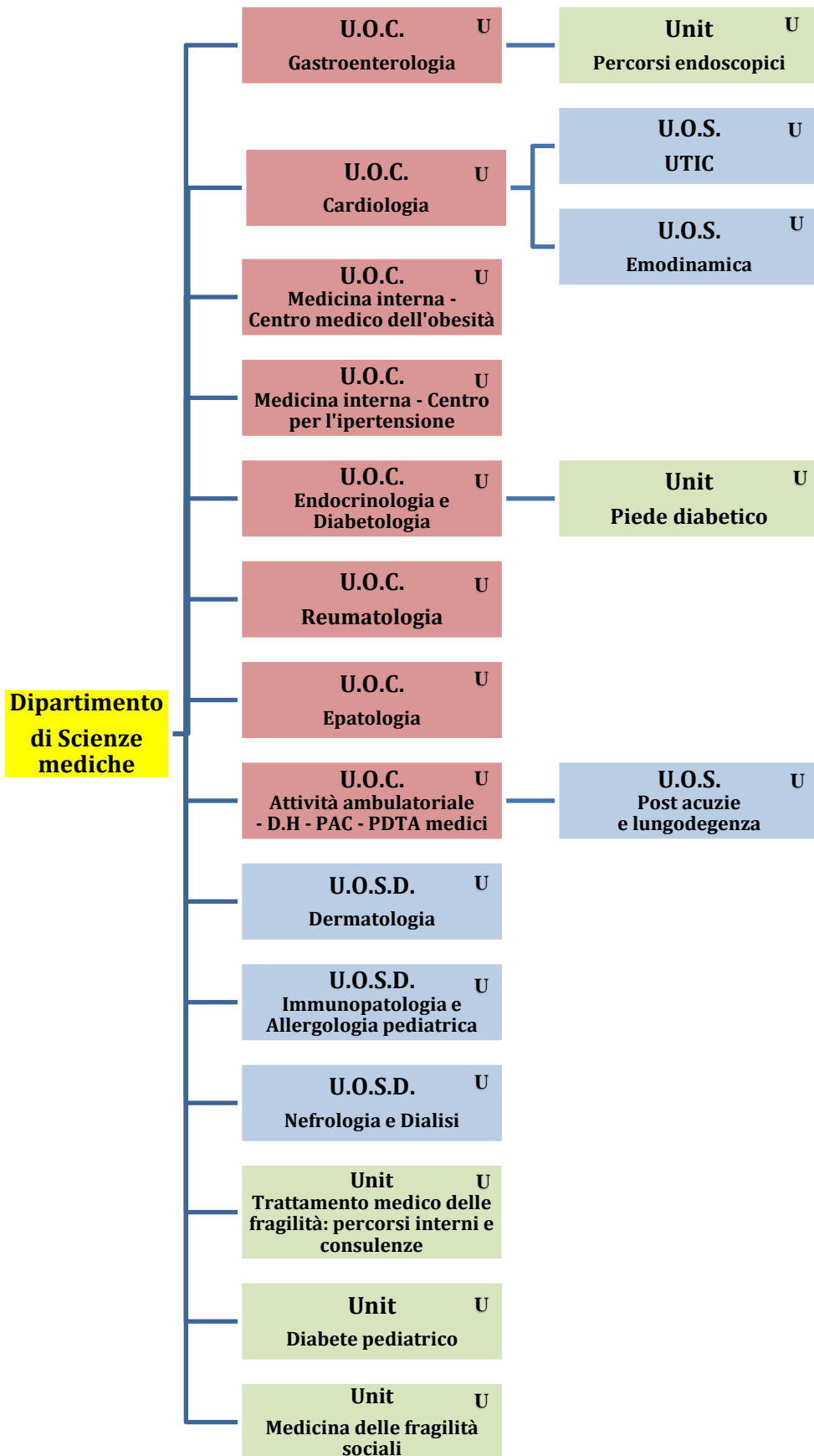
Direzione aziendale



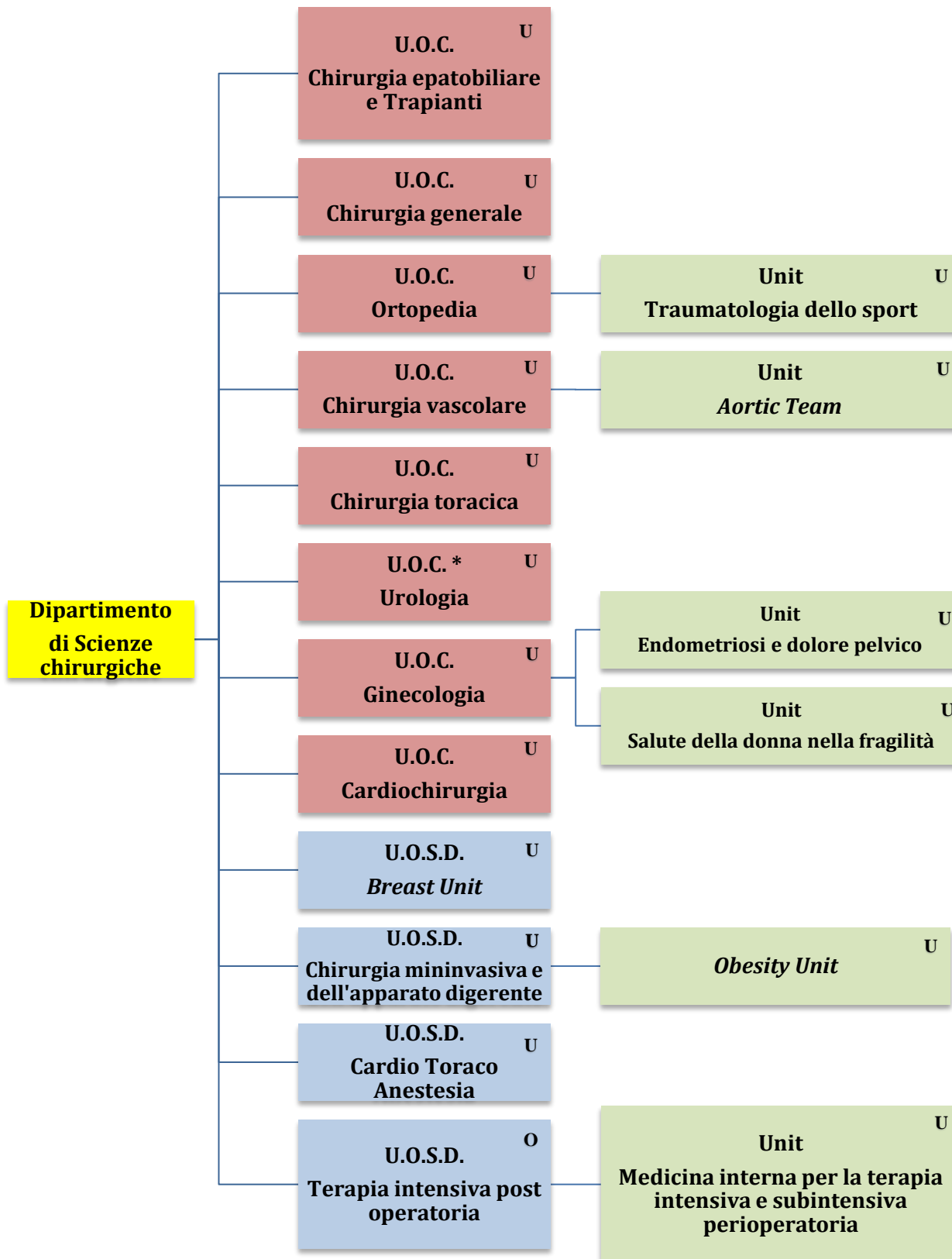
Dipartimento di Oncoematologia



Dipartimento delle Scienze mediche

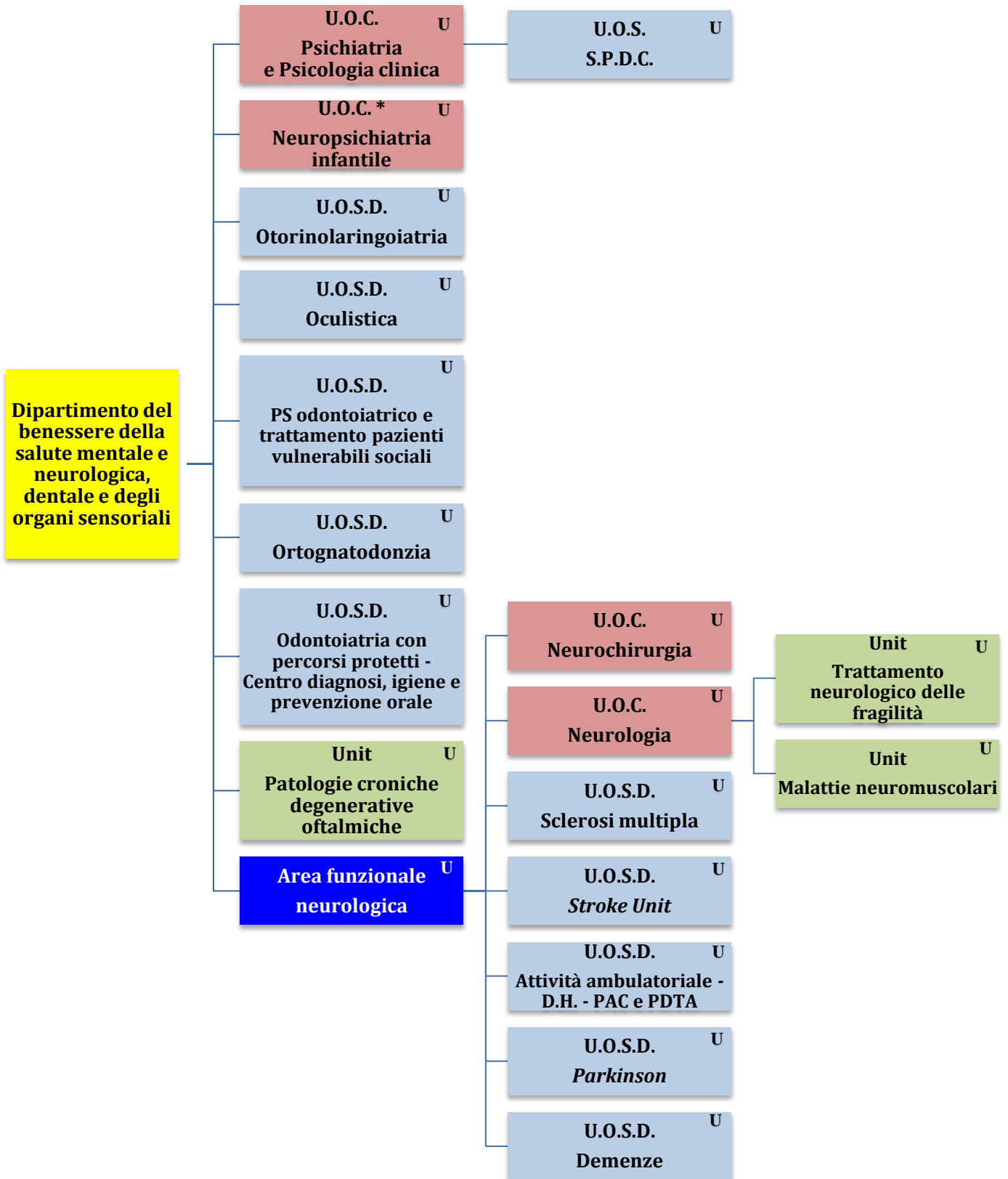


Dipartimento Scienze chirurgiche



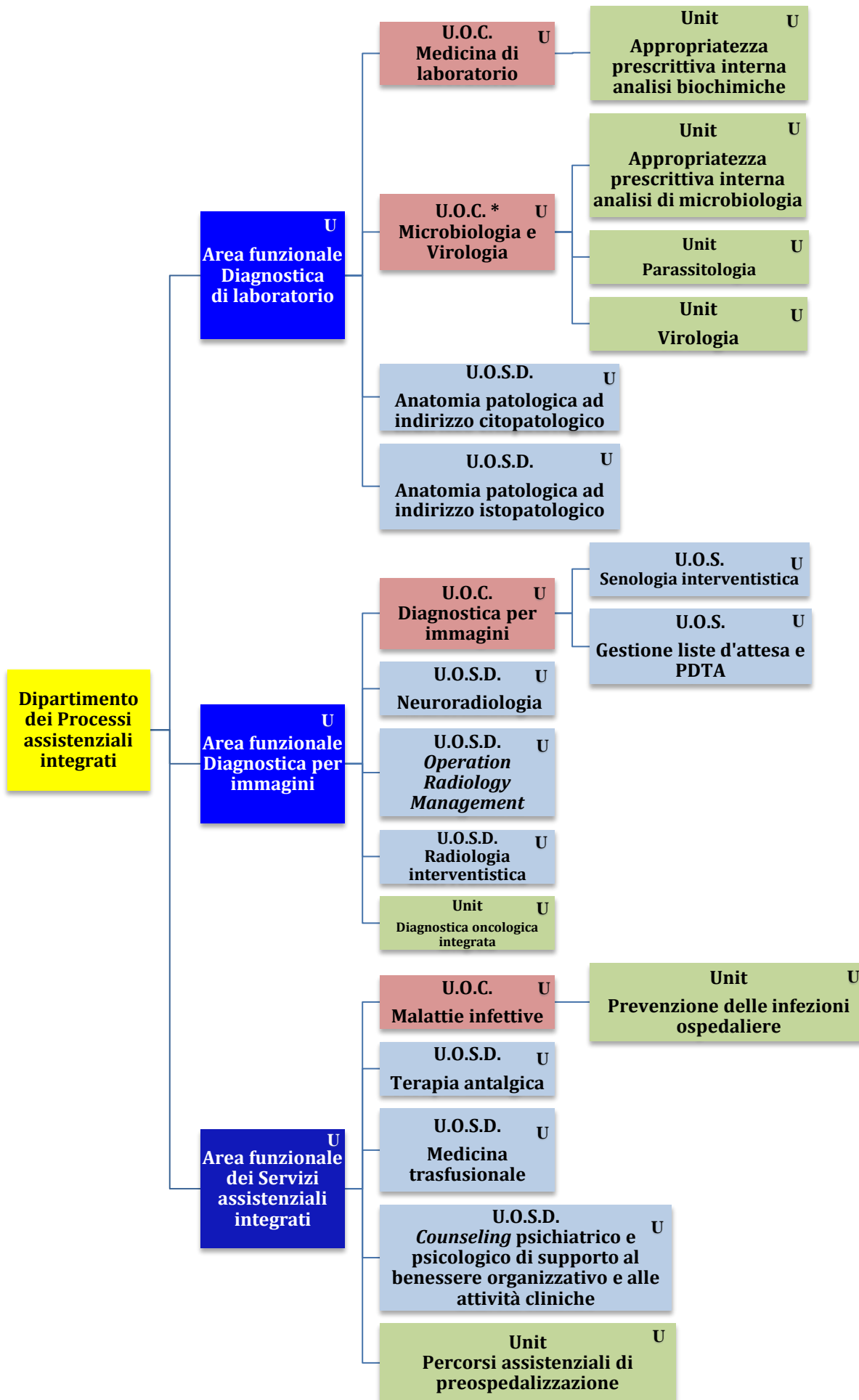
(*) U.O.C. a esaurimento successivamente al 31.12.2018 ma entro il triennio di vigenza del Protocollo d'Intesa

Dipartimento del benessere della salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali



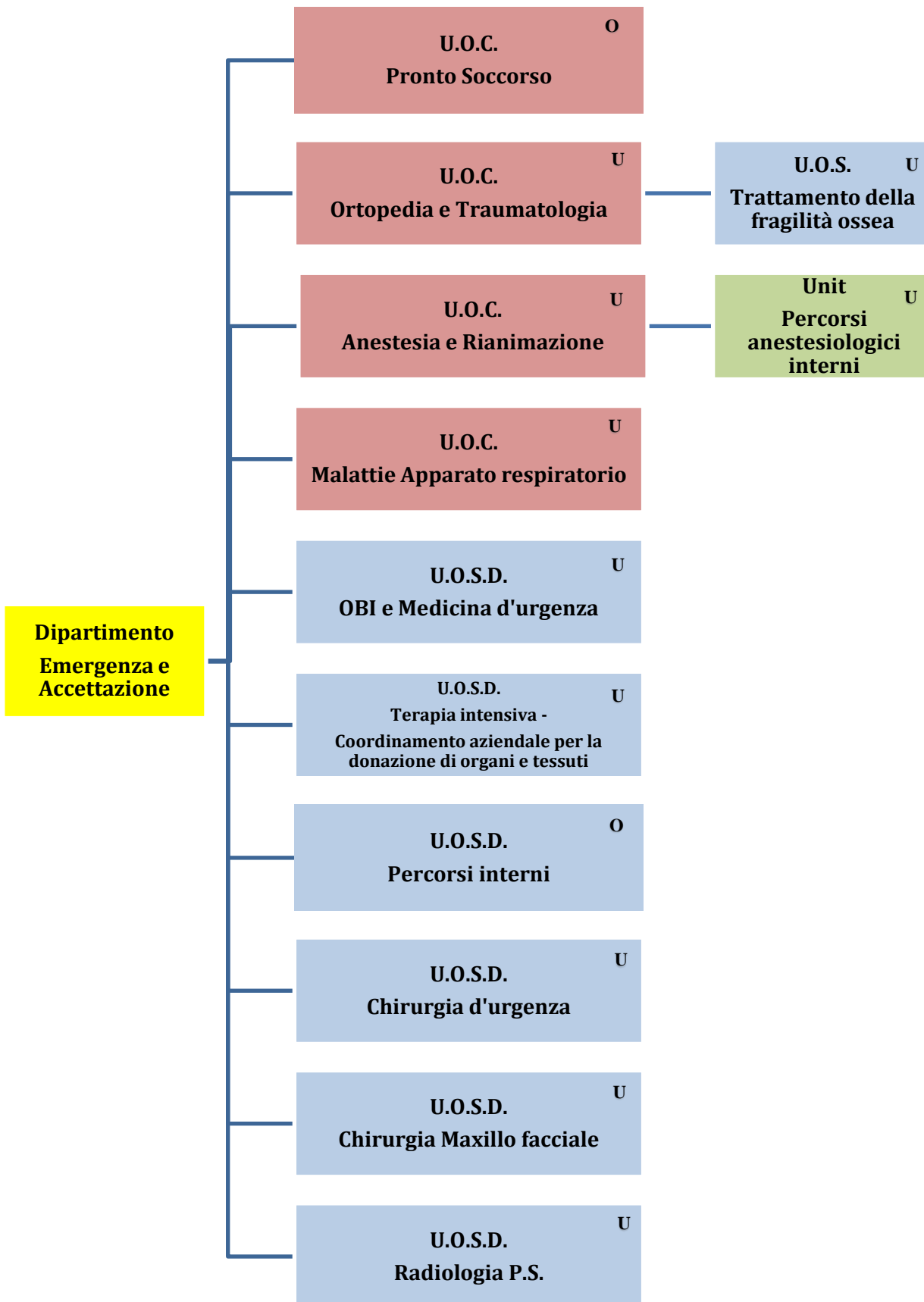
(*) U.O.C. a esaurimento successivamente al 31.12.2018 ma entro il triennio di vigenza del Protocollo d'Intesa

Dipartimento dei Processi assistenziali integrati



(*) U.O.C. a esaurimento entro il 31.12.2018

Dipartimento Emergenza e Accettazione



Area funzionale Materno infantile (in prospettiva)

