Supplemento ordinario n. 2 al "Bollettino Ufficiale" n. 5 del 20 febbraio 2004

Spediz. in a. p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Roma **Anno XXXV**

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA **Roma, 20 febbraio 2004** Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:
1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685116/18.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.Lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA G - TIVOLI

ATTO AZIENDALE

PARTE I

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA G - TIVOLI

ATTO AZIENDALE

SOMMARIO

OGGETTO.....

TITOLO I – IDENTIFICAZIONE DELL'AZIENDA .....
1. SEDE LEGALE, LOGO E PATRIMONIO.....
2. L'AMBITO TERRITORIALE.....
3. MISSIONE, VISIONE E VALORI FONDANTI .....
- *3.1 Missione* .....
- *3.2 Visione*.....
- *3.3 Valori fondanti* .....

4. PRINCIPI E CRITERI DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE.....

TITOLO II – IL GOVERNO AZIENDALE.....
1. GLI ORGANI AZIENDALI E LA DIREZIONE GENERALE.....
- *1.1 Attribuzioni del Direttore Generale* .....

1.1.1 LE DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE .....
1.1.2 GLI ATTI DEL DIRETTORE GENERALE .....
- *1.2 Il Collegio Sindacale*.....
- *1.3 La Direzione Aziendale* .....
- *1.4 Funzioni e responsabilità del Direttore Amministrativo*.....
- *1.5 Funzioni e responsabilità del Direttore Sanitario* .....

2. GLI ORGANISMI COLLEGIALI .....
- *2.1 Collegio di Direzione* .....
- *2.2 Consiglio dei Sanitari*.....

2.2.1 PERSONALE AVENTE DIRITTO ALLA NOMINA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DEI SANITARI .....
2.2.2 MODALITA' PER LO SVOLGIMENTO DELLE ELEZIONI .....
2.2.3 COMMISSIONE ELETTORALE E SEGGIO ELETTORALE .....
2.2.4 ELEZIONE DEI COMPONENTI.....
2.2.5 DURATA.....
2.2.6 COMITATO ETICO .....

3. LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI E I LIVELLI DI RESPONSABILITA' .....
- *3.1 Le strutture organizzative aziendali*.....
- *3.2 Le strutture organizzative complesse* .....
- *3.3 Le strutture organizzative semplici* .....
- *3.4 La funzione professionale*.....
- *3.5 Strutture di staff*.....
- *3.6 La Responsabilità*.....
- *3.7 La Dirigenza*.....
- *3.8 Criteri per il conferimento di incarichi di responsabilità*.....

4. SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E TECNICHE AZIENDALE.....
- *4.1 Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie e Tecniche aziendale*.....
- *4.2 Aree di responsabilità del Servizio delle Professioni Sanitarie e Tecniche aziendale*.....

TITOLO III – DELEGA DI FUNZIONI .....
1. DELEGA DI FUNZIONI .....

TITOLO IV – LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE COMPLESSE DOTATE DI AUTONOMIA GESTIONALE TECNICO-PROFESSIONALE SOGGETTE A RENDICONTAZIONE ANALITICA.....
1. IL DIPARTIMENTO.....
- *1.1 Il Dipartimento* .....
- *1.2 La Direzione di Dipartimento* .....
- *1.3 Il Comitato di Dipartimento* .....
- *1.4 Dipartimento interaziendale* .....

2. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....
- *2.1 Il Dipartimento di Prevenzione* .....

3. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....
- *3.1 Il Dipartimento di Salute Mentale*.....
- *3.2 Obiettivi* .....
- *3.3 Organizzazione*.....
- *3.4 Interventi integrati*.....
- *3.5 Consulta Dipartimentale per la Salute Mentale* .....

4. ASSETTO ORGANIZZATIVO DI BASE .....
- *4.1 Il Distretto* .....
- *4.2 I compiti del Distretto* .....
- *4.3 Il Direttore del Distretto* .....
- *4.4 Il Consiglio di Distretto*.....
- *4.5 Organizzazione del Distretto*.....
- *4.6 Il Programma delle attività territoriali distrettuali* .....
- *4.7 Il Comitato di Sindaci di Distretto* .....

5. L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA.....
- *5.1 Il Polo e il Presidio Ospedaliero*.....
- *5.2 La Direzione di presidio ospedaliero*.....

TITOLO V – INDIVIDUAZIONE DEI MECCANISMI DI MONITORAGGIO, DI VALUTAZIONE DEI COSTI, DEI RENDIMENTI E DEI RISULTATI DELL'ATTIVITA' SVOLTA...
1. PROGRAMMAZIONE .....
2. PRINCIPI GENERALI DEL CONTROLLO INTERNO.....
3. CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA E CONTABILE.....
4. CONTROLLO DI GESTIONE .....
5. LA VALUTAZIONE E IL CONTROLLO STRATEGICO .....
6. LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE CON INCARICO DIRIGENZIALE .....
7. IL SISTEMA QUALITA' .....

TITOLO VI – LA GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE .
1. LE RISORSE FINANZIARIE.....

2. PRINCIPI DI CONTABILITA' .....

TITOLO VII – DISPOSIZIONI GENERALI IN MATERIA DI ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI PER GLI IMPORTI INFERIORI ALLA C.D. SOGLIA COMUNITARIA
1. PRINCIPI SULL'ATTIVITA' CONTRATTUALE .....
2. MODALITA' OPERATIVE .....
3. RESPONSABILITA' .....

TITOLO VIII – PARTECIPAZIONE .....
1. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DEI CITTADINI .....
2. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DELLE ISTITUZIONI .....
3. RAPPORTI CON L'UNIVERSITA' .....
4. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI .....
5. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DELLA SOCIETA' CIVILE .....
6. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI .....
7. LA CARTA DEI SERVIZI .....
8. LA CONFERENZA DEI SERVIZI .....

TITOLO IX – DISPOSIZIONI FINALI
1. NORMA FINALE E DI RINVIO .....

OGGETTO

1. Il presente atto aziendale disciplina l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda U.S.L. Roma G ed è redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 - comma 1 bis - del D.Lgs. 18 giugno 1999, n° 229e s.m.i. e della deliberazione di Giunta Regionale 21.12.2001 n. 2034.

2. Costituiscono parte integrante del presente atto aziendale, in quanto ad esso allegati o collegati, i regolamenti aziendali di seguiti elencati:

1. Regolamento del Comitato Etico;
2. Regolamento in materia di affidamento e valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali;
3. Regolamento "Disposizioni per l'attività contrattuale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma G";
4. Regolamento U.R.P..

adottati in conformità alla vigente legislazione nazionale, regionale ed ai contratti collettivi nazionali di lavoro, gli altri regolamenti non appena perfezionati saranno soggetti, all'approvazione della Regione Lazio secondo la procedura di cui al punto 4.2 delle Linee Guida Regionali di cui alla D.G.R. n° 2034 del 2001.

TITOLO I – IDENTIFICAZIONE DELL'AZIENDA

1. SEDE LEGALE, LOGO E PATRIMONIO

L'azienda USL Roma G si è costituita il 1.7.1996, come risultato della fusione di n° 6 Unità Sanitarie Locali (USL) della Provincia di Roma .

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma I-bis Dlgs n. 229/1999 è costituita in azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale tale per cui l'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con il presente atto di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con deliberazione di Giunta Regionale 21.12.2001 n. 2034.

L'azienda USL Roma G ha sede legale in Tivoli via Nazionale Tiburtina al n° 22/a codice fiscale e partita IVA 04733471009 e comprende i territori dei Comuni di: Affile, Agosta, Anticoli Corrado, Arcinazzo Romano, Arsoli, Artena, Bellegra, Camerata Nuova, Canterano, Capranica Prenestina, Carpineto Romano, Casape, Castel Madama, Castel San Pietro Romano, Cave, Cerreto Laziale, Cervara di Roma, Ciciliano, Cineto Romano, Colleferro, Fonte Nuova, Gallicano nel Lazio, Gavignano, Genazzano, Gerano, Gorga, Guidonia Montecelio, Jenne, Labico, Licenza, Mandela, Marano Equo, Marcellina, Menatana, Monteflavio, Montelanico, Montelibretti, Monterotondo, Montorio Romano, Moricone, Nerola, Ovelano Romano, Palestrina, Palombara Sabina, Percile, Pisoniano, Poli, Rifreddo, Rocca Canterano, Rocca di Cave, Roccagiovine, Rocca Santo Stefano, Roiate, Roviano, Sambuci, San Cesareo, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Sant'Angelo Romano, San Vito Romano, Saracinesco, Segni, Subiaco, Tivoli, Vallepietra, Vallinfreda, Valmontone, Vicovaro, Vivaro Romano, Zagarolo

Sito internet: www.aslrmg.it

Il logo aziendale è il seguente:

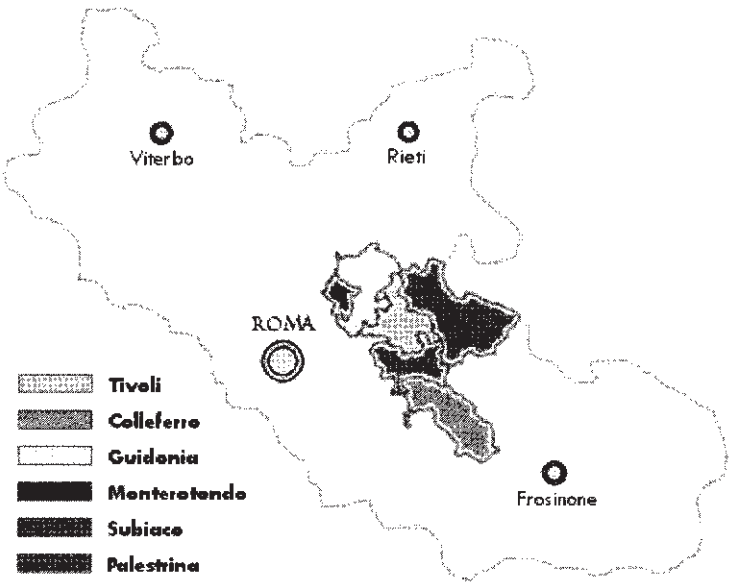
Il patrimonio dell'Azienda USL di Roma G è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi, pertanto, quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.
L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, 2° comma, del Codice Civile. I beni mobili ed immobili che l'azienda utilizza per il proseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indispensabile della stessa, soggetti a disciplina dell'articolo 828, 2° comma, C.C..
Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari redatto ai sensi dell'art. 2117 c.c. e , a nome della stessa, presso i pubblici registri.

2. L'AMBITO TERRITORIALE

Il territorio della ASL Roma G è inserito nella regione Lazio, fra i territori delle A.S.L. della provincia di Roma ed è suddiviso in n° 6 Distretti sanitari che comprendono n° 70 Comuni così ripartiti:

Distretto di Monterotondo	G1
Distretto di Guidonia	G2
Distretto di Tivoli	G3
Distretto di Subiaco	G4
Distretto di Palestrina	G5
Distretto di Colleferro	G6

Territorio dell'ASL Roma G
suddiviso per distretti



La superficie dell' ASL Roma G si estende per Kmq. 1.812,96 con una popolazione di n° 417.979 abitanti ed una densità media di 230 ab. per Kmq.

3. MISSIONE, VISIONE E VALORI FONDANTI

➢ *3.1 Missione*

La Missione dell'Azienda USL Roma G è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e all'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale - avvalendosi anche delle attività prodotte, dell'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

➢ *3.2 Visione*

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di supportare caratteristiche di appropriatezza, di efficacia, di adeguatezza e di qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e degli operatori, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili.

L'Azienda USL Roma G, per orientare le proprie azioni, si configura come:

• un'organizzazione di tipo reticolare, differenziata ed integrata internamente e nel più vasto territorio dell'area regionale con le cui aziende sanitarie intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di eccellenza sostenibili nel tempo;

• un'organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze residenti che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza e impegno;

• un'organizzazione che, a parità di opportunità qualitativo-economica, privilegi i rapporti con il contesto socio – economico del territorio di riferimento nell'ambito di una più generale politica di alleanza per la salute e il benessere della popolazione. Per perseguire la sua strategia, l'azione dell'Azienda è volta alla ricerca di sinergie con le altre Aziende Sanitarie della Regione Lazio, ed in particolare con quelle appartenenti all'area romana, con le strutture sanitarie private accreditate e con le organizzazioni a scopo non lucrativo; per il medesimo fine l'Azienda ha bisogno di poter contare su personale professionalmente preparato e che dia pratica attuazione ai valori fondanti e ai principi organizzativi assunti a riferimento.

Per l'assolvimento della missione e la realizzazione della citata visione strategica l'Azienda considera funzionale ed opportuna la partecipazione a forme organizzative (di tipo funzionale e/o di tipo strutturale) che vedano coinvolte le aziende sanitarie dell'area del Lazio e che siano finalizzate all'adozione di modalità operative capaci di assicurare il miglioramento del grado

di sinergia, di coerenza, di efficacia, di qualità e di sostenibilità dei servizi offerti tramite l'assunzione di comportamenti comuni nel campo degli interventi di programmazione, di amministrazione e di produzione dei servizi.

➢ *3.3 Valori fondanti*

I valori fondanti l'azione dell'Azienda attraverso cui orientare gli scopi, le scelte e l'agire di ogni attore dell'organizzazione per assolvere alla missione sono individuati:

a) nell'equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, per ragioni sociali, culturali ed economiche, al fine di affermare il diritto, di ogni persona di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri e che responsabilizza tutti nello sviluppo futuro della sanità;

b) nella trasparenza di una organizzazione che si impegna a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri (evidenze di efficacia) su cui si basano le scelte di governo clinico e politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;

c) nell'efficacia e appropriatezza intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni operate da professionisti competenti supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'Azienda;

d) nell'affidabilità, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità (bisogni) della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati dall'Azienda;

e) nella sicurezza dei prodotti, processi e ambienti di lavoro, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi;

f) nell'efficienza gestionale e organizzativa intesa come flessibilità e capacità di adeguare i comportamenti, l'uso delle risorse e la varietà dei prodotti/servizi, ai continui e rapidi cambiamenti interni ed esterni all'Azienda;

g) nel rendere più sensibile e specifica l'azione e l'intervento ai bisogni assistenziali ed organizzativi richiesti.

4. PRINCIPI E CRITERI DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE

L'Azienda USL Roma G dà attuazione al principio, di cui al D.Lgs. 165/2001, di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione di competenze e di responsabilità della Direzione Generale e quelle della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali.

Le funzioni ed i compiti di cui al comma precedente sono disciplinati secondo l'unito regolamento allegato "Regolamento in materia di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali."

Il Direttore Generale, fatto salvo il principio di separazione sopra richiamato, può devolvere le proprie funzioni con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità che faranno riferimento sia al principio dell'attribuzione sia a quello della delega.

In coerenza al principio di cui sopra, la gestione dell'Azienda è informata a criteri di programmazione sulla base delle linee del Piano Sanitario Regionale e della pianificazione strategica. Il modello di programmazione cui fa riferimento l'Azienda è quello della programmazione negoziata nell'ambito della Conferenza Sanitaria Territoriale.
Strumento fondamentale del sistema direzionale di programmazione e controllo è rappresentato dal processo di budget, anche in riferimento al complesso delle responsabilità direzionali (risultati raggiunti in rapporto alle risorse impiegate) e delle responsabilità operative ai vari livelli.
L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante atti di diritto privato, salvo nei casi in cui la legge le attribuisca espressamente poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.
Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.

TITOLO II – IL GOVERNO AZIENDALE

1. GLI ORGANI AZIENDALI E LA DIREZIONE GENERALE

Sono organi dell'Azienda USL Roma G: il Direttore Generale e il Collegio Sindacale.

➢ *1.1 Attribuzioni del Direttore Generale*

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva aziendale che esercita attraverso la definizione dei programmi e degli obiettivi da attuare, nonché attraverso la verifica della rispondenza dei risultati di attività e di gestione rispetto agli indirizzi impartiti.
Il Direttore Generale, sulla base di opportune intese con la Conferenza dei Sindaci, assicura i rapporti tra quest'ultima e l'Azienda garantendo se, necessario, i supporti affinché la Conferenza possa svolgere la sua funzione di indirizzo e di controllo.
Il Direttore Generale esercita le funzioni direttamente o mediante delega secondo le modalità e nelle forme indicate nell' Atto Aziendale. Il predetto esercita le proprie funzioni con atti di diritto privato o, nei casi previsti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi, secondo quanto previsto nel regolamento allegato "Disposizioni per l'attività contrattuale dell'Azienda Sanitaria Locale RM G".
L'adozione degli atti amministrativi che costituiscono esplicazione di funzioni di governo dell'Azienda, ovvero di rilevante attività gestionale, sono riservati al Direttore Generale, che vi provvede mediante deliberazione, motivando i provvedimenti assunti in difformità dai pareri motivati, ove previsti, rispettivamente resi dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Consiglio dei Sanitari.
Rientra fra le competenze del Direttore Generale l'adozione dei seguenti atti:

a) L'adozione dell'Atto Aziendale;
b) la nomina del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, nonché eventuale revoca, nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 3 bis, comma 8, del D. Lgs. 229/99. Fino all'emanazione delle disposizioni regionali di cui alla predetta normativa, il provvedimento di revoca può essere adottato nella ricorrenza di motivi idonei a determinare il venir meno del rapporto fiduciario;
c) l'adozione di tutti gli atti relativi ai piani strategici pluriennali ed ai piani programmatici annuali di attività;
d) l'adozione di tutti gli atti riguardanti la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa;

e) l'adozione di tutti gli atti relativi alla programmazione economico-finanziaria e di bilancio, compresi quelli relativi alla gestione attraverso la metodologia della negoziazione per budget;
f) l'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse;
g) l'adozione dei provvedimenti di indizione e di approvazione degli atti di gara riguardanti l'acquisizione di beni, appalti di lavori e servizi per importi superiori alla c.d. soglia comunitaria;
h) l'adozione di tutti gli atti aventi come oggetto la determinazione di tariffe, canoni ed analoghi oneri a carico di terzi;
i) gli atti di nomina, di designazione, di sospensione, di decadenza riservati da specifiche disposizioni alla competenza del Direttore Generale;
j) gli atti relativi al conferimento ed alla revoca degli incarichi dirigenziali;
k) l'individuazione dell'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari;
l) la nomina dei componenti del Collegio Tecnico e del Nucleo di valutazione;
m) la individuazione dei collaboratori alle sue dirette dipendenze, nonché del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente;
n) ogni altro atto concernente la scelta delle risorse umane;
o) le costituzioni in giudizio e nomina difensori;
p) l'attribuzione di incarichi a esperti, ai sensi dell'articolo 7, ultimo comma, del D. Lgs. n. 165/2001;
q) l'adozione di regolamenti e di ogni altro atto inerente l'organizzazione, la gestione e il funzionamento generale dell'Azienda.

Il Direttore Generale, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, può annullare di ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni, nonché assumere, rispetto agli atti di diritto privato invalidi o non convenienti, le iniziative consentite dal Codice Civile.
Gli atti del Direttore Generale non aventi rilevanza esterna assumono il carattere di mere disposizioni interne. Le disposizioni interne non richiedono l'acquisizione di pareri e non sono sottoposte all'esame del Collegio Sindacale.
In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza od impedimento del Direttore Generale, le sue funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o da quello Sanitario su delega del Direttore Generale stesso, ovvero, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano di età.
Nel caso di cessazione dall'incarico per qualunque causa del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte, nelle more della sostituzione, dal più anziano di età tra il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario.
Il Direttore Generale dispone di un "Ufficio di segreteria" per il supporto alla propria attività nonché per i compiti di segreteria e per le relazioni interne ed esterne. Con proprio atto il Direttore Generale stabilisce l'articolazione e l'assegnazione del relativo personale a detto Ufficio.

1.1.1 LE DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE

Per le seguenti materie il Direttore Generale continua ad assumere provvedimenti di natura amministrativa che mantengono la denominazione di "deliberazione e le forme pubblicistiche previste dal diritto amministrativo:

a) piano strategico Aziendale;
b) piano programmatico Aziendale;
c) bilancio pluriennale di previsione;
d) bilancio di previsione annuale;
e) bilancio di esercizio;
f) rendiconto generale;
g) programmazione triennale del fabbisogno di personale;

h) procedure di selezione per l'accesso al lavoro, sino alla fase dell'approvazione della graduatoria e dell'assunzione dei vincitori.

1.1.2 GLI ATTI DEL DIRETTORE GENERALE

Gli atti, assunti dal Direttore Generale pur essendo ispirati alla libertà della forma e quindi assunti in forma scritta svincolata da schemi prefissati, devono:

a) Essere datati e numerati progressivamente, e riportati, quanto ad estremi ed oggetto, in un apposito registro o protocollo;
b) Sono immediatamente esecutivi salvo il rispetto delle ultime disposizioni regionali relative alla istituzione della Commissione per la verifica e controllo dei provvedimenti dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio di cui alla Deliberazione Regione Lazio n. 1306 del 27.09.02 ;
c) Sono sottoscritti solo dal Direttore Generale.

➢ *1.2 Il Collegio Sindacale*

Il collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria è nominato dal direttore generale ed è composto da cinque membri in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 ter del Decreto Legislativo 502 dei 1992 e successive modificazioni, designati:

- due dalla Giunta regionale;
- uno dai Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica;
- uno dal Ministro della Salute;
- uno dalla Conferenza dei sindaci.

Il collegio sindacale, nel corso della prima seduta, elegge nel proprio seno il presidente.
Ai membri del collegio sindacale spetta un'indennità annua lorda pari ai dieci per cento degli emolumenti del direttore generale. Al presidente del collegio spetta una maggiorazione pari al venti per cento di quella fissata per gli altri componenti.
Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, controlla l'amministrazione dell'azienda sanitaria sotto il profilo economico, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio di esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, effettua periodicamente verifiche di cassa, fornisce al direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale.
Il Collegio Sindacale riferisce almeno trimestralmente alla Giunta Regionale sui risultati della propria attività e denuncia immediatamente alla stessa gravi irregolarità nella gestione o situazioni di disavanzo. Trasmette, altresì, una relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria.
I componenti del Collegio Sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni.
Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni e può essere rinnovato.
I singoli componenti del Collegio Sindacale cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza, dichiarata dal Direttore Generale, a causa del sopravvenire di alcuna delle condizioni ostative o delle situazione di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ovvero della mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute del collegio o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi.
Nei casi di cui sopra, il Direttore Generale procede alla sostituzione del componente del Collegio Sindacale cessato dall'incarico, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente.

Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il Direttore Generale procede alla ricostituzione dell'intero collegio.

➢ *1.3 La Direzione Aziendale*

La Direzione Aziendale è costituita dal Direttore Generale dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che esercitano i compiti e le attribuzioni di cui ai successivi articoli 1.4 e 1.5 La Direzione Aziendale opera pertanto come momento di coordinamento che non incide sul livello decisionale che rimane imputato al Direttore Generale, salva la delega di funzioni.

I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, mediante proposte e pareri, alla formazione e alle decisioni del Direttore Generale.

➢ *1.4 Funzioni e responsabilità del Direttore Amministrativo*

Il Direttore Amministrativo partecipa, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza dalle legislazione vigente, e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni del Direttore Generale.

Inoltre nell'ambito delle sue specifiche competenze:

a) dirige e coordina l'attività delle strutture organizzative professionali e funzionali rientranti nelle aree funzionali amministrativa, professionale e tecnica dell'Azienda, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate agli altri livelli dirigenziali;
b) collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività aziendali;
c) cura la relazione di accompagnamento al bilancio preventivo ed al conto consuntivo da sottoporre all'approvazione del Direttore Generale;
d) è preposto all'attivazione, alla gestione ed al controllo dei centri di costo, al controllo interno (ai fini della verifica dell'attività svolta dalle Unità operative amministrative di cui alla normativa contenuta nei contratti collettivi di lavoro, predisponendo la relazione per il Direttore Generale) nonché alla programmazione dell'attività di aggiornamento per il personale amministrativo;
e) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per il conferimento degli incarichi dirigenziali dell'area professionale, tecnica ed amministrativa;
f) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale;
g) collabora alla predisposizione della relazione sanitaria annuale;
h) adotta le disposizioni concernenti la mobilità del personale tra le strutture dell'Azienda, ad esclusione del personale sanitario.

Il Direttore Amministrativo, di sua iniziativa o su indicazione dei Direttore Generale, può, in qualsiasi fase della pratica, avocare a sé con provvedimento motivato la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area non sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Dirigente Amministrativo di Struttura Complessa nominato dal Direttore Generale, di norma su proposta del Direttore Amministrativo stesso. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza o

l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla normativa vigente.

➢ *1.5 Funzioni e responsabilità del Direttore Sanitario*

Il Direttore Sanitario partecipa, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza dalla legislazione vigente, e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni del Direttore Generale. In particolare:

a) dirige i servizi sanitari dell'Azienda a fini organizzativi e igienico-sanitario, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale, nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli dirigenziali;
b) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
c) collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività Aziendali;
d) coordina l'attività dei Dipartimenti e delle Aree sanitarie a livello aziendale;
e) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per il conferimento degli incarichi dirigenziali di rilevanza sanitaria;
f) presiede il Consiglio dei Sanitari;
g) predispone la relazione sanitaria annuale;
h) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli, all'occorrenza, dal Direttore Generale.
i) adotta le disposizioni concernenti la mobilità del personale sanitario tra le strutture dell'Azienda.

Il Direttore Sanitario, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase della pratica, avocare a sé la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Direttore dell'area sanitaria o di Dipartimento o da altro dirigente nominato dal Direttore Generale, di norma su proposta del Direttore Sanitario stesso. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla normativa vigente.

2. GLI ORGANISMI COLLEGIALI

➢ *2.1 Collegio di Direzione*

Il Collegio di Direzione, a norma dell'articolo 17 del D.Lgs. 229/99 coadiuva il Direttore Generale nella assunzione delle decisioni gestionali, collabora alla elaborazione e attuazione degli indirizzi e dei piani aziendali nonché, soprattutto, alla programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. In particolare il Direttore Generale si avvarrà dello stesso per la elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane. Il Collegio di Direzione, contribuisce altresì all'elaborazione del piano per la realizzazione del Sistema Qualità Aziendale.

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

- il Direttore Sanitario;
- il Direttore Amministrativo;

- i Direttori di Dipartimento;
- i Direttori dei Distretti Sanitari;
- i Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero;
- il Responsabile Aziendale delle Attività Socio-Sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- il Responsabile del Servizio infermieristico;
- il Dirigente dell'Aria Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria.

Il Collegio dura in carica tre anni e può essere prorogato dal Direttore Generale per la medesima durata.
Al Collegio di Direzione competono specifiche attribuzioni in ordine alle seguenti materie:

A) Programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie.

Tale compito prevede:
- l'individuazione dei bisogni di salute e l'analisi della domanda per la formulazione degli obiettivi aziendali specifici,
- l'individuazione e successivamente la valutazione di tutte quelle attività che nell'ambito aziendale possono rivestire valenza strategica, al fine di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

La programmazione deve contenere:
- l'individuazione e stesura di un programma di interventi che armonizzino quelli specifici predisposti dai singoli Dipartimenti;

B) Il governo delle attività cliniche e per la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici aziendali (es. appropriatezza del trattamento clinico e terapeutico, misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni nell'area della degenza, anche attraverso il processo di "benchmarking" e di accreditamento professionale, ecc.);

C) Programmazione e valutazione di attività ad alta integrazione sanitaria.

Al riguardo si intende:
- l'individuazione di quelle attività che richiedono la partecipazione all'integrazione di aree di diversa appartenenza allo scopo di garantire servizi integrati rientranti nelle scelte strategiche dell'Azienda;

D) Formulazione di programmi di formazione.

A tal fine il Collegio provvede a proporre programmi di formazione sia per la dirigenza che per il comparto diretti:
- all'acquisizione di nuove tecniche assistenziali e/o cliniche;
- al continuo aggiornamento allo scopo di assicurare prestazioni sempre più orientate alla qualità totale;
- all'acquisizione di principi e criteri manageriali, come la capacità relazionale, di gestione e di valutazione;

E) Formulazione di ipotesi organizzative per l'esercizio dell'attività libero-professionale.

A tal fine il Collegio di Direzione:
- redige una proposta di regolamento per l'espletamento dell'attività libero-professionale, suggerendo le relative tariffe da applicare, nell'ambito e nel rispetto di quelle previste dall'Ordini professionali;
- valuta la congruità dei volumi di prestazioni fissati in relazione alle attività istituzionali;
- suggerisce e propone convenzioni, accordi, protocolli con strutture pubbliche o private per l'espletamento di dette attività, nonché convenzioni anche con studi professionali;
- individua, suggerendo alla Direzione, gli spazi e/o i locali per l'espletamento dell'attività libero professionale allo scopo di assicurare il regolare ed ottimale svolgimento della stessa, anche in relazione alla normativa nazionale e regionale in materia.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale.

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare, senza diritto di voto, altresì, sempre in relazione alla specificità degli argomenti da trattare, i Responsabili di singole strutture aziendali, sia funzionali che professionali.

➢ *2.2 Consiglio dei Sanitari*

L'art. 3 del D.L.vo 502/92, e sue successive modificazioni ed integrazioni, istituiscono il Consiglio dei Sanitari quale organismo elettivo delle Aziende Sanitarie con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal Direttore Sanitario. Tale organismo esercita le competenze previste dalla suddetta normativa.

Il Consiglio dei Sanitari esprime parere obbligatorio ma non vincolante per gli aspetti tecnico-sanitari e di assistenza sanitaria concernenti:

- le deliberazioni riguardanti i regolamenti di organizzazione e del personale nonché le piante organiche;
- i provvedimenti in materia di organizzazione di istituzione o modificazione dei servizi;
- i provvedimenti in materia di organizzazione dei servizi e delle relative attività;
- i piani pluriennali e i programmi annuali;
- i progetti per specifiche attività;
- i programmi di acquisto degli impianti e delle attrezzature sanitarie.

Il Consiglio dei Sanitari svolge, inoltre, i seguenti compiti:

- esprime parere sulle tariffe per le prestazioni sanitarie rese a pagamento che non siano già predeterminate a livello nazionale o regionale;
- formula proposte per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari in funzione del conseguimento di una maggiore funzionalità ed efficienza degli stessi;
- svolge ogni altra funzione ad esso attribuita dalle leggi e dai regolamenti.

Il Consiglio dei Sanitari, nella prima seduta, elegge nel proprio seno, un vice presidente ed un segretario. Il Consiglio dei Sanitari si riunisce su convocazione del presidente. È altresì convocato a richiesta di almeno cinque dei suoi componenti. Nella convocazione, da effettuarsi per iscritto, è indicato l'ordine del giorno della seduta.

Per la validità delle sedute del Consiglio dei Sanitari occorre la maggioranza dei componenti. Il collegio si esprime a maggioranza dei presenti. In caso di parità di voti, prevale il voto del presidente o, in sua assenza, dei vice presidente.

Il presidente può invitare a partecipare alle sedute, senza diritto di voto, in relazione alle specifiche questioni da trattare, altri operatori dell'azienda.

Qualora il Consiglio dei Sanitari non si esprime entro quindici giorni dalla richiesta, il parere si intende favorevole.

I pareri espressi devono essere di natura squisitamente tecnica e non possono riguardare le scelte complessive della Direzione Generale.

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

- n. 6 dirigenti medici dipendenti dell'Azienda, di cui uno del Dipartimento di Prevenzione;
- n. 1 dirigente medico veterinario;
- n. 1 medico specialista ambulatoriale;
- n. 1 medico di medicina generale;
- n. 1 medico pediatra di libera scelta;
- n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario, in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nell'azienda;
- n. 1 operatore dell'area infermieristica;
- n. 2 operatori dell'area tecnico-sanitaria e della riabilitazione.

2.2.1 PERSONALE AVENTE DIRITTO ALLA NOMINA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DEI SANITARI

Possono essere eletti quali componenti dei Consiglio dei Sanitari:

- i dipendenti dell'azienda con almeno 3 anni di anzianità di servizio prestato in enti del S.S.N.;
- gli specialisti ambulatoriali;
- i medici di medicina generale;
- i pediatri di libera scelta.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono eletti per ogni singola ASL dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta operanti nel territori.
Partecipano, quindi, alla elezione dei Consiglio dei Sanitari, i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza del ruolo: medici ospedalieri, medici territoriali, personale laureato sanitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico-sanitario.
Tutti i componenti del Consiglio dei Sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori della azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

2.2.2 MODALITA' PER LO SVOLGIMENTO DELLE ELEZIONI
Le elezioni per la nomina dei Consiglio dei Sanitari sono indette dal Direttore Generale dell'azienda, previo avviso da pubblicare almeno trenta giorni prima della data fissata, garantendone la massima diffusione, anche attraverso l'affissione dell'avviso sugli appositi spazi riservati all'interno dell'Azienda e la notifica alle parti sociali. L'avviso deve contenere tutte le informazioni necessarie in merito alle elezioni: data, ora e sede.
Le operazioni di voto si svolgono nell'arco di una sola giornata e sono a scrutinio segreto.
L'azienda mette a disposizione idonei locali, affinché dette operazioni avvengano in modo regolare, rispettando il principio della segretezza.

2.2.3 COMMISSIONE ELETTORALE E SEGGIO ELETTORALE
Per lo svolgimento delle elezioni, il Direttore Generale costituisce una commissione elettorale composta dal Direttore Amministrativo, o suo delegato, con funzioni di presidente, e da quattro dipendenti dell'azienda estratti a sorte tra il personale appartenente ai ruoli non interessati alle elezioni, di cui uno con funzioni di segretario.
Alla commissione compete la predisposizione dell'elenco dei dipendenti aventi il diritto di voto, suddivisi per categoria, nonché la verifica dei requisiti di eleggibilità. Gli elenchi sono affissi all'albo dell'azienda almeno dieci giorni prima dell'inizio delle elezioni.
Le liste sono formate a cura della commissione elettorale, almeno dieci giorni prima di quello fissato per le elezioni, sulla base delle candidature pervenute e risultate valide e sono affisse all'albo dell'azienda dal giorno della loro formazione e fino a quello delle elezioni compreso.
La commissione elettorale costituisce, nelle sedi ove avvengono le elezioni, seggi elettorali composti da tre scrutatori, di cui uno anche con funzioni di presidente ed uno di segretario, sorteggiati tra il personale che non risulti candidato.
Compete al seggio elettorale l'espletamento di tutti gli adempimenti ed operazioni connesse al voto, nonché le operazioni di spoglio che devono essere eseguite pubblicamente.

2.2.4 ELEZIONE DEI COMPONENTI
Ogni elettore partecipa con voto limitato al profilo professionale, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere, esprimendo la preferenza indicando il nominativo del candidato.
Sulla base delle risultanze dello spoglio il Direttore Generale procede alla nomina degli eletti; risultano eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero dei voti validamente espressi.
In caso di parità di voti risulta eletto quello con più anzianità di servizio.

2.2.5 DURATA
Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 5 anni. Il Consiglio dei Sanitari decaduto conserva le proprie funzioni sino ai rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.
Il Direttore Generale provvede allo scioglimento dei Consiglio dei Sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale (metà dei componenti più uno).
I componenti del Consiglio dei Sanitari possono essere eletti per un massimo di 2 volte consecutivamente.
I componenti che non partecipano al Consiglio, per tre volte, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti.

2.2.6 COMITATO ETICO
L'azienda si avvale del Comitato Etico che ha il compito di fornire pareri, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative nazionali ed internazionali in materia di

- ricerca scientifica biomedica;
- sperimentazione nuovi farmaci;
- procedure terapeutiche e diagnostiche innovative.

Il parere del comitato Etico è vincolante per gli aspetti della ricerca che richiedono tale tipo di giudizio ,secondo le norme e disposizioni nazionali ed internazionali vigenti.

La costituzione , la composizione ed il funzionamento del Comitato Etico sono conformi alle disposizioni normative e direttive vigenti e costituiscono oggetto di apposito regolamento Aziendale.

3. LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI E I LIVELLI DI RESPONSABILITA'

➢ *3.1 Le strutture organizzative aziendali*

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali, in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza, o di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. La valenza strategica e la complessità organizzativa sono gli elementi che rendono opportuna l'individuazione di una posizione con responsabilità di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate.
La valenza strategica di una struttura è definita dal livello di interfaccia con istituzioni o organismi esterni all'Azienda, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza dei problemi, dal livello di intersettorialità che caratterizza gli interventi.
La complessità organizzativa di una struttura è definito dalla numerosità e della eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico, e dai costi di produzione.
L'individuazione delle strutture aziendali, così definite, avviene sulla base del quadro complessivo risultante dalla convergenza delle seguenti variabili:

a) il posizionamento strategico o il grado di priorità di azione che riveste, nel medio - lungo periodo, l'ambito di applicazione prevalente delle competenze e delle risorse cui si intende dare strutturazione;
b) la riconducibilità del sistema tecnico (competenze e conoscenze) a discipline definite;
c) la rilevanza, l'intensità, la frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'Azienda;

d) il grado di intersettorialità, di interdisciplinarità ed interprofessionalità che è necessario governare per assicurare migliori livelli di efficacia, efficienza e rendimento degli interventi;
e) la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse da allocare, da monitorare, da organizzare, da gestire;

il livello di autonomia e di responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione.

Le strutture organizzative si distinguono in complesse,dipartimentali e semplici, in relazione alla intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda.
In fase di prima applicazione, le Strutture Organizzative dell'Azienda, siano esse complesse, dipartimentali, semplici o in staff, sono quelle risultanti dall'organigramma allegato al testo dell'atto aziendale.
Diverse articolazioni delle singole strutture organizzative dell'Azienda saranno soggette alle procedure previste al punto 4.2 delle Linee Guida Regionali del 2001 di cui alla D.G.R. 2034/01.

➢ *3.2 Le strutture organizzative complesse*

In linea generale, sono strutture **complesse** quelle strutture che hanno almeno uno dei requisiti sotto elencati:

a) erogazione di attività tecnico-professionali il cui ambito quali-quantitativo equivalga di norma, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti l'ambito disciplinare;
b) afferenza di rilevanti risorse professionali in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale;
c) assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico-strumentali;
d) gestione di risorse finanziarie la cui consistenza sia significativa per il bilancio aziendale;
e) assegnazione di obiettivi rilevanti per la programmazione aziendale.

➢ *3.3 Le strutture organizzative semplici*

In linea generale, sono strutture **semplici** quelle strutture che hanno almeno uno dei requisiti sottoelencati:
:

a) le strutture organizzative che assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile nell'ambito di quella della struttura complessa di riferimento e che a tal fine utilizzano un numero di professionisti pari ad almeno tre unità;
b) le strutture organizzative contrassegnate da una struttura di produzione con significativo valore economico, sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate;

Al loro interno le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità, in **semplici** quali articolazioni interne della struttura complessa e **dipartimentali** quale struttura dotata di particolare autonomia nella gestione delle risorse umane e strumentali.

➢ *3.4 La funzione professionale*

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni di alto contenuto tecnico professionale, e coerentemente con la fisionomia dell'Azienda che ha come missione prevalente la produzione di prestazioni sanitarie, vengono altresì individuate aree, di attività specifiche per le quali

conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.
L'individuazione di dette aree non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le strutture semplici.
In linea generale gli incarichi professionali prevedranno il riconoscimento e l'esercizio di elevate competenze tecnico professionali tese a produrre servizi o prestazioni particolarmente complesse nell'ambito di una determinata disciplina. Tali incarichi saranno comunque conferiti in numero non superiore a quello di direzione delle strutture semplici.

➢ *3.5 Strutture di staff*

Le strutture dello staff aziendale svolgono attività di ricerca, sviluppo e progettazione nell'ambito delle funzioni strategiche aziendali e, in particolare, nei settori dell'organizzazione sanitaria, della comunicazione interna ed esterna, dell'innovazione gestionale, tecnologica e informativa, dell'ottimizzazione e valutazione sull'utilizzo delle risorse, del sistema di qualità aziendale e formazione continua degli operatori, del sistema informativo aziendale e del controllo di gestione.
Dette strutture operano prevalentemente per progetti secondo gli indirizzi della Direzione Generale e della Direzione Amministrativa e Sanitaria.
L'articolazione dello Staff in strutture organizzative è effettuata sulla base del grado di specificità della funzione da svolgere ovvero della complessità della stessa.
Le strutture organizzative si fondano sul principio della flessibilità e dell'integrazione tra le varie competenze e professionalità.
In relazione alle competenze possedute o per realizzare progetti ovvero per assolvere a specifiche funzioni, nello Staff può essere collocato personale appartenente ad altre strutture funzionali.
Per specifiche attività finalizzate possono essere costituiti dal responsabile dello Staff gruppi di lavoro ovvero posizioni individuali prive di strutture organizzative professionali di riferimento.
Per lo Staff della direzione aziendale, il Direttore Generale può nominare un responsabile il quale svolge le funzioni di coordinamento.

➢ *3.6 La Responsabilità*

Alle strutture organizzative dell'Azienda, sono preposti dirigenti a cui verranno assegnate le relative funzioni dirigenziali.
Per ciascuna funzione saranno individuate la missione, le specifiche aree di responsabilità, nonché le attribuzioni di competenze.
A tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale, sia clinico-assistenziale sia economico- finanziario, si applica il principio della contestabilità, vale a dire la chiara attribuzione di responsabilità e autonomia connesse ad una oggettiva valutazione.
La valutazione dei dirigenti viene effettuata sulla base di criteri predefiniti che fanno riferimento al grado di coerenza esistente tra comportamenti dirigenziali e valori aziendali, e alle capacità di natura tecnico-professionale, nonché alla capacità di gestire con efficienza le risorse assegnate.

➢ *3.7 La Dirigenza*

Coerentemente con quanto previsto dal punto precedente, costituisce compito della dirigenza l'attuazione degli obiettivi e dei programmi stabiliti dalla Direzione Aziendale e la formulazione di proposte nei confronti dei superiori livelli direzionali.
Spetta in particolare ai dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni o attività:

a) direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture organizzative professionali o funzionari cui siano preposti e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
b) svolgimento di attività di elaborazione, consulenza, studio o ricerca ovvero di funzioni ispettive e di controllo ovvero, ancora, svolgimento di attività di natura tecnico professionale;
c) responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati ed adozione degli atti datoriali di gestione organizzatoria del personale che non comportano modifiche di posizione funzionale dello stesso;
d) armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza;
e) controllo dell'insieme delle attività delle strutture organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
f) partecipazione alle procedure informative nonché di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

Le funzioni e i compiti di cui ai commi precedenti sono oggetto di specifica definizione con il regolamento di organizzazione con particolare riferimento agli ambiti di riconosciuta autonomia e responsabilità nella gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti, di diritto privato o di diritto pubblico, a rilevanza esterna.
Funzioni ulteriori possono essere delegate ai dirigenti dal Direttore Generale.

➢ *3.8 Criteri per il conferimento di incarichi di responsabilità*

Il conferimento degli incarichi dirigenziali è disciplinato dal Direttore Generale, con apposito regolamento, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro.
In particolare, nel conferimento degli incarichi, l'Azienda si ispira ai seguenti principi:

a) Maturazione di un percorso di carriera interno. Lo sviluppo delle posizioni è determinato dalla proiezione dei dirigenti secondo investimenti formativi predefiniti dall'Azienda, nella coerenza generale tra graduazione delle posizioni, politica di formazione e sviluppo delle risorse umane. L'individuazione del "potenziale" e il monitoraggio delle performance individuali, il primo registrato dal sistema di valutazione delle posizioni, il secondo espresso dal Collegio Tecnico, sono i riferimenti prioritari degli sviluppi interni.
b) Sussistenza di crediti formativi. Per le posizioni di natura dirigenziale, e in particolare per le Direzioni di Struttura Complessa, di Struttura semplice e di Alta Specializzazione, la Direzione aziendale specifica le soglie minime del credito formativo che deve esser stato accumulato negli ultimi 5 anni per il conferimento dei singoli incarichi. Per le direzioni di natura gestionale e organizzativa, il credito formativo dovrà essere espressione dell'acquisizione di strumenti manageriali; mentre per le strutture semplici e per gli incarichi di alta specializzazione prevarrà il criterio della formazione clinica o tecnico professionale.

Gli incarichi dirigenziali sono volti a ricoprire le posizioni declinate nell'assetto organizzativo; l'Azienda ne predetermina la missione e le aree di responsabilità, in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione.

4. SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E TECNICHE AZIENDALE

E' istituito il Servizio delle Professione Sanitarie e Tecniche per il governo e lo sviluppo della risorsa infermieristica, tecnica e della riabilitazione. Il Responsabile aziendale del Servizio

delle Professioni Sanitarie e Tecniche, in relazione agli assetti organizzativi delle attività ospedaliere e territoriali e in relazione agli indirizzi regionali, si avvale di una Direzione delle Professioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero, una Direzione delle Professioni Sanitarie del Territoriale, una Direzione delle Professioni Sanitarie del Dipartimento di Salute Mentale, che insieme compongono la Direzione del Servizio delle Professioni Sanitarie . L'assetto organizzativo risponde ai principi della responsabilità diffusa, del decentramento organizzativo, del rispetto dei ruoli di governo, produzione e committenza assegnati ai vari livelli, delle chiare relazioni organizzative. La Missione del Servizio delle Professioni Sanitarie e Tecniche, che discende dalla missione aziendale, è quella di garantire l'organizzazione ed il coordinamento delle attività necessarie a rispondere al bisogno specifico di assistenza infermieristica e tecnica degli utenti dei servizi offerti dalla Azienda USL. Ciò attraverso lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza, la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica e tecnica generale e specialistica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. L'assistenza infermieristica e tecnica è una componente del processo assistenziale, pertanto, per le parti di rispettiva competenza, si integra con l'area medica, sociale, riabilitativa e di sanità pubblica.

➢ *4.1 Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie e Tecniche aziendale*

Il Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitario e Tecnico agisce in staff al Direttore Sanitario ed ha la responsabilità del governo clinico per quanto riguarda il processo di nursing nell'ambito dei programmi di assistenza (infermieristica, tecnica e riabilitativa), orientati al singolo ed alla collettività. Il governo clinico in questo contesto e coerentemente con le linee regionali integra le azioni nel campo dello sviluppo degli assetti organizzativi, della definizione dei campi di azione e degli obiettivi, della progettazione e realizzazione della qualità delle performance (livelli accettabili e percorsi di miglioramento), di individuazione delle condizioni più idonee allo sviluppo delle risorse infermieristiche e tecniche in connessione con le strategie più generali dell'Azienda. La complessità degli ambiti di attività orienta il lavoro del Responsabile Aziendale verso modalità di tipo cooperativo come strumento per la valorizzazione delle diverse professionalità che affiancano il SIT.
Per questo il Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie si coordina con una Commissione composta dai rappresentanti delle Direzioni delle Professioni Sanitarie dei P.O., Territoriale e D.S.M.".

➢ *4.2 Aree di responsabilità del Servizio delle Professioni Sanitarie e Tecniche aziendale*

pianificazione strategica:

- contribuisce alla definizione delle politiche generali aziendali e alla conseguente pianificazione strategica della risorsa infermieristica e tecnica
- valuta i problemi e le criticità nei bisogni di assistenza e individua le priorità
- programma le attività di propria specifica competenza, tenendo conto dei costi e della qualità delle stesse
- costruisce linee per la sperimentazione di approcci assistenziali

programmazione dell'assistenza:

- definisce gli standard professionali e ne monitorizza l'applicazione
- ricerca, sperimenta e verifica modelli di integrazione interprofessionale ed ospedale/territorio
- definisce criteri e attua la valutazione delle performance professionali
- contribuisce alla valorizzazione delle competenze individuali in un'ottica di ottimizzazione della risorsa umana
- promuove, realizza e valuta programmi di attività di analisi della qualità, di ricerca e di innovazione dei processi dell'assistenza infermieristica e tecnica.

progettazione operativa:

- propone e supervisiona l'applicazione dei meccanismi premianti
- pianifica i percorsi di sviluppo professionale ed individua i bisogni formativi degli operatori
- propone e supervisiona i percorsi di inserimento, allocazione e mobilità aziendale del personale infermieristico e tecnico
- contribuisce a motivare e guidare i collaboratori, a generare un clima organizzativo favorevole alla produttività.

TITOLO III – DELEGA DI FUNZIONI

1. DELEGA DI FUNZIONI

Nel rispetto delle Linee Guida di cui alla D.G.R. 2034 del 2001punto 5.1 rimangono di esclusiva competenza le funzioni di alta amministrazione e cioè quelle più propriamente di governo mentre sono delegabili a vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale tra cui:

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

2. Il Direttore Generale, può delegare le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario nonché ai Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative aziendali.
3. La delega relativa all'attività di diritto pubblico è disposta dal Direttore Generale con apposito provvedimento da pubblicare all'Albo dell'Azienda.
4. La delega relativa all'attività di diritto privato è conferita per iscritto nei modi e nelle forme rapportate alla tipologia di attività delegata e di essa deve darsi idonea pubblicità. L'originale dell'atto di delega è conservato in apposito registro presso l'Ufficio di coordinamento della Segreteria del Direttore Generale.
5. Trattandosi di delega avente natura esclusivamente fiduciaria la stessa è revocabile in qualsiasi momento da parte del Direttore Generale con atto scritto e senza alcuna motivazione. La revoca delle deleghe conferite deve aver luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento, dovendosi quindi osservare anche le identiche modalità di pubblicazione e conservazione degli atti.
6. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti compiuti, non essendo previste forme di controllo preventivo sugli atti medesimi né essendo previste forme di controllo successivo a carattere continuativo e sistematico, salva la possibilità per la Direzione Aziendale di effettuare controlli a campione in modo non formalizzato.
7. Nel caso di inerzia del soggetto delegato il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto di diritto privato o il provvedimento ovvero delegarne ulteriormente l'adozione ad altro incaricato previa comunicazione al delegato rimasto inerte.
8. Il Direttore Generale nell'ambito dell'eventuale attività di controllo di cui al comma 5, può, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato nonché può assumere rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti assunti dai delegati le iniziative consentite dal codice civile.
9. L'esercizio, delle funzioni delegate deve avvenire:
   a) nel rispetto della normativa generale e specifica e delle norme del Codice Civile di cui al capo IX del titolo III ed al capo VI del titolo II del libro quarto, afferenti il mandato e la rappresentanza;
   b) nel rispetto degli obiettivi generali dell'Azienda;

c) garantendo la trasparenza, la esaustività e la chiarezza espositiva della motivazione e della decisione degli atti adottati;

d) nel rispetto della compatibilità finanziaria.

10. L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo e diventa esecutiva nelle forme di legge.
11. Il Direttore Generale mantiene in ogni caso il potere, ove lo ritenga opportuno, di porre in essere direttamente ciascuno degli atti delegati previa comunicazione ai medesimi senza che ciò comporti la revoca tacita dell'atto di delega.
12. L'esercizio da parte dei dirigenti delle competenze delegate deve essere sempre pienamente rispondente alle funzioni ed ai piani Aziendali. L'eventuale discrezionalità insita nella materia delegata va comunque sempre ricondotta agli atti di programmazione o di indirizzo – specificati nei singoli atti di delega in relazione agli specifici settori di attività - che restano di competenza del Direttore Generale.
13. La delega non è operativa in tutti i casi di assenza o impedimento temporaneo del dirigente delegato, non essendo ammessa la sub-delega nei confronti di altri dirigenti.
14. Nei casi di assenza del dirigente delegato la delega deve intendersi temporaneamente revocata ed il Direttore Generale assume direttamente gli atti delegati, per tutto il periodo di assenza del dirigente, riservandosi eventualmente di delegarli al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario o ad altro Dirigente.
15. Le competenze delegate al dirigente sono direttamente esercitate dallo stesso che, pertanto, ne è esclusivamente responsabile.

TITOLO IV – LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE COMPLESSE DOTATE DI AUTONOMIA GESTIONALE TECNICO-PROFESSIONALE SOGGETTE A RENDICONTAZIONE ANALITICA

1. IL DIPARTIMENTO

➢ *1.1 Il Dipartimento*

Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda e va considerato quale struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e le altre Strutture Aziendali.

Il Dipartimento si articola al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. In particolare:

- i Dipartimenti strutturali rappresentano le strutture il cui obiettivo principale è l'uso efficiente/ottimale delle risorse, con autorità sovraordinata rispetto alle unità operative o servizi che la compongono;
- i Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di un obiettivo ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici ed altresì servono a massimizzare l'efficacia e la qualità della prestazione.

Dall'aggregazione delle suddette strutture derivano risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico.

Il Dipartimento, come sopra definito, nello svolgimento delle funzioni proprie del suo specifico ambito di attività, si propone di conseguire i seguenti obiettivi:

- la convergenza di competenza ed esperienza;
- l'interdisciplinarietà;
- la garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- l'accorpamento secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.

Attraverso la dipartimentalizzazione è possibile operare per "processi" e condividere risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

Le funzioni dei Dipartimenti Sanitari, comprendono, in particolare, la definizione di progetti e programmi, l'individuazione di obiettivi prioritari, l'allocazione di risorse e di mezzi.

Nell'ambito dei dipartimenti si procede allo studio, applicazione e verifica dei sistemi (linee guida, protocolli, informatica etc.) per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature. E' incentivata l'individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza.

In particolare, i Dipartimenti sanitari assistenziali svolgono le seguenti attività:

a) utilizzazione ottimale e integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature;

b) promozione di iniziative volte a umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
c) valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita;
d) organizzazione dell'attività libero-professionale Aziendale.

Le risorse del Dipartimento sono rappresentate dal personale, dalle strutture edilizie e dalle attrezzature tecnologiche e materiali ad esso afferenti. Le risorse finanziarie sono rappresentate dal budget funzionale assegnato al singolo Dipartimento, il quale ha una propria contabilità progettata tenendo conto dell'obiettivo di equilibrio tra costi e ricavi. Le somme sono suddivise per centri di costo, in ragione dei previsti "consumi" delle strutture aggregate, individuati secondo la peculiarità di ciascun Dipartimento sulla base della pianificazione e programmazione aziendale.
Ogni dipartimento si doterà di un proprio regolamento di funzionamento, nel rispetto dei criteri di cui al presente Atto, fermo restando la normativa in vigore.
Per raggiungere obiettivi per i quali necessita la collaborazione e/o integrazione di strutture aziendali con altre strutture di altre aziende sanitarie e/o ospedaliere si potranno attivare dipartimenti interaziendali che aggregano strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale appartenenti ad aziende diverse.

➢ *1.2 La Direzione di Dipartimento*

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale, sentito il Direttore Sanitario Aziendale, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento, rimanendo comunque titolare della struttura complessa cui è preposto.
Il Direttore Generale valuterà annualmente l'operato del Direttore di Dipartimento.
La durata dell'incarico di Direttore di Dipartimento è di cinque anni ed rinnovabile.
La Direzione di Dipartimento rappresenta il Dipartimento nei rapporti con le altre articolazioni aziendali e con gli interlocutori esterni all'Azienda assicurando la copertura della missione affidata dal vertice strategico. In particolare:

- dirige e coordina, coerentemente con gli indirizzi aziendali le UU.OO. ed i settori/moduli dipartimentali assicurando l'ottimizzazione della gestione e l'uniforme applicazione delle procedure comuni;
- assicura la gestione integrata delle risorse assegnate per garantire la produzione e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi organizzati in forma dipartimentale nell'ambito di percorsi terapeutici e di linee guida condivise;
- integra operativamente le professionalità e le articolazioni operative che concorrono allo sviluppo dei processi erogativi;
- negozia il budget.

➢ *1.3 Il Comitato di Dipartimento*

Ai sensi dell'articolo 17 bis del Decreto Legislativo 502 del 1992, il Comitato di Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.
Membri del Comitato di Dipartimento sono:

- il Direttore del Dipartimento che lo presiede:
- il Responsabile Amministrativo del Dipartimento;
- i Dirigenti Sanitari responsabili delle strutture complesse;
- i Dirigenti di strutture semplici dipartimentali;
- il Responsabile dell'area infermieristica, tecnico – sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza, e ispezione e dell'assistenza sociale, a seconda della tipologia del Dipartimento;
- i Dirigenti Medici e Sanitari, in numero non superiore al 20% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento che durano in carica cinque anni.

Il comitato, si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento (nelle

forme previste) e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico, presso la Direzione del Dipartimento.
Il Comitato si riunisce, almeno una volta ogni trimestre per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare, se del caso, correttivi ed interventi, idonei ad ottimizzare sia l'utilizzo delle risorse che il perseguimento degli obiettivi. Si riunisce altresì ogni volta debba esprimere il proprio parere obbligatorio su:

- gli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la Direzione Generale;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole UU.OO. e dei rispettivi budget;
- sulla verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- i modelli organizzativi del Dipartimento.

Il Direttore di Dipartimento, con cadenza annuale, deve produrre una relazione contenente una indicazione sintetica in ordine alle attività svolte ed ai risultati conseguiti.

- E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi quali e quantitativamente collegialmente definiti e negoziati insieme al Comitato di Dipartimento col vertice strategico aziendale in sede di processo di budgeting;
- Assicura lo sviluppo del processo di valutazione della qualità dell'assistenza;
- Promuove la formazione continua e le altre iniziative finalizzate ad assicurare l'aggiornamento tecnico scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate al Dipartimento.

➢ *1.4 Dipartimento interaziendale*

L'Azienda U.S.L. ROMA/G, sulla base delle strategie predeterminate dalla Regione Lazio ritiene che i propri Dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici, possano partecipare ad attività assistenziali interaziendale, al fine della omogeneizzazione del profilo funzionale, del risparmio nell'ambito delle risorse nonché di un aumento quantitativo e qualitativo delle risposte alla domanda di bisogni da parte dell'utenza.
Sono stati istituti il Dipartimento Interaziendale di Medicina Legale (A.S.L. RM/G, Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, A.S.L. RM/E e A.S.L. RM/F) e il Dipartimento Interaziendale del Farmaco (ASL RM G – Azienda Ospedaliera San Filippo Neri)
Anche il Direttore del Dipartimento Interaziendale è nominato dai Direttori Generali fra i Dirigenti di Struttura Complessa nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento, ai sensi del punto 7.3 delle Linee Guida Regionali di cui alla D.G.R. n° 2034/01.

2. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

➢ *2.1 Il Dipartimento di Prevenzione*

Il Dipartimento di Prevenzione costituisce una struttura operativa dell'Azienda che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. A tal fine il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, con i Dipartimenti Sanitari e con i Presidi Ospedalieri dell'Azienda e delle Aziende Ospedaliere insistenti nell'ambito della Provincia, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.
In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinamenti ambientali;
c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
d) sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica degli animali e profilassi delle malattie infettive parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene della produzione zootecnica, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
g) le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nonché programmi di diagnosi precoce;
h) la tutela della salute nell'attività sportive.

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.
Il Dipartimento di Prevenzione ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.
Il Dipartimento di Prevenzione si articola in tre aree dipartimentali:
a) area di sanità pubblica;
b) area di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro;
c) area di sanità pubblica veterinaria.

3. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

➢ *3.1 Il Dipartimento di Salute Mentale*

Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura operativa dell'azienda per l'assistenza organizzata a "struttura", in quanto "deputata ad esercitare una forte giurisdizione sulle funzioni e sulle unità operative tenute al rispetto di precisi protocolli di comportamento" (DGR del 13.04.1995 n.3140) e come indicato dalla D.G.R. N° 2034 del 21.12.2001.
Programma e predispone l'insieme di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione erogati attraverso le Strutture Operative Complesse e le Strutture Operative Semplici in grado di accogliere l'intera domanda di salute Mentale del territorio di competenza inoltre garantisce il monitoraggio dei livelli di efficacia ed efficienza dell'assistenza psichiatrica (pubblica e privata) erogata sul territorio dell'Azienda.
Le strutture che erogano prestazione del D.S.M. sono : i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) , e le strutture intermedie.
Il C.S.M. costituisce il nucleo centrale del D.S.M. ed in esso si svolgono i colloqui terapeutici con i pazienti e i familiari, gli interventi farmacologici e sociali, gli interventi domiciliari, quelli per le urgenze e per le consulenze, si autorizzano i ricoveri e vengono stabili e coordinati i progetti terapeutici.
Il S.P.D.C. è un reparto psichiatrico ospedaliero con un massimo di 15 posti letto e vi si svolgono attività terapeutiche intensive in regime di ricovero sia volontario sia in Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), opera in collaborazione con il C.S.M. competente per territorio.
Per quanto riguarda la tipologia delle strutture psichiatriche residenziali, indicate nell'apposito organigramma allegato vengono delineate, in osservanza della D.G.R. N° 252 del 21/03/2003 che le differenzia in:

- strutture residenziali terapeutico – riabilitative per acuti e sub acuti;
- strutture residenziali socio riabilitative a più elevata intensità assistenziale;
- strutture residenziali socio riabilitative a minore intensità assistenziale.

➢ *3.2 Obiettivi*

Gli Obiettivi del Dipartimento di Salute Mentale sono:

1. Promuove la Salute Mentale ciclo di vita, anche all'interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria promossi in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.
2. Garantire la prevenzione e cura dei disturbi mentali con particolare attenzione alle fasce sociali più deboli, alla popolazione di recente immigrazione, alla popolazione giovane attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e di disturbo e l'attivazione di tempestivi ed idonei interventi di diagnostici e terapeutico-preventivi.
3. Ridurre le conseguenze disabilitanti, da considerarsi come risultanze del rapporto della persona sofferente con il suo contesto sociale (micro e macro), con interventi mirati alla ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale ed all'attivazione o riattivazione di reti sociali e di risorse della persona sofferente e del contesto di appartenenza.
4. Salvaguardare la salute e la qualità di vita del nucleo familiare del paziente.
5. Favorire la riduzione dei suicidi e dei mancati suicidi della popolazione a rischio per specifiche patologie, psichiatriche e/o per appartenenza a fasce di età particolarmente esposte (adolescenti/anziani).

➢ *3.3 Organizzazione*

Il Dipartimento di Salute Mentale ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e responsabilità.

Il Dipartimento di Salute Mentale si articola nelle seguenti Strutture Operative Complesse:

a) Ospedaliera Tivoli;
b) Ospedaliera Colleferro;
c) Territoriale Tivoli, Palombara, Monterotondo;
d) Territoriale Palestrina, Colleferro, Subiaco;
e) Territoriale Guidonia;
f) Riabilitazione Psicosociale, Residenzialità e semiresidenzialità;
g) Patologie di confine e doppia diagnosi.

L'articolazione nel suo dettaglio comprensivo è definita nell'organigramma unito al testo dell'atto aziendale.

➢ *3.4 Interventi integrati*

Concorda progetti con i Distretti sanitari di riferimento e con i medici di medicina generale per sviluppare programmi specifici sia su singoli utenti sia su fasce di popolazione nei quali il DSM gioca la funzione di integratore di risorse.

Infine collabora e si raccordo con gli Enti Locali per le funzioni socioassitenziali sia su singoli utenti sia su fasce di popolazione, con le strutture psichiatriche private esistenti sul territorio, con le strutture residenziali non psichiatriche (per quanto di eventuale competenza del DSM), con le associazioni dei familiari, con quelle del volontariato, con il privato sociale ed imprenditoriale, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria.

➢ *3.5 Consulta Dipartimentale per la Salute Mentale*

La Consulta è composta da rappresentanti di Associazioni specifiche, di utenti, familiari e cittadini e sono invitati permanenti il Direttore del D.S.M., il Presidente della Conferenza Sanitaria Locale, i Direttori delle Strutture Complesse del DSM.

La Consulta assicura la partecipazione democratica di tutti gli utenti e dei familiari alla gestione dei problemi inerenti la prevenzione e la cura della sofferenza psichica, inoltre

esprimere i bisogni e tutela i diritti degli utenti e delle loro famiglie e delle associazioni professionali e dei cittadini.

4. ASSETTO ORGANIZZATIVO DI BASE

➢ *4.1 Il Distretto*

Il Distretto è l'Articolazione territoriale dell'Azienda alla cui missione contribuisce assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso l'esercizio della funzione di committenza - con cui si valutano i bisogni, si allocano le risorse e si definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento garantita dalla Direzione del Distretto, sia attraverso la funzione di produzione delle prestazioni e dei servizi di primo livello o di base secondo le caratteristiche definite dal Programma delle Attività Territoriali .

Il Distretto assicura altresì agli Enti Locali il supporto tecnico nel processo di individuazione dei bisogni, di selezione delle priorità di intervento e nella realizzazione delle attività di promozione della salute.

Per quanto riguarda la salute mentale essa viene assicurata dal DSM attraverso le sue articolazioni territoriali e ospedaliere in piena integrazione con i distretti per tutti gli aspetti sanitari, socio-sanitari ed eventuali deleghe socio-assistenziali.

Il territorio dell'Azienda USL Roma G si articola in sei Distretti:

- Distretto G1, comprendente i Comuni di: Fonte Nuova, Mentana, Monterotondo;
- Distretto G2, comprendente i Comuni di: Guidonia Montecelio, Marcellina, Monteflavio, Montelibretti, Montorio Romano, Moricone, Nerola, Palombara Sabina, Sant'Angelo Romano;
- Distretto G3, comprendente i Comuni di: Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale Cineto Romano, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccavigiovine, Sambucci, Saracinesco, S. Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Tivoli Vicovaro;
- Distretto G4, comprendente i Comuni di: Affile, Agosta, Anticoli Corrado, Arcinazzo Romano, Arsoli, Bellegra, Camerata Nuova, Canterano, Cervara di Roma, Jenne, Merano Equo, Olevano Romano, Riofreddo, Rocca Canterano, Rocca S. Stefano, Roiate, Roviano, Subiaco, Vallepietra, Vallinfreda, Vivaro Romano;
- Distretto G5, comprendente i Comuni di: Capranica Prenestina, Castel S. Pietro Romano, Cave, Gallicano nel Lazio, Genazzano, Palestrina, Rocca di Cave, San Cesareo, San Vito Romano, Zagarolo;
- Distretto G6, comprendente i Comuni di: Artena, Carpineto Romano, Colleferro, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni, Valmontone.

➢ *4.2 I compiti del Distretto*

Il Distretto assicura in particolare:

a. l'assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali:
b. l'assistenza specialistica ambulatoriale;
c. l'attività o i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
d. l'attività o i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, nonché l0attività ed i servizi di salute mentale nell'età evolutiva;

e. l'attività o i servizi rivolti ai portatori di patologie croniche e degenerative, ai disabili e anziani comprese le prestazione protesiche e riabilitative nonché l'assistenza integrativa e le RSA;
f. l'attività o i servizi di assistenza domiciliare integrata e ospedale di comunità;
g. l'attività o i servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
h. l'attività medico legale;
i. l'attività farmaceutica rivolta al cittadino;
j. le autorizzazioni ed i controlli per l'accesso alle prestazioni di competenza distrettuale compresi i controlli previsti, con l'esclusione di quelli di competenza del Dipartimento di Prevenzione e del DSM, dalla legge sulle strutture ambulatoriali e i centri di Dialisi provvisoriamente accreditati.

Il Distretto assicura altresì:

k. il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
l. l'appropiatezza l'efficacia delle prestazioni sulla base dell'individuazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi condivisi tra tutti i soggetti erogatori di prestazioni sanitaria;
m. il raccordo e coordinamento tra i servizi del territorio, a gestione diretta o privata accreditata, ed i servizi ospedalieri;
n. l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifiche ed elevata integrazione nonché l'erogazione dell'attività socio-assistenziale eventualmente gestita dall'Azienda su delega degli enti locali, garantendone l'integrazione con l'attività di assistenza sanitaria.

Sono collocate funzionalmente nel Distretto le strutture organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riguardo ai servizi alla persona, nonché le strutture di altri eventuali Dipartimenti che l'Azienda intendesse istituire.
Le modalità operative sono definite tramite protocolli d'intesa tra Distretto e Dipartimento interessato e approvati dalla Direzione Aziendale.

➢ *4.3 Il Direttore del Distretto*

Al Distretto è preposto un Direttore. L'incarico, a tempo determinato, è attribuito dal Direttore Generale dell'Azienda, previo apposito avviso ad un Dirigente della stessa Azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato da almeno 10 anni con il servizio sanitario con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.
Compito precipuo del Direttore Distretto è assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Distretto come sopra individuati sulla base degli indirizzi programmatici fissati dalla Direzione Aziendale.
Ruolo del Direttore del Distretto è pertanto quello di promuovere l'integrazione socio sanitaria, il lavoro integrato tra professionisti unità operative, coordinando i fattori produttivi interni ed esterni al Distretto (comunque afferenti a livello di assistenza distrettuale), valorizzando l'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nei processi distrettuali, il ruolo del terzo settore e degli Enti locali e partecipando alla

programmazione dell'offerta e alla sua erogazione in modo coerente con le strategie aziendali e zonali.
Di particolare rilevanza, in tale ambito, é l'azione di programmazione locale e che trova espressione ottimale nella definizione di programmi per le attività Territoriali (P.A.T.), che indicano gli obiettivi di salute selezionati come prioritari ed i relativi programmi di intervento.
I P.A.T. sono la condizione programmatoria strategica essenziale per condividere percorsi distrettuali per la salute dove le risorse sanitarie, sociali e di altra natura sono governabili unitariamente.
Il Direttore di Distretto è responsabile dell'attività complessiva del Distretto e della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi individuati.
Lo stesso assicura la necessaria integrazione con le aree dipartimentali amministrative, i dipartimenti ospedalieri ed, in particolare, con il dipartimento di prevenzione assicurando, anche attraverso protocolli d'intesa, la partecipazione del distretto alle attività di prevenzione a valenza distrettuale.
Il Direttore del Distretto negozia il budget del distretto con la Direzione Generale e assegna il proprio budget ai singoli responsabili delle strutture concordandone i relativi obiettivi.
Il Direttore definisce e sviluppa infine le azione di controllo necessarie ad assicurare l'appropiatezza delle risorse assegnate agli obiettivi programmati, garantendo altresì le necessarie azioni di correzione in accordo con i relativi responsabili di struttura complessa, le strutture amministrative centrali e la direzione generale; a quest'ultima relazione periodicamente, rendicontando in ogni caso al termine dell'esercizio annuale, in relazione al perseguimento degli obiettivi assegnati.
Il Direttore del Distretto provvede a costituire il Consiglio di Distretto.

➢ *4.4 Il Consiglio di Distretto*

Il Direttore del Distretto si avvale di un Consiglio di Distretto con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.
Il Consiglio di Distretto è composto dal Direttore del Distretto e dalle seguenti figure professionali, scelte tra quelle operanti nel distretto in relazione all'UCAD (Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali) alla luce dei contratti dei MMG (270/00), PLS (271/00) e Specialisti Convenzionati (272/00) e successive determinazioni regionali:

a) Un dirigente medico dell'area assistenza sanitaria di base;
b) Un dirigente dell'area sanitaria non medica;
c) Un dirigente amministrativo;
d) Un medico convenzionato di medicina generale operante nel Distretto;
e) Un pediatra di libera scelta operante nel Distretto;
f) Uno specialista ambulatoriale convenzionato operante nel Distretto;
g) Un farmacista titolare o Direttore di farmacia convenzionata con il S.S.N., operante nel Distretto
h) Un assistente sociale;
i) Un infermiere;
j) Un tecnico sanitario
k) Un terapista della riabilitazione;
l) un dirigente sanitario psicologo.

➢ *4.5 Organizzazione del Distretto*

Il Distretto per assicurare il raggiungimento degli obiettivi assegnati si articola in unità organizzative complesse ed in unità operative semplici deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie all'utenza.

E' istituita una struttura dei servizi amministrativi , dipendente funzionalmente dal Direttore del Distretto, con i seguenti compiti:

- gestione delle risorse umane, economiche e patrimoniali di competenza del Distretto;
- gestione delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica di competenza del Distretto: interfaccia operativa con i servizi centrali aziendali (sistema informatico, sistema informativo, personale, formazione, bilancio, provveditorato, servizi tecnici).

Le strutture vengono individuate in ogni distretto in relazione alle dimensioni territoriali ed organizzative del distretto nonché alle risorse disponibili.
Le strutture semplici e le strutture complesse possono essere modificate nel loro numero e competenza su proposta del direttore del Distretto, dalla Direzione Aziendale al variare dei bisogni individuati nel distretto nonché degli obiettivi strategici aziendali anche in relazione a quanto individuato dal piano sanitario regionale.

Alle strutture semplici è preposto un dirigente del ruolo sanitari afferente ad una delle discipline di riferimento mentre le strutture complesse sono dirette da dirigenti medici, in possesso dei requisiti di legge, afferenti alla disciplina di organizzazione dei servizi sanitari di base ovvero ad una delle discipline comprese nella relativa unità organizzativa.

I responsabili delle strutture complesse esercitano le funzioni attribuite alla struttura, sono responsabili delle risorse assegnate e rispondono del conseguimento dei risultati al Direttore del Distretto.

➢ *4.6 Il Programma delle attività territoriali distrettuali*

Il programma delle attività territoriali-distrettuali, elaborato con i contenuti e con le modalità di cui all'articolo 3-quater, comma 3 del D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, definisce gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, individuando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.
Il programma definisce inoltre le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.
Il programma rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.
Il programma delle attività territoriali-distrettuali è proposto dal Direttore del Distretto, sulla base delle risorse assegnate e coerentemente con la programmazione regionale e aziendale, previa concertazione e coordinamento con i Responsabili dei Dipartimenti territoriali e dei Presidi Ospedalieri dell' Azienda e sentito il Consiglio di Distretto e il Comitato dei Sindaci di Distretto. La proposta di programma è trasmessa al Direttore Generale ai fini dell'approvazione.

➢ *4.7 Il Comitato di Sindaci di Distretto*

Il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'articolo 3-quater, comma 4 del D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, esplica funzioni propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

5. L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

➢ *5.1 Il Polo e il Presidio Ospedaliero*

Il Presidio Ospedaliero è l'articolazione organizzativa dell'Azienda che contribuisce alla promozione, al mantenimento e al ripristino delle condizioni di salute della popolazione assicurando la produzione di prestazioni specialistiche di ricovero o di tipo ambulatoriale, secondo le caratteristiche di qualità e di quantità specificate negli accordi di fornitura e per le funzioni previste dalla programmazione regionale e locale, comprese nel livello di assistenza ospedaliera e destinate a persone affette da condizioni patologiche mediche e chirurgiche in fase acuta e post acuta che, per loro gravità e per complessità o intensità dell'appropriata risposta sanitaria, non possono essere assistite, in modo ugualmente efficace ed efficiente, nell'ambito dei servizi territoriali. Nell'ambito di tale articolazione organizzativa la Direzione del Presidio assume il ruolo di committente interno rispetto al ruolo di produttore assicurato dai dipartimenti.

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL Roma G si articola nelle seguenti strutture ospedaliere:

- ospedale di Tivoli;
- ospedale di Palombara;
- ospedale di Monterotondo;
- ospedale di Subiaco;
- ospedale di Colleferro;
- ospedale di Palestrina;
- ospedale di Zagarolo;
- ospedale di Valmontone.

Queste strutture si aggregano nei seguenti presidi.

- polo ospedaliero di Tivoli e Palombara;
- presidio ospedaliero di Monterotondo;
- presidio ospedaliero montano di Subiaco;
- presidio ospedaliero di Palestrina e struttura diurna di Zagarolo alla quale afferiscono le strutture ospedaliere viciniore;
- presidio ospedaliero di Colleferro ;
- struttura diurna a Valmontone – a gestione mista-
- è previsto un Hospice a Palombara

Il carattere unitario delle politiche implementate e la loro complementarità sono assicurati dall'organizzazione dipartimentale che aggrega le unità operative al di là dei confini del singolo Ospedale e dall'istituzione di un unico Collegio di Direzione.

➢ *5.2 La Direzione di presidio ospedaliero*

Il Direttore Sanitario di Presidio è responsabile, all'interno del Presidio Ospedaliero, della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni. Inoltre:

a) è garante dal punto di vista gestionale ed organizzativo dell'erogazione integrata delle prestazioni ospedaliere;

b)collabora alla valutazione delle attività dipartimentali con particolare riferimento alla presa in carico globale dell'utente ed alla integrazione delle prestazioni;

d) mantiene, fino al pieno ed efficiente sviluppo della funzione dipartimentale, la responsabilità diretta delle risorse comuni di Presidio non dedicate alle linee di produzione ed è garante del miglior allocamento delle risorse umane e strumentali e dell'uso integrato delle stesse all'interno dei Dipartimenti Ospedalieri.

e) formula d'intesa con i responsabili del servizio i turni del personale sanitario;
f) vigila sull'igiene ospedaliera;
g) controlla d'intesa con gli uffici competenti,la corretta distribuzione dei gas medicinali e prodotti farmacologici ;
h) ha compiti di sorveglianza sulla corretta efficienza del a regolamento della polizia mortuaria ;
i) ha la responsabilità sulla vigilanza del ciclo del vitto;
j) ha la diretta responsabilità del corretto svolgimento dei rifiuti ospedalieri;
k) vigila sulla corretta trasmissione dei flussi informativi dell'andamento dell'ospedale.

Le competenze del Direttore Sanitario di Presidio sono:

- negoziazione del budget con la Direzione Aziendale;
- negoziazione del budget con i Direttori di Struttura Complessa del Presidio;
- organizzazione delle risorse assegnate dall'Azienda;
- assegnazione del personale alle singole strutture complesse;
- programmazione dell'acquisto di apparecchiature elettromedicali e di beni e servizi;
- erogazione delle prestazioni ospedaliere a favore di pazienti in regime di ricovero e di attività territoriali;
- cura degli adempimenti delegati dal Direttore Generale per l'attuazione della legge del 19/09/94 n. 626 e successive integrazioni;

La declaratoria delle competenze del referente area amministrativa sarà oggetto di un apposito regolamento entro 60 giorni dall'approvazione del presente Atto Aziendale.

TITOLO V – INDIVIDUAZIONE DEI MECCANISMI DI MONITORAGGIO, DI VALUTAZIONE DEI COSTI, DEI RENDIMENTI E DEI RISULTATI DELL'ATTIVITA' SVOLTA

1. PROGRAMMAZIONE

L'Azienda, per garantire i livelli essenziali di assistenza della popolazione di riferimento, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari, sulla base delle linee politiche definite dalla conferenza dei Sindaci e nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione Regionale.
Il processo di programmazione, basato sui principi della condivisione e del massimo coinvolgimento degli operatori e di tutti i soggetti presenti nel governo, gestione e sviluppo della comunità, è attivato dall'Azienda per fasi logiche e circolari attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nel modo seguente:
a) la Conferenza dei Sindaci, in base alle esigenze locali, propone annualmente un Patto per la Salute triennale, consistente nella scansione delle priorità che l'Azienda deve seguire per il raggiungimento degli obiettivi, assegnati da livello di governo superiori (P.S.N., P.S.R, indirizzi Regionali, ecc..);
b) il Direttore Generale, effettuati i dovuti rapporti bisogni-priorità e costi, predispone annualmente il Piano Aziendale concepito come strumento di programmazione e modalità di organizzazione dei servizi;
c) il Collegio di Direzione, propone le linee programmatiche dell'attività aziendale annuale, indicando in particolare gli obiettivi da raggiungere ed i principali percorsi da attivare;
d) sulla scorta dei contenuti dei documenti programmatici di cui ai precedenti punti *a)*, *b)* e *c)*, il Direttore Generale emana la Direttiva Annuale, che costituisce il documento base per la programmazione delle attività e la definizione degli obiettivi da parte dei Responsabili delle strutture complesse.

2. PRINCIPI GENERALI DEL CONTROLLO INTERNO

L'Azienda nell'ambito della sua autonomia, e nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n.286/99, si dota di strumenti adeguati a:
a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
b) verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi/risultati (controllo di gestione);
c) 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);
d) valutazione della dirigenza.

3. CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti quali il Collegio Sindacale e quelli di cui all'articolo 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i

Servizi Ispettivi di Finanza della Ragioneria Generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale.
Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.
Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, e principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

4. CONTROLLO DI GESTIONE

Ai fini del controllo di gestione, nello staff del Direttore Generale viene collocata la struttura operativa complessa Controllo di Gestione e Nucleo di Controllo Interno con le seguenti funzioni:
- seguire lo sviluppo e la gestione del sistema di contabilità analitica, in modo da rendere disponibili informazioni riferite sia alle specifiche aree aziendali (costi, ricavi e rendimenti per distretto, presidio ospedaliero e dipartimento o per centro di responsabilità e di costo), sia alle specifiche prestazioni. Il sistema si deve articolare in modo tale da rispondere alle esigenze del controllo interno di tipo consuntivo, della pianificazione e programmazione economica dell'azienda nonché degli organismi di controllo esterni, per cui necessita rilevare l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture, utilizzando indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- seguire le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- attivare e seguire annualmente il processo di formazione del budget, supportando i centri di responsabilità con le informazioni necessarie alla formulazione delle previsioni di attività, di costo e di investimento;
- sviluppare un sistema di rapporti di gestione per comunicare periodicamente a ciascuno dei centri di responsabilità i risultati raggiunti e le informazioni rilevanti per le decisioni di rispettiva competenza;
- supportare l'attività di pianificazione e programmazione sviluppando analisi di convenienza economica in materia di nuovi progetti di investimento e di scelte alternative di impiego delle risorse (gestione in economia/appalto, concentrazione di servizi, ecc.):
- attivare e seguire il monitoraggio delle attività;
- predisporre il piano degli obiettivi di produttività e di risultato assegnati alle unità operative nell'ambito del sistema premiante;
- svolgere l'attività istruttoria necessaria per le valutazioni di competenza del Nucleo di Controllo Interno.

Per tutto quanto sopra esposto, la struttura operativa complessa Controllo di Gestione e Nucleo di Controllo Interno viene articolata in due macro settori:

1. Controllo di Gestione:
   - Ufficio programmazione, budgeting e piano dei centri di responsabilità;
   - Ufficio monitoraggio delle attività;
   - Ufficio progetti incentivanti;
   - Ufficio piano dei centri di costo e contabilità analitica.
2. Nucleo di Controllo Interno, con competenza di ;
   - "Nucleo di Valutazione" per la valutazione dei risultati annuali dei Dirigenti e del sistema premiante in genere;
   - "Collegio Tecnico" per la valutazione triennale della posizione dei Dirigenti.

5. LA VALUTAZIONE E IL CONTROLLO STRATEGICO

L'attività di valutazione e controllo strategico, spetta alla Regione ed ha lo scopo di verificare l'effettiva attuazione delle scelte, contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo strategico della direzione generale.
L'attività stessa consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e degli eventuali scostamenti tra gli obiettivi, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate alle varie strutture, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

6. LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE CON INCARICO DIRIGENZIALE

L'Azienda, utilizzando anche i risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, le prestazioni dei propri Dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative ad essi assegnate (competenze organizzative).
La verifica e la valutazione sono finalizzate a dare evidenza della qualità delle performance e quindi della persistenza delle condizioni per il mantenimento e/o il rinnovo dell'incarico e della responsabilità assegnata.
La verifica e la valutazione con l'esplicitazione delle rispettive finalità vengono effettuate dagli organismi previsti dalla normativa e dagli accordi contrattuali quali il Nucleo di Valutazione e il Collegio Tecnico.
La valutazione finale annuale dei Dirigenti responsabili di struttura, cui sia affidata la gestione di budget, nonché di tutti i dirigenti ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, è effettuata con le modalità di cui all'art. 31 e segg. dei contratti collettivi di lavoro di entrambe le aree dirigenziali.
Inoltre ciascun dirigente è sottoposto ad una verifica triennale od alla scadenza dell'incarico, il cui superamento costituisce condizione per:
- il conferimento di incarico ai dirigenti di nuova assunzione, al termine del primo quinquennio di servizio;
- l'affidamento, valutazione, conferma o revoca di incarichi dirigenziali. La procedura di valutazione, costituisce presupposto per l'applicazione delle misure di cui ai contratti collettivi di lavoro in materia di responsabilità dirigenziale. In particolare, le misure sopra citate si applicano allorché i risultati negativi dell'attività amministrativa e della gestione o il mancato raggiungimento degli obiettivi emergono dalle ordinarie e annuali procedure di valutazione. Tuttavia quando il rischio grave di un risultato negativo si verifica prima della scadenza annuale, il procedimento di valutazione può essere anticipatamente concluso.
Per lo svolgimento delle funzioni assegnate al Nucleo di Valutazione ed al Collegio Tecnico è costituito un unico organismo, il Nucleo di Controllo Interno, collocato nell'ambito della struttura operativa complessa Controllo di Gestione.
Il Nucleo di Controllo Interno può essere composto sia da dirigenti dell'azienda che da esperti esterni, nominati dal Direttore Generale.

7. IL SISTEMA QUALITA'

Il miglioramento della qualità e l'adozione delle logiche e degli strumenti della Qualità Totale sono obiettivo prioritario per l'Azienda. Tale obiettivo viene perseguito con l'implementazione del Sistema Qualità aziendale che prevedrà un approccio sistematico di gestione globale dell'azienda e sarà fondato su alcuni principi fondamentali:

- la centralità dell' utente e la sua piena titolarità a partecipare alle attività di gestione organizzativa del S.S.N.;
- il riorientamento di tutte le leve gestionali per il raggiungimento di tale obiettivo ;
- la necessità inderogabile di adottare in via ordinaria strumenti per la valutazione continua della qualità delle prestazioni erogate;
- l'esecuzione di "audit" della Qualità strutturale, professionale e gestionale, con funzione di monitoraggio, analisi e valutazione d'impatto delle attività svolte al fine di garantire dei criteri di efficienza e di efficacia nel conseguimento degli obiettivi ;
- l'attivazione della valutazione del grado di soddisfazione degli utenti per la lettura della qualità percepita finalizzata al miglioramento dei servizi agli utenti ed al marketing sanitario.

I suddetti principi costitutivi della "funzione qualità" saranno orientati all'accreditamento sociale ed istituzionale e l'applicazione operativa sarà effettuata attraverso un "Piano aziendale per la qualità" che con visione sistemica prevedrà il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali e si svilupperà in stretto raccordo ed in coerenza con i sistemi informativi, formativi, premianti, di comunicazione e di controllo di gestione, per garantire livelli ottimali di qualità.

TITOLO VI – LA GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE

1. LE RISORSE FINANZIARIE

Il regolare funzionamento dell'Azienda è garantito dal sistema di finanziamento che si fonda sulle quote di Fondo Sanitario Regionale assegnate e sulle entrate proprie, (proventi collegati all'attività di intramoenia, prestazioni ambulatoriali, ticket, redditi provenienti dalla gestione del patrimonio, forme di sponsorizzazione e pubblicità etc.).
L'Azienda nell'ambito delle risorse assegnate, attua tutte le necessarie misure rivolte a garantire i livelli essenziali di assistenza individuati nel P.S.R. e nel Piano Aziendale, nonché alla riqualificazione della spesa.
L'espressione in termini economici-finanziari e patrimoniali delle scelte operate costituisce il contenuto del Bilancio Pluriennale di previsione e del Bilancio Economico Preventivo nel quale vengono, tra l'altro, indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio, le prestazioni che si intendono erogare, i dati analitici relativi al personale e le articolazioni del budget con i corrispondenti obiettivi e risorse.
Per la gestione delle risorse, l'Azienda organizza il sistema di budget, inteso quale insieme di documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscano gli obiettivi di gestione e le risorse disponibili per singole strutture organizzative e responsabilità operative, nonché per livelli aziendali dipartimentali, distrettuali e di Presidi.
Costituisce inoltre obbligo normativo curare la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; in particolare, nella rilevazione dei costi di gestione la contabilità analitica deve consentire di verificare il livello di attuazione del budget, i costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, aree di attività, servizi e singole strutture organizzative, nonché alla gestione di determinati beni e categorie di prestazioni e prodotti.

2. PRINCIPI DI CONTABILITA'

Il Regolamento di contabilità, in conformità ai principi e alle disposizioni della vigente legislazione nazionale e regionale, disciplina:

a) la definizione del ciclo di bilancio, ed in particolare l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo, da redigersi secondo uno schema stabilito con decreto interministeriale;
b) la redazione del bilancio di esercizio, secondo i principi di cui agli artt. 2423 e ss. del codice civile e secondo le disposizioni e la normativa regionale;
c) la definizione del sistema di *budget*, inteso quale insieme di documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscano gli obiettivi di gestione e le risorse disponibili per singole strutture organizzative e responsabilità operative, nonché per livelli aziendali dipartimentali, distrettuali e di Presidi;
d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; in particolare, nella rilevazione dei costi di gestione la contabilità analitica deve consentire di verificare il livello di attuazione del *budget*, i costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, aree di attività, servizi e singole strutture organizzative, nonché alla gestione di determinati beni e categorie di prestazioni e prodotti;
e) la pubblicazione annuale dei risultati delle analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

TITOLO VII – DISPOSIZIONI GENERALI IN MATERIA DI ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI PER GLI IMPORTI INFERIORI ALLA C.D. SOGLIA COMUNITARIA

1. PRINCIPI SULL'ATTIVITA' CONTRATTUALE

L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi dell'Articolo 3, comma 1/bis e 1/ter del D.Lgs n. 229/99, comporta l'esclusivo riferimento alle norme del Codice Civile libro IV° titolo II° e III° e alle altre leggi di diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici, pubblici e privati.
Sono inapplicabili, se in contrasto a tale regime di acquisti, le vigenti norme nazionali e regionali che disciplinano in regime di diritto pubblico la formazione dei contratti posti in essere dalle Aziende Sanitarie, non rientranti nell'ambito del diritto comunitario.
Sono viceversa impregiudicati gli istituti contrattuali civilistici inerenti la formazione ed esecuzione dei contratti, previsti o richiamati dalle previgenti norme e regolamenti che disciplinano l'attività contrattuale delle Aziende Sanitarie.
In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato, l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, secondo le modalità di cui alla Legge n. 241/90, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza dei dati personali di cui alla Legge n. 675/96.

2. MODALITA' OPERATIVE

L'Azienda applica in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi, la procedura negoziata che garantisca la concorrenzialità tra i potenziati fornitori. Potrà essere intrapresa trattativa diretta con un solo fornitore nei casi espressamente indicati dal regolamento interno che disciplina le procedure di acquisto sotto soglia comunitaria.
Onde promuovere l'introduzione in Azienda delle più aggiornate forme di acquisto, promosse ai livelli individuati dalle disposizioni normative, si prevede che costituisca preciso dovere per i competenti Dirigenti attivarsi consultando sistematicamente, in ordine alle necessità da soddisfare, le indicazioni che verranno proposte dagli Organismi incaricati di presiedere a forme collettive di contrattazione.
I criteri di valutazione delle offerte devono essere essenziali, corredati all'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica di imprenditorialità e rinnovamento tecnologico. La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti, uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti.
L'attività contrattuale non assoggettata alla normativa comunitaria o alla normativa interna di relativo reperimento è disciplinata sulla base dei seguenti criteri:
a) nella contrattazione si osservano le norme contenute nel codice civile e nelle altre leggi speciali complementari;
b) la contrattazione deve aver luogo nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e servizi, di coerenza con il sistema budgetario, della massima trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo al meglio e costantemente l'obiettivo dell'efficacia, efficienza ed economicità per l'Azienda;
c) la trasparenza e la concorrenzialità devono essere perseguite assicurando, ove possibile, la pubblicizzazione dell'oggetto e delle condizioni contrattuali in forme adeguate attraverso il ricorso ai più moderni sistemi telematici e informatici;
d) in particolare l'Azienda, previa adeguata informazione ai concorrenti dei criteri e delle modalità di individuazione del contraente, potrà di volta in volta. ricorrere a sistemi che attribuiscano rilevanza ai soli profili economici ovvero anche ai profili funzionali qualitativi

dell'offerta, correlativamente utilizzando tutti i sistemi di comparazione delle offerte pervenute, ivi comprese le forme più avanzate di commercio elettronico quali l'asta invertita, favorendo la possibilità per le ditte di conoscere le offerte presentate dalla concorrenza allo scopo di consentire offerte a rilancio;
e) nei casi di urgenza comunque determinatisi e negli altri casi indicati nel regolamento l'Azienda potrà individuare il contraente direttamente o attraverso meccanismi di scelta semplificati prescindendo, dalle procedure ordinarie di cui sub *c)* e *d)*;
f) l'adozione del provvedimento autorizzativo a contrattare e la nomina del Responsabile del procedimento amministrativo hanno luogo nei casi in cui l'Azienda applichi norme regolative dell'attività contrattuale di diritto pubblico.

3. RESPONSABILITA'

La funzione di approvvigionamento deve essere improntata ad un comportamento corretto, leale, di "buona fede" ex artt. 1337 e 1338 C.C.
Resta ferma la responsabilità in ordine ai pareri tecnici rilasciati nella fase precontrattuale e alle dichiarazioni di privativa industriale ed esclusività tecnica in capo ai relativi sottoscrittori.
Le specifiche modalità di acquisto sono individuate con apposito atto del Direttore Generale.

L'Azienda garantisce analoghe procedure di partecipazione alle OO. SS. rappresentative dei medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta anche ai fini della stipula di accordi integrati aziendali previsti dalle rispettive convenzioni nazionali.

TITOLO VIII – PARTECIPAZIONE

1. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

L'Azienda orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità del cittadino utente, inteso non solo come destinatario naturale delle prestazioni ma come interlocutore privilegiato, movente ispiratore e stessa "ragione d'essere" della sua presenza istituzionale, garantendo l'ascolto e le proposte anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività.
Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è in particolare dedicata l'attuazione della carta dei servizi, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento, ai fini della ristorazione sostanziale di danni ingiustamente arrecati.
L'Azienda ritiene doveroso contribuire altresì al superamento delle situazioni di asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti tra strutture sanitarie e utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del marketing, della formazione e dell'aggiornamento del personale, della educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza della pubblicizzazione sistematica di piani e programmi, attività e provvedimenti di particolare rilevanza per l'utenza, e favorire quanto più possibile momenti istituzionali di incontro e azioni tese all'affermazione del "senso di appartenenza", e al miglioramento continuo dello stato dei rapporti.

2. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DELLE ISTITUZIONI

L'Azienda nell'esercizio dell'autonomia riconosciutole si propone come interlocutore al servizio delle istituzioni, e si impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo a essa preordinati e nello spirito di leale collaborazione istituzionale invocato dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale come strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

3. RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'

Attraverso i protocolli di intesa dovrà inoltre essere applicata, in sede locale, la disciplina nazionale riguardante la formazione professionale degli iscritti alle Scuole di Specializzazione, con particolare riguardo sia alla individuazione delle sedi del S.S.R., dove svolgere la formazione, sia alla distribuzione degli specializzandi, secondo quanto previsto dal Decreto 17 maggio 1995 emanato dal Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica e con il Ministro del Tesoro.
L'Azienda può stipulare protocolli di intesa per le Scuole di Specializzazione, attivare appositi Protocolli d'intesa per disciplinare la formazione tecnico-pratica all'interno dei corsi di diploma universitario previsti dalla normativa vigente per le professioni sanitarie per le quali non è previsto il diploma di laurea, può rendere funzionanti strutture in collaborazione con le Università per corsi di laurea e convenzioni didattiche per scuole di specializzazione, può stipulare protocolli d'intesa e convenzioni e tutti gli atti necessari per la gestione di strutture sanitarie ricadenti nel proprio territorio.

4. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI

L'Azienda, riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, nelle quali intravede il vero capitale di sua dotazione, al di là delle scelte operate nella

determinazione del modello organizzativo al fine di precostituirne i presupposti strutturali, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale favorendo la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuta, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto nella formazione e dell'aggiornamento finalizzato.
Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della direzione generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda, si sviluppa nel rispetto della normativa del D.lgs 229/1999, della normativa regionale dei Ccnl, riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le OO.SS., è coadiuvato dalle specifiche iniziative del collegio di direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa.

5. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DELLA SOCIETA' CIVILE

L'Azienda è consapevole della sua appartenenza al contesto sociale, economico e culturale dell'ambito territoriale di suo riferimento, e si impegna ad esserne diretta espressione istituzionale mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione direttamente coordinate dalla direzione generale capaci di sensibilizzarsi ai valori, ai bisogni, alle esigenze emergenti ai vari livelli di aggregazione presenti nella società e di tradurli in "iniziative" di offerta di servizio ad essi rispondenti e con essi compatibili, dando senso ed indirizzo alla responsabilità sociale di cui è portatrice.

6. PARTECIPAZIONE NEI CONFRONTI DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

L'Azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale, e si impegna a valorizzarlo per favorirne lo sviluppo, nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, anche al di là del puro rispetto della normativa, verso obiettivi strategici e gestionali condivisi e da realizzare mediante una partecipazione fondata su specifico "patto di solidarietà" appositamente predisposto su iniziativa della direzione generale, e relativo alle scelte strategiche attuative della "mission" aziendale e alle conseguenti opzioni operative, con particolare riguardo alle tematiche dell'organizzazione e della sicurezza del lavoro.
Le modalità di consultazione delle Organizzazioni Sindacali sono regolate come segue:

- le relazioni sindacali sono previste e disciplinate dai CC.CC.NN.LL. del Comparto, della Dirigenza medica e veterinaria nonché della dirigenza tecnica, amministrativa, professionale e sanitaria non medica che disciplinano le materie relative a: "obiettivi e strumenti, tempi e procedure per la stipulazione e il rinnovo del contratto collettivo decentrato, materia di contrattazione".

Nell'Azienda U.S.L. ROMA/G in ottemperanza ai contratti e agli articoli sopra citati, sono stabiliti le seguenti modalità operative che regolamentano lo svolgimento degli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, concertazione e consultazione, a livello aziendale distrettuale e di presidio.

- La delegazione trattante di parte sindacale è composta dalle sigle o confederazioni che sono firmatarie dei singoli contratti; per l'area contrattuale del Comparto è prevista anche la rappresentanza del R.S.U. (rappresentanze sindacali unitarie).
- Gli incontri richiesti da uno o più organismi sindacali a qualunque titolo o livello di contrattazione, vengono automaticamente estesi a tutti i soggetti che compongono la delegazione trattante di parte sindacale.

- Le convocazioni vengono fissate sempre con note scritte, inviate alle OO.SS. via fax con un anticipo di norma non inferiore ai cinque giorni.

- Le date degli incontri sono fissare dall'azienda; per eventuali richieste di incontro; avanzate dagli organismi sindacali, l'Azienda si impegna ad effettuare le convocazioni di regola entro il termine di 15 giorni.
- Le convocazioni contengono la data, l'ora e luogo dell'incontro nonché gli argomenti scritti all'ordine del giorno in corso di riunione potranno essere trattati anche ulteriori argomenti non previsti, ove le parti lo convengano.
- Gli incontri tra le delegazioni trattanti hanno regolare e piena validità quando gli organismi sindacali presenti raggiungono il 50%+1 di rappresentanza sindacale aziendale.
- Le bozze di proposte relative agli argomenti all'ordine del giorno vengono discusse e consegnate in contrattazione alla controparte sindacale. Nei casi in cui le bozze di proposte necessitino di studi particolari da parte sindacale, vengono inviate almeno 20 giorni prima della riunione con nota scritta.
- Per ogni incontro viene redatto un verbale da parte di un funzionario verbalizzante, nel quale viene scritta la sintesi delle posizioni finali assunte dalle parti presenti alla seduta su ciascun argomento all'ordine del giorno.
- Il funzionario verbalizzante, al termine di ogni incontro, legge la sintesi delle determinazioni finali espresse dalle parti e provvede a far sottoscrivere ai presenti il verbale.

7. LA CARTA DEI SERVIZI

La carta dei servizi rappresenta per la Azienda USL ROMA G lo strumento essenziale, unitamente al regolamento di attuazione della Legge n° 241/90, per migliorare i rapporti con i cittadini per la tutela dei loro diritti.

La carta, infatti innova profondamente il rapporto Azienda – Cittadini che non sono più semplici utenti di servizi da accettare comunque, ma diventa parte attiva di un "contratto" che l'Azienda sottoscrive con loro in cui gli impegni e i programmi aziendali sono esplicitamente elencati e descritti. Il cittadino-utente diventa soggetto attivo della loro valutazione e fattore costante di miglioramento dello standard quali-quantitativo, attraverso l'esercizio di un reale controllo dei servizi erogati.

La carta è a disposizione del pubblico per la consultazione presso tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda.

L'Azienda si impegna a divulgare una serie di singole guide, di facile e rapida consultazione, nelle quale saranno illustrate ai cittadini le prestazione offerte nonché, alla distribuzione di questionari attraverso i quali l'utente potrà far conoscere le proprie valutazioni sui servizi offerti e formulare suggerimenti.

L'Azienda si impegna altresì ad aggiornare annualmente la Carta dei Servizi edita ad Aprile 2003.

Eventuali segnalazione di difformità da quanto dichiarato sulla carta e/o errori ed omissioni e reclami per disservizi possono essere inoltrati alla Direzione Generale ovvero agli URP e punti informativi attivati negli ospedali e nelle principali strutture territoriali dell'Azienda.

8. LA CONFERENZA DEI SERVIZI

La Conferenza dei Servizi riveste per le Aziende Sanitarie una grande importanza strategica in quanto costituisce occasione di incontro e confronto tra gli operatori ed i fruitori dei servizi ed è un'opportunità di verifica dello svolgimento delle attività sanitarie tenuto conto dei programmi nazionali regionali ed aziendali.

Nata dall'esigenza di dotare le strutture pubbliche di strumenti di comunicazione, informazione ed anche di valutazione, la Conferenza dei Servizi è espressione del processo di "aziendalizzazione" secondo cui l'azienda, come organizzazione sulla quale molteplici sogetti investono risorse, deve rendere conto ai propri utenti del proprio operato.

Secondo il disposto normativo-art.14, comma 4 D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni- "i Direttori Generali dell'Aziende Sanitarie convocano almeno una volta all'anno apposita conferenza per verificare l'andamento dei servizi e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni". La Conferenza non è quindi un momento di mera rendicontazione dell'attività svolta, ma da essa prendono impulso quelle azioni, anche correttive, finalizzate ad elevare il livello qualitativo delle prestazioni e dei servizi erogati.
L'Azienda USL Roma G annualmente indice la Conferenza dei servizi al fine di avviare processi di coinvolgimento e confronto mediante i quali rendere note ai cittadini-utenti le iniziative condotte e la progettualità in essere, nonché verificare il gradimento dei servizi erogati, ponendo particolare attenzione alle istanze che in sede di Conferenza le Associazioni di Volontariato e di Tutela possono manifestare a nome dei cittadini.

TITOLO IX – DISPOSIZIONI FINALI

1. NORMA FINALE E DI RINVIO

Per quanto non previsto dal presente regolamento si applicano le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, alle LL.RR. nn. 18 e 19 del 16.6.1994 e n. 45 del 31.10.1996 e successive modifiche ed integrazioni, nonché ai contratti nazionali di lavoro del Comparto Sanitario e infine, alla Deliberazione della Giunta Regionale 21.12.2001 n. 2034 relativa alle linee guida regionali per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio..

Sono rimessi all'esercizio del potere regolamentare dell'Azienda la disciplina di particolari materie afferenti la gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari all'attuazione della normativa contenuta nel presente Atto, fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali sopra richiamate.

Si allega al presente atto il nuovo schema di organizzazione aziendale per meglio evidenziare le scelte organizzative, che sarà recepito con successivo provvedimento dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale.

Tivoli,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

A.S.L. RM G

Personale Dipendente

Ruolo Sanitario N° 2607	Ruolo Professionale N° 13
Ruolo Amministrativo N° 539	Ruolo Tecnico N° 524

Ospedale di Colleferro

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
cardiologia	12	12
chirurgia	24	24
chirurgia dh	2	2
medicina	32	32
medicina dh	2	2
nefrologia	2	2
nido	8	8
ortopedia	24	17
ortopedia dh	2	2
ostetricia e ginecologia	24	24
ostetricia e ginecologia dh	2	2
otorinolaringoiatra	12	12
otorinolaringoiatra dh	2	2
pediatria	10	10
pediatria dh	2	2
urologia	13	13
urogia dh	2	2
utic	4	4
neonatologia	4	4
oncologia dh	4	4
Totali	**187**	**180**

Ospedale di Palestrina

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
chirurgia	30	20
chirurgia dh	2	2
chirurgia urologia	0	4
medicina	30	30
medicina dh	4	4
neufrologia	0	0
nido	4	4
ortopedia	12	12
ortopedia dh	1	1
ostetricia e ginecologia	17	17
ostetricia e ginecologia dh	3	1
patologia cervico-vaginale dh	2	2
pediatria	10	10
pediatria dh	2	2
utic	4	4
endoscopia digestiva	2	2
neonatologia	4	4
Totali	**127**	**119**

Ospedale di Subiaco

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
chirurgia	41	17
chirurgia dh	4	4
medicina	46	23
medicina dh	4	4
medicina geriatrica	16	16
nido	5	4
ortopedia	4	0
ostetricia e ginecologia	16	10
ostetricia e ginecologia dh	3	3
pediatria	4	2
pschiatria	15	10
terapia intensiva	4	4
Totali	**162**	**97**

Ospedale di Valmontone

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
chirurgia	21	0
medicina	36	20
medicina riabilitazione	6	0
ortopedia	21	0
Totali	**84**	**20**

Ospedale di Monterotondo

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
chirurgia	14	14
chirurgia dh	2	2
medicina	28	28
medicina dh	0	0
nido	6	6
ortopedia	12	12
ortopedia dh	2	0
ostetricia e ginecologia	12	12
ostetricia e ginecologia dh	2	2
pediatria	3	3
pediatria dh	1	1
pschiatria	11	7
pschiatria dh	3	0
Totali	**96**	**87**

Ospedale di Zagarolo

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
chirurgia	21	0
medicina	36	20
medicina riabilitazione	6	0
ortopedia	21	0
Totali	**84**	**20**

Ospedale di Tivoli

reparto	posti letto deliberati al 30/06/2003	posti letto effettivi al 30/06/2003
cardiologia	2	2
chirurgia	54	28
chirurgia dh	4	2
endocrinologia dh	4	4
m.infettive	12	0
m.infettive dh	2	0
m.infettive pediatriche	0	0
medicina	64	52
medicina dh	4	4
Medicina - Sez. Cerebro vascolare acuti	0	5
nido	10	10
oculistica	10	1
oculistica dh	2	7
ortopedia	64	30
ortopedia dh	4	0
ch. Mano	0	6
ortopedia riabilitazione	8	8
ostetricia e ginecologia	37	29
ostetricia e ginecologia dh	3	3
otorinolaringoiatra	20	20
otorinolaringoiatra dh	1	0
pediatria	16	16
pediatria dh	5	5
pediatria infettive	6	0
pediatria infettive dh	2	0
terapia intensiva	6	6
utic	8	8
osservazione	8	8
neonatologia	8	8
oncologia dh	4	4
Totali	**368**	**266**

Strutture Assistenziali Accreditate

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	SPECIALISTICA	POSTI LETTO
Nomentana Hospital	Via Valle dei Corsi 60	00010 Fonte Nuova	Riabilitazione	169
			Lungodegenza	175
			R.S.A. 1° e 2° livello	136
			Lungodegenza ex art. 26	26
			Emodialisi	20
			Emodialisi HbsAg+	2
Medicus Hotel	P.le S. Giovanni di Dio	00019 Monteripoli - Tivoli	Riabilitazione	100
			R.S.A. 2° e 3° livello	100
			Emodialisi	12
			Emodialisi HbsAg+	3
Villa Dante	Via Roma 298	00012 Guidonia	Riabilitazione	54
Villa Luana	Località Valle Orlanda s.n.c.	00010 Poli	R.S.A. 3° livello	120
			Emodialisi	8
			Emodialisi HbsAg+	2
Gli Annali	Località Gli Annali	00020 Cineto Romano	R.S.A. 1°- 2°- 3° livello	114
Italian Hospital Group	Via Tiburtina	00012 Guidonia	R.S.A. 3° livello	240
Villa Alba	Via Nomentana 432	00010 Fonte Nuova	Riabilitazione ex art. 26	Residenziale 120
				Semiresidenziale 50 pazienti
				Ambulatoriale 30 pazienti
Associazione Laziale Motulesi	Viale Aldo Ballarin 108	00142 Roma	Assistenza Domiciliare	

Strutture Assistenziali Private Distretto Colleferro

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE
Caratelli Gabriella	Comunità Alloggio	Artena
Luffarelli Loredana	Comunità Alloggio	Artena
Capponi Luciana	Comunità Alloggio	Artena
Mele Lucia	Comunità Alloggio	Artena
Lupi Aangelina	Comunità Alloggio	Artena
Cupini Giuliana	Comunità Alloggio	Artena
Caputi Luciana	Comunità Alloggio	Artena
ASS. ONLUS di Casini A.	Casa di Riposo	Artena
Santiago Neri Miranda	Comunità Alloggio	Artena
Scerca Nazzarena	Casa di Riposo	Carpineto
Istituto Figlie di Maria	Casa per Minori	Casape
Fabreschi Suor A. Pia	Casa di Riposo	Colleferro
Civitella M. Assunta	Casa Famiglia	Segni
Opera Pia Monsignor Sagnori	Casa di Riposo	Segni
Simonassi Barbara	Casa Famiglia	Valmontone
D' Emilia Anna	Comunità Alloggio	Valmontone
Mattia Maria Antonietta	Comunità Alloggio	Valmontone
Pierantonio Lucia	Comunità Alloggio	Valmontone
Casa Famiglia Emanuel	Casa per Minori	Valmontone

Strutture Assistenziali Private Distretto Guidonia

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE
Piccola Pietra	Casa Famiglia	Guidonia
Monter. Residence	Comunità Alloggio	Guidonia
Villa Epam	Casa di Riposo	Montorio Romano
Casa di Riposo Maria Immacolata	Casa di Riposo	Nerola
Regina Pacis	Casa di Riposo	Nerola
Dorinzi Giuseppe	Comunità Alloggio	Palombara Sabina
Di Maggio Pasana	Comunità Alloggio	Sant' Angelo Romano
Villa Alex	Casa Albergo	Sant' Angelo Romano
Ass. Casa	Casa Albergo	Sant' Angelo Romano

Strutture Assistenziali Private Distretto Monterotondo

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE
Le Molette S.r.l.	Comunità Alloggio	Mentana
Villa Tina	Comunità Alloggio	Mentana
Villa Gregna	Comunità Alloggio	Mentana
Maggiore Enrico	Comunità Alloggio	Mentana
Livia Grenga	Comunità Alloggio	Mentana
Di Murro Antonietta	Comunità Alloggio	Mentana
Istituto Evang. Batania	Comunità Alloggio	Mentana
La Meridiana	Comunità Alloggio	Mentana
Bocchetta Nicola	Comunità Alloggio	Mentana
Golden Sun Sas	Casa di Riposo	Mentana
Figlie della Misericordia	Casa di Riposo	Mentana
La Torricella	Casa di Riposo	Mentana
Don Giuseppe Boccetti	Casa di Riposo	Monterotondo

Strutture Assistenziali Private Distretto Palestrina

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE
Pietrantonio Lucia	Comunità Alloggio	Gallicano nel Lazio
Rossi Laura	Comunità Alloggio	Gallicano nel Lazio
Cancellieri Palmerino	Comunità Alloggio	Gallicano nel Lazio
Istituto Suore della Carità	Comunità Alloggio	Palestrina
Istituto Suore della Carità	Comunità Alloggio	Palestrina
Lancioni Filippo	Comunità Alloggio	S. Cesareo
Scascitelli Massimo	Comunità Alloggio	Zagarolo

Strutture Assistenziali Private Distretto Subiaco

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE
Istituto Suore Divina Provvidenza	Casa di Riposo	Olevano Romano

Strutture Assistenziali Private Distretto Tivoli

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE
Istituto Figlie di Maria	Casa per Minori	Casape
Villaggio Don Bosco	Casa per Minori	Tivoli

Strutture Ambulatoriali Distretto Colleferro

Nome Struttura	Indirizzo		Specialistica	Accreditata
Studio Medico S. Giorgio	Via XXIX Gennaio 19	Colleferro	FKT	SI
Centro Medico Filippi	Via Consolare Latina 48	Colleferro	Rad.	SI
La Pisana	Via Latina 6	Colleferro	Lab. Anal.	NO
Nuova EcoErre	Via dell'Industria 16	Colleferro	Poliamb. Rad.+TAC	NO
Azzurra Medica	Via Romana 114	Colleferro	Poliamb.	NO
Euro Medical	Via F. Bracchi 63	Colleferro	Poliamb.	NO
Smile Center	V. Colle d' Oro 37	Colleferro	Poliamb. Amb. Odonto	NO
C.M. Dietosan C.M. Polisp.	Via Giovanni XXIII 1	Colleferro	Poliamb.	NO
Dental System di Petricca D.	Via Trento 4	Montelanico	Amb. Odonto	NO
Centro Med. Odonto. di Bianchi M.	Via Consolare Latina 148	Colleferro	Amb. Odonto	NO
DA.MA. Odontoiatr.	Via Bruno Buozzi 35	Colleferro	Amb. Odonto	NO

Strutture Ambulatoriali
Distretto Guidonia

Nome struttura	Indirizzo		Specialità	Accreditata
Centro Medico Polispecialistico Villanova	Via Maremmana 267	Guidonia	FKT. RAD.	SI
Centro Sanitario Colleverde	Guidonia		Rad. FKT	NO
X Lab. Analisi Guidonia	Via Roma 181	Guidonia	Poliamb. Lab.	SI
X Lab. Analisi Villanova	Via Galletti 8	Guidonia	Poliamb. Lab.	SI
X Studio Analisi Ippocrate	Via Palombarese Km. 19	Guidonia	LAB.	SI
Studio Radiologico Guidonia	Via Roma 190	Guidonia	Rad.	SI
Eidos	Via Roma 52	Guidonia	Poliamb RMN	SI
HUGH O' HEIR	Via Catania 6	Guidonia	Lab.	SI
SANIMED 98	Via Palombaese KM.19	Guidonia	Poliambulatorio	NO
Villa Dante	Via Roma 298	Guidonia	Poliamb. Lab. FKT, RAD.	SI
Laboratorio Analisi Salubris	Via Roma 215	Montelibretti	Lab.	SI
ECORAD	Via Palombarese Km 19	Guidonia	RAD	NO

Strutture Ambulatoriali Distretto Palestrina

Nome Struttura	Indirizzo		Specialistica	Accreditata
Salus	V.le Ungheria 4	Palestrina	FKT	NO
Somatos	C.so Garibaldi 97	Zagarolo	FKT	NO
Studio Medico Coriolano	V.le Ungheria 6	Palestrina	Lab.	NO
Amb. Anal. Scarpellini	Via Venzi 4	Cave	Lab.	NO
Lab. Anal. Cl. S. Cesareo	Via G. Amendola 8	S. Cesareo	Lab.	SI
Sanitas 2000	V. G. Venzi 4	Cave	Rad. + TAC	NO

Strutture Ambulatoriali Distretto Subiaco

Nome struttura	Indirizzo		Specialistica	Accreditata
Centro FKT di Ciocchetti Maria A.	Via del Pino 8	Subiaco	FKT	NO
Vis Radiologica 81	Via F. D'Assisi 101	Olevano R.	Rad	NO

Strutture Ambulatoriali Distretto Monterotondo

Nome Struttura	Indirizzo		Specialistica	Accreditata
Studio Galileo	Via Gramsci 47/A	Monterotondo	FKT	SI
Lab. Diagn. Anal. e Ter. Pasteur	Via Einaudi 33	Mentana	Lab.	SI
Lab. Clin. Nomentano	Via dello Stadio 1	Monterotondo	Lab.	SI
Lab. Anal. Fleming	Via Riva 59	Monterotondo	Lab.	SI
Audiomedical	Via Panaro 40	Monterotondo	Poliamb.	NO
Linea Medica Tor Lup.	Via Ugo Foscolo	Mentana	Poliamb. Lab.- FKT-RAD-RMN*	SI
Laboratorio Analisi La Sanitas	Via Salaria 164	Monterotondo Scalo	Lab.	SI

*** RMN accreditamento provvisorio per mesi 6 DGRL n. 2120 del 17/10/2000**

Strutture Ambulatoriali Distretto Tivoli

Nome Struttura	Indirizzo		Specialistica	Accreditata
Centro Terapia Fisica e Radiologia	Via Trieste 2/B	Tivoli	FKT Rad.	SI
Centro Terapia Fisica e Ginn. Medica	Via Tiburtina 325	Bagni di Tivoli	FKT	SI
Lab. Anal. Clin. Salus	Via Cesare Augusto 4	Tivoli	Lab.	SI
Lab. Anal. S. Croce	Via Arnaldi 13	Tivoli	Lab.	SI
Lab. Anal. Cl. Villa Adriana	Viale Tomei 3	Tivoli	Lab.	SI
• Lab. Anal. Cl. Castel Madama	Via S.Anna 13	Castel Madama	Lab.	SI
Lab. Anal.Cl. Ciocci	Via Palatina 19	Tivoli	Lab.	SI
Lab. Anal. Cl. Tiburtino Val.	Via Tiburtina 36	Vicovaro	Lab.	SI
Casa di Cura Villa Luana	Località Valle Orlanda	Poli	Emodialisi - RMN	SI
Medicus Hotel Monteripoli	P.za S. Giovanni di Dio	Tivoli	Emodialisi	SI
Nomentana Hospital	Via Valle dei Corsi 60	Fonte Nuova	Emodialisi	SI
Terme Acque Albule	Via Nicodemi 9	Bagni di Tivoli	Inalazioni	SI
			Fango + Bagno terapeutico	SI
			Sordità rinogena	SI
			Bagno caldo	SI
			Cure idropiniche	SI

• Non risulta accreditato

STRUTTURE SANITARIE

Nominativo
Casa di Cura Medicus Hotel
Casa di Cura Villa Dante
Casa di Cura Villa Luana
Casa di Cura Nomentano Hospital
Casa di Cura Gli Annali
Centro Accreditato Linea Medica s.r.l.
Centro Accreditato Studio Med. Polisp.co Villanova s.r.l.
Centro Accreditato Lab. Analisi San Cesareo
Centro Accreditato Eidos Diagnostica Medica s.r.l.
Centro Accreditato Laboratorio Analisi Cliniche Salus
Centro Accreditato Lab. Analisi Guidonia
Centro Accreditato T.F. e Ginnastica Medica
Centro Accreditato T.F. e Ginnastica Medica
Centro Accreditato Centro Medico Filippi s.r.l.
Centro Accreditato Lab. Analisi Cliniche Hug O'Heir
Centro Accreditato Lab. Analisi Cliniche Ciocci s.r.l.
Centro Accreditato Lab. Ric. Diag. Fleming s.r.l.
Centro Accreditato Studio Rx Guidonia s.r.l.
Centro Accreditato Analisi Cliniche Villa Adriana
Centro Accreditato Studio Medico S. Giorgio s.r.l.
Centro Accreditato Analisi Villanova s.r.l.
Centro Accreditato Studio Analisi Clin. Ippocrate s.r.l.
Centro Accreditato Laboratorio Clinico Nomentano
Centro Accreditato Lab. Analisi Tiburno Valerio
Centro Accreditato La Sanitas
Centro Accreditato Lab. Analisi Cliniche Santacroce
Centro Accreditato Lab. Analisi Salubris
Centro Accreditato Lab. Diag. Anal. e Ter. Pasteur
Terme Acque Albule
Italian Hospital Group
Casa di Cura Villa Alba
Ecorad
Casa di Cura Colle Cesarano

A.S.L. RM G

Strutture Psichiatriche Residenziali

Distretto Subiaco

Struttura Residenziale Socio riabilitativa ad elevata intensità assistenziale:

N°	Denominazione	p. l.
1	COMUNITA' DON UVA	10
1	COMUNITA' DON UVA	10

Distretto di Tivoli

Comune di Tivoli

Struttura Residenziale Socio riabilitativa ad elevata intensità assistenziale:

LOC. Villa Adriana

N°	Denominazione	p. l.
1	COMUNITA' DON UVA	6
1	COMUNITA' DON UVA	6
1	COMUNITA' DON UVA	4
1	COMUNITA' DON UVA	4

Loc. Villagio Adriano

N°	Denominazione	p. l.
1	COMUNITA' DON UVA	10
1	COMUNITA' DON UVA	10

Comune di Castel Madama

Struttura Residenziale terapeutico riabilitativa:

N°	Denominazione	p. l.
1	VILLA MADDALENA	20

Distretto di Guidonia

Comune di Guidonia - Villanova

Struttura Residenziale Socio riabilitativa ad elevata intensità assistenziale:

N°	Denominazione	p. l.
1	COMUNITA' GIONA	5

1	COMUNITA' DON UVA	10
1	COMUNITA' DON UVA	6

Distretto di Colleferro:

Comune di Valmontone

Struttura Residenziale Socio riabilitativa a bassa intensità assistenziale:

N°	Denominazione	p. l.
1	COMUNITA' FRANCESCO	10

Comune di Labico

Struttura Residenziale Socio - riabilitativa a bassa intensità assistenziale:

N°	Denominazione	p.l.
1	COMUNITA' OPERIAMO ASSIEME	10

Comune di Artena

* Struttura residenziale socio assistenziale

N°	Denominazione	p.l.
1	VILLA LINDA	10

Distretto di Palestrina

Comune di Zagarolo

*Struttura residenziale socio assistenziale

N°	Denominazione	p.l.
1	VILLA BELLA	10

Comune di San Cesareo

Struttura Residenziale Socio riabilitativa a bassa intensità assistenziale

N°	Denominazione	p.l.
1	INSIEME	10
1	AL COLLE	5

N.B: Le strutture contrassegnate da asterisco non rientrano nella D.G.R. 252/03, bensì nel D.M. 308/01 e nel L.R. 38/1996

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATI

1. REGOLAMENTO COMITATO ETICO

2. REGOLAMENTO IN MATERIA DI AFFIDAMENTO, VALUTAZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

3. REGOLAMENTO "DISPOSIZIONI PER L'ATTIVITA' CONTRATTUALE DELL'AZIENDA"

4. REGOLAMENTO URP

5. ORGANIGRAMMA ASL RM/G

6. FUNZIONIGRAAAMMA

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATO N.1

REGOLAMENTO DEL COMITATO ETICO

ALLEGATO N.1

REGOLAMENTO DEL COMITATO ETICO

SOMMARIO

TITOLO I – Il Comitato Etico.

Articolo 1 Istituzione Comitato Etico (CE).
Articolo 2 Funzioni del Comitato Etico.
Articolo 3 Composizione e durata.
Articolo 4 Doveri dei componenti.
Articolo 5 Incompatibilità e decadenza.
Articolo 6 Dimissioni e sostituzione dei componenti.
Articolo 7 Nomina del Presidente e del Vice Presidente.
Articolo 8 Compiti del Presidente.
Articolo 9 Compiti del Vice presidente.
Articolo 10 Convocazione e riunione del comitato Etico.
Articolo 11 Decisioni.
Articolo 12 Aspetti economici ed assicurativi.
Articolo 13 Rimborso oneri.

TITOLO II - L'Ufficio di Segreteria.
Articolo 14 L'Ufficio di Segreteria.
Articolo 15 Il Segretario.

TITOLO III – Procedimento per la valutazione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali e per il giudizio di notorietà.

Articolo 16 La sperimentazione clinica dei medicinali.
Articolo 17 Proposta di sperimentazione.
Articolo 18 La valutazione delle proposte di sperimentazione.
Articolo 19 Istruttoria.
Articolo 20 Elementi della valutazione.
Articolo 21 Decisione.
Articolo 22 Formulazione della decisione.
Articolo 23 Comunicazioni.
Articolo 24 Giudizio di notorietà.
Articolo 25 Durata del procedimento.

TITOLO IV – Aspetti economici della sperimentazione.

Articolo 26 Finanziamento della sperimentazione.
Articolo 27 Fornitura dei prodotti in sperimentazione.
Articolo 28 Forniture di attrezzature.
Articolo 29 Spese aggiuntive.
Articolo 30 Oneri funzionamento Comitato e Ufficio Segreteria.
Articolo 31 Compensi allo sperimentatore ed al personale sanitario, tecnico ed amministrativo coinvolto nella sperimentazione.
Articolo 32 Convenzione.

TITOLO V – Procedure per il monitoraggio della sperimentazione.

Articolo 33 Intervalli di monitoraggio.
Articolo 34 Deviazioni o modifiche del protocollo di studio.
Articolo 35 Comunicazioni e informazioni dello sperimentatore.
Articolo 36 Conclusione anticipata o sospensione dello studio.
Articolo 37 Completamento dello studio.

TITOLO VI – Procedure di archiviazione e di accesso alla documentazione.

Articolo 38 Archiviazione della documentazione.
Articolo 39 Accesso alla documentazione.
Articolo 40 Modulistica.
Articolo 41 Modifica del regolamento.
Articolo 42 Rinvio.

REGOLAMENTO DEL COMITATO ETICO

ai sensi dell'art. 4 del D.M. 18 marzo 1998

TITOLO I
IL COMITATO ETICO

Articolo 1
Istituzione Comitato Etico (CE)

1. Il Comitato Etico (d'ora innanzi C.E.) è un organismo indipendente, composto secondo criteri di interdisciplinarietà.

2. Il C.E. si ispira nella formulazione dei suoi pareri, alla dichiarazione di Helsinki, nonché ove applicabili, alle raccomandazioni del Comitato nazionale di bioetica. Per quanto concerne le sperimentazioni cliniche dei medicinali si fa riferimento anche alle norme di Good Clinical Practice nella versione più recente.

3. Le presenti linee guida integrano e dettagliano quanto già definito dall'allegato al Decreto Ministeriale 15 luglio 1997.

4. La valutazione scientifico/metodologica delle ricerche avrà come riferimento, oltre le GCP per la sperimentazioni dei medicinali, la larga bibliografia esistente sull'argomento.

Articolo 2
Funziondel C.E.

1. Le funzioni sono individuate dal decreto del Ministero della Sanità 15 luglio 1997 "Recepimento delle linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali", nonché dai successivi decreti del 18 marzo 1998 "Linee guida di riferimento per l'istituzione ed il funzionamento dei comitati etici" e "Modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche":

2. In particolare, il C.E. provvede:

a) alla valutazione, alla approvazione ed al monitoraggio dei protocolli di sperimentazione clinica dei medicinali, da svolgersi presso le strutture sanitarie dell'Azienda, o presso le istituzioni o strutture private, nei casi previsti dal D.M. Sanità 19 marzo 1998 "Riconoscimento della idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali";

b) ad esprimere il giudizio di "delibazione" di notorietà sui medicinali che si intendono sottoporre a sperimentazione, ai fini dell'esenzione degli accertamenti di cui all'art. 1, co. 1, lett. c, del D.P.R. 21 settembre 1994, n. 754, nei casi previsti dall'art. 1, co. 2 e dall'art. 2 del D.M. sanità 18.03.1998 "Modalità per l'esenzione degli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche".

3. Nello svolgimento di tali funzioni, il C.E. ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in uno studio clinico e di fornire pubblica garanzia di protezione.

4. I pareri del C.E. sono previ e di carattere consultivo e non costituiscono la responsabilità legale e morale del ricercatore principale che condurrà la sperimentazione il quale rimane, pertanto, primariamente responsabile dell'attuazione pratica dello studio e dell'integrità, salute e benessere dei soggetti nel corso della ricerca.

Articolo 3
Composizione e durata

1. La composizione del Comitato viene determinata con atto del Direttore Generale dell'Azienda nell'osservanza delle linee guida del citato D.M. 18.03.1998.

2. La nomina a componente del Comitato Etico deve essere accettata per iscritto o , in mancanza, con la partecipazione alla prima seduta utile del Comitato.

3. I componenti del comitato, salvo quelli eletti ex officio, restano in carica tre anni, a decorrere dalla data di insediamento del Comitato stesso.

4. Al termine del periodo di validità del C.E. , esso resta in carica fino a quando il Direttore Generale dell'Azienda non abbia provveduto alla nomina di un nuovo Comitato.

Articolo 4
Doveri dei componenti

1. Ogni componente non può delegare altri in proprio luogo: tutti i componenti del Comitato e il segretario sono tenuti alla segretezza sugli atti connessi alla loro attività:

2. Inoltre, i componenti del C.E. hanno l'obbligo di non pronunciarsi in occasione della valutazione di sperimentazioni, per le quali possa sussistere un conflitto di interessi diretto od indiretto (ad esempio, per coinvolgimento nelle progettazione, nella conduzione o nella direzione della sperimentazione, per rapporti di dipendenza/consulenza con l'Azienda farmaceutica, ecc.).

3. I componenti del Comitato hanno l'obbligo altresì di acconsentire e rendere di pubblica conoscenza il proprio nome e la propria qualifica.

Articolo 5
Incompatibilità e decadenza

1. E' incompatibile con l'incarico a componente del C.E. l'esistenza, al momento della nomina, di un rapporto di lavoro subordinato o di un incarico professionale, o di cointeressenze di tipo economico con aziende del settore farmaceutico, nonché l'interdizione o la sospensione dal godimento dei diritti politici o per altre cause previste dalla legge.

2. Decade dall'incarico di componente colui che durante il triennio incorre in una causa di incompatibilità, nonché in caso di assenza ingiustificata per tre sedute consecutive.

3. L'incompatibilità e le decadenze sono pronunciate dal C.E. nella prima seduta utile dopo il loro accertamento; in tale seduta, prima della decisione, l'interessato può chiedere di essere ascoltato ed essere difeso da un proprio rappresentante.

Articolo 6
Dimissioni e sostituzioni dei componenti

1. Il componente che intende dimettersi dall'incarico deve comunicarlo per iscritto al presidente del C.E.; le sue dimissioni decorrono dalla data di ricezione della sua lettura.

2. I componenti, che nel corso del triennio dovessero cessare dall'incarico per dimissioni o decadenza o per altra causa, sono sostituiti dal Direttore Generale dell'Azienda con proprio atto deliberativo.

3. Il nuovo componente deve essere della stessa area del componente che viene sostituito, secondo le procedure seguite per la scelta dei componenti, menzionate nella delibera di costituzione del Comitato.

4. La durata dell'incarico del sostituto è limitata al periodo residuo di validità del C.E.

Articolo 7
Nomina del Presidente e del vice Presidente

1.Il C.E. , nel giorno dell'insediamento nomina il proprio Presidente, con votazione segreta.

2. Viene nominato Presidente il componente che avrà ottenuto alla prima votazione la metà più uno dei votanti. Nel caso che il quorum previsto non sia ottenuto alla prima votazione, si procederà subito ad una seconda votazione, restringendo la rosa dei candidati ai due nominativi che nella prima votazione hanno ottenuto il maggior numero dei voti; nella seconda votazione viene eletto Presidente il nominativo che avrà ottenuto più voti.

3. In caso di parità di voti, sia nella prima che nella seconda votazione, viene preferito il candidato esterno o, se ciò non fosse determinante, il candidato più anziano d'età.

4. Durante le votazioni, svolgerà le funzioni di Presidente il Direttore Sanitario dell'Azienda e lo scrutinio delle schede sarà effettuato a cura del segretario del C.E..

5. Dopo l'elezione del Presidente, il Comitato, su indicazione del Presidente eletto, nomina un Vice Presidente.

Articolo 8
Compiti del Presidente

1. Il Presidente del Comitato Etico provvede ai seguenti compiti:

a) convoca periodicamente il C.E. , almeno una volta al mese e comunque ogni volta che ne ravvisi la necessità, stabilendo il relativo ordine del giorno;

b) fissa la sede del C.E.;

c) presiede e dirige i lavori del C.E.;

d) firma insieme al Segretario del Comitato le deliberazioni adottate dal Comitato ed i verbali delle sedute;

e) rappresenta il Comitato, tiene i rapporti con il Direttore Generale dell'Azienda e con gli altri organismi istituzionali;

f) richiede al Direttore Generale dell'Azienda la sostituzione dei componenti che nel corso del triennio cessano dall'incarico;

g) entro trenta giorni dalla scadenza di validità del C.E. informa di ciò il Direttore Generale dell'Azienda, per i successivi provvedimenti di competenza;

h) svolge ogni altro compito previsto dal presente regolamento e dalle norme vigenti.

2. I componenti, che nel corso del triennio dovessero cessare dall'incarico per dimissioni o decadenza o per altra causa, sono sostituiti dal Direttore Generale dell'Azienda con proprio atto deliberativo.

3. Il nuovo componente deve essere della stessa area del componente che viene sostituito, secondo le procedure seguite per la scelta dei componenti, menzionate nella delibera di costituzione del Comitato.

4. La durata dell'incarico del sostituto è limitata al periodo residuo di validità del C.E.

Articolo 7
Nomina del Presidente e del vice Presidente

1.Il C.E. , nel giorno dell'insediamento nomina il proprio Presidente, con votazione segreta.

2. Viene nominato Presidente il componente che avrà ottenuto alla prima votazione la metà più uno dei votanti. Nel caso che il quorum previsto non sia ottenuto alla prima votazione, si procederà subito ad una seconda votazione, restringendo la rosa dei candidati ai due nominativi che nella prima votazione hanno ottenuto il maggior numero dei voti; nella seconda votazione viene eletto Presidente il nominativo che avrà ottenuto più voti.

3. In caso di parità di voti, sia nella prima che nella seconda votazione, viene preferito il candidato esterno o, se ciò non fosse determinante, il candidato più anziano d'età.

4. Durante le votazioni, svolgerà le funzioni di Presidente il Direttore Sanitario dell'Azienda e lo scrutinio delle schede sarà effettuato a cura del segretario del C.E..

5. Dopo l'elezione del Presidente, il Comitato, su indicazione del Presidente eletto, nomina un Vice Presidente.

Articolo 8
Compiti del Presidente

1. Il Presidente del Comitato Etico provvede ai seguenti compiti:

a) convoca periodicamente il C.E. , almeno una volta al mese e comunque ogni volta che ne ravvisi la necessità, stabilendo il relativo ordine del giorno;

b) fissa la sede del C.E.;

c) presiede e dirige i lavori del C.E.;

d) firma insieme al Segretario del Comitato le deliberazioni adottate dal Comitato ed i verbali delle sedute;

e) rappresenta il Comitato, tiene i rapporti con il Direttore Generale dell'Azienda e con gli altri organismi istituzionali;

f) richiede al Direttore Generale dell'Azienda la sostituzione dei componenti che nel corso del triennio cessano dall'incarico;

g) entro trenta giorni dalla scadenza di validità del C.E. informa di ciò il Direttore Generale dell'Azienda, per i successivi provvedimenti di competenza;

h) svolge ogni altro compito previsto dal presente regolamento e dalle norme vigenti.

Articolo 9
Compiti del vice Presidente

1. Il Vice Presidente sostituisce il Presidente nei suoi compiti ogniqualvolta questi sia impedito a svolgerli.

2. Qualora l'impedimento dovesse protrarsi per oltre tre mesi o in caso di sue dimissioni, il Comitato procederà all'elezione di un nuovo Presidente, secondo la procedura prevista dal precedente art. 6 .

3. In caso di contemporaneo impedimento del Presidente e del Vice Presidente, tale da creare pregiudizio al regolare svolgimento dei compiti del Comitato, il componente più anziano è autorizzato a convocare il Comitato, stabilendo il relativo ordine del giorno.

Articolo 10
Convocazione e riunione del C. E.

1. La convocazione del C.E. è fatta per iscritto, anche a mezzo fax o e- mail, ed è inviata ai componenti almeno cinque giorni prima della riunione, con l'indicazione di sede, orario e dell'ordine del giorno.

2. In caso di urgenza il termine per la convocazione è ridotto a tre giorni.

3. Le sedute del C.E. si devono tenere con cadenza mensile e, comunque, in numero e frequenza proporzionato al numero delle sperimentazioni da esaminare o altro tema da dibattere e per il quale è necessaria una delibazione dell'organismo.

4. La riunione del Comitato è considerata valida con la presenza di almeno la metà più uno dei componenti, con esclusione di quelli decaduti o dimissionari, finché non siano sostituiti.

5. Le riunioni sono svolte presso la sede designata dal Presidente.

6. Per ogni riunione viene redatto un verbale, a cura del segretario che viene letto ed approvato dai componenti in occasione della successiva riunione.

7. Il verbale dovrà contenere le seguenti indicazioni:

- data, orario e luogo della riunione;
- il nominativo di chi ha assunto la presidenza;
- il nominativo dei componenti presenti e dei soggetti eventualmente convocati (es. lo sponsor, lo sperimentatore, gli esperti ad hoc), il nominativo dei componenti assenti;
- i punti della discussione all'ordine del giorno;
- il parere emesso per i singoli punti, con l'indicazione di come la decisione è stata presa e della motivazione degli eventuali pareri negativi;
- firma del segretario e del Presidente.

8. I verbali del C.E. sono pubblici e chiunque ne abbia interesse può chiedere di accedervi, ai sensi dell'art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e del D.P.R. 27 giugno 1992, n. 352.

Articolo 11
Decisioni

1.Le decisioni del C.E. sono adottate con voto palese, per alzata di mano, a maggioranza dei componenti presenti.

2. In situazioni di parità, prevale il voto del Presidente o di chi presiede la seduta.

3. Il voto contrario o di astensione debbono comunque essere motivati.

4. L'astensione viene considerata voto contrario, ai fini del quorum occorrente per l'approvazione della decisione.

5. Le votazioni relative ai giudizi di notorietà dei medicinali ed alla valutazione delle richieste di sperimentazioni cliniche dei medicinali, sono adottate con separate deliberazioni.

Articolo 12
Aspetti economici ed assicurativi

1. Per la partecipazione alle riunioni del C.E. e ad eventuali visite di controllo, in sede di monitoraggio della sperimentazione approvata, viene riconosciuto ai componenti del Comitato Etico e al Segretario ed agli esperti convocati ad hoc un gettone di presenza, di importo pari a €.75,00 per il Presidente e pari a €.60,00 per gli altri componenti compreso segretario e componenti dell'ufficio segreteria, nonché il rimborso delle spese di viaggio sostenute, alle condizioni previste per il personale dirigenziale dell'Azienda, per recarsi alla sede del Comitato dalla località di residenza, se soggetti esterni, o dalla sede di servizio, se componenti interni, da documentare tramite autocertificazione.

2. La liquidazione dei gettoni di presenza e del rimborso delle spese di viaggio sarà a carico dello Sponsor e verranno liquidate non appena saranno rimesse.

Articolo 13
Rimborso oneri

1. Gli oneri derivanti dal funzionamento del C.E. e del suo Ufficio di Segreteria per gettoni di presenza e spese di viaggio, per spese postali e di cancelleria, per acquisto arredamenti e strumenti necessari, per la retribuzione ed i contributi previdenziali concernenti il personale dell'Azienda utilizzato per i compiti del C.E., sono anticipati dall'Azienda stessa e rimborsati in quota dai proponenti delle sperimentazioni approvate ed autorizzate, come meglio specificato nel Titolo IV del presente regolamento.

TITOLO II
L'UFFICIO DI SEGRETERIA

Articolo 14
Ufficio di segreteria

1. L'ufficio di segreteria:

a) svolge tutte le attività esecutive necessarie per la convocazione del C.E. e la regolarità delle sue sedute;

b) provvede alla ricezione e protocollazione delle domande di sperimentazione;

c) predispone, a firma del Direttore Generale, le lettere di autorizzazione o di comunicazione delle sperimentazioni approvate dal C.E o quelle di revoca, nel caso previsto dall'art. 36;

d) cura la tenuta dei seguenti registri, da compilarsi anche tramite mezzi informatici:

- registro dei giudizi di notorietà;
- registro delle sperimentazioni cliniche approvate;
- registro di protocollo interno;
- registro dei verbali delle sedute del C.E.;

e) tiene l'archivio di tutta la documentazione relativa all'attività del C.E., compreso quella presentata dai proponenti le sperimentazioni;

f) assolve a tutti gli adempimenti necessari per l'esecuzione delle decisioni del C.E.;

g) predispone la liquidazione dei gettoni di presenza e del rimborso spese di viaggio a favore dei soggetti di cui all'art. 12 del presente regolamento;

h) svolge ogni altra attività amministrativa occorrente per il funzionamento del C.E. e per lo svolgimento dei suoi compiti. Ufficio di segreteria è diretto dal segretario.

Articolo 15
Il segretario

1. Il segretario del C.E. è nominato con atto del Direttore Generale dell'Azienda, collabora con il Presidente del Comitato, dirige l'attività dell'ufficio di segreteria, verbalizza le sedute del Comitato, redige le deliberazioni adottate dal C.E. e cura l'esecuzione dei compiti previsti dall'art. 14 del presente regolamento.

2. In caso di sua assenza temporanea, viene sostituito da altro componente designato dal Presidente, o in mancanza da un componente del C.E.

3. Nel caso che l'assenza del Segretario sia superiore a tre mesi, il Presidente richiede al Direttore Generale dell'Azienda la sua sostituzione.

4. Nel caso in cui il Segretario responsabile intende incrementare l'ufficio, la scelta del personale che dovrà collaborare con esso, sarà concordata con il Direttore Generale dell'Azienda.

TITOLO III

PROCEDIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE DEI MEDICINALI E PER IL GIUDIZIO DI NOTORIETA'

Articolo 16
Sperimentazione clinica dei medicinali

1. La sperimentazione clinica viene effettuata presso le strutture sanitarie, esistenti nel territorio dell'Azienda, ritenute idonee dal C.E. , e non può essere iniziata senza l'autorizzazione del Direttore Generale dell'Azienda.

2. L'autorizzazione viene rilasciata dopo l'approvazione dello studio da parte del C.E. e subordinatamente all'impegno del proponente ed assolvere agli adempimenti di cui agli artt. 26 e 32.

3. L'autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento dal Direttore Generale dell'azienda, in caso di annullamento della approvazione dello studio da parte del C.E., per gravi motivi relativi alla sicurezza dei soggetti coinvolti nel suddetto studio.

4. Per le sperimentazioni cliniche, da effettuarsi presso strutture sanitarie private, in possesso di riconoscimento di idoneità alla sperimentazione, l'autorizzazione è subordinata all'approvazione dello studio da parte del C.E. ed al preventivo consenso della struttura ad eventuali accessi nella stessa da parte di componenti del C.E., per l'espletamento dei controlli di cui al successivo Titolo V.

5. Nei casi previsti dal 4 comma si applicano le disposizioni del presente regolamento, in quanto compatibili.

Articolo 17
Proposta di sperimentazione

1. La richiesta di sperimentazione deve essere presentata, od inviata per posta, all'ufficio di segreteria del C.E., corredata della seguente documentazione:

a) il protocollo originale dello studio, in lingua italiana, insieme con i documenti di supporto, gli allegati e gli eventuali emendamenti, corredato preferibilmente da una rappresentazione schematica ("flowchart") del protocollo stesso; se il protocollo non fosse in lingua italiana, dovrà essere allegata la relativa traduzione;

b) l'autorizzazione ministeriale per i prodotti farmaceutici, sottoposti agli accertamenti di cui all'art. 1, co. 1, lettera c), del Decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994 n. 754, oppure il giudizio di notorietà emesso da un altro C.E., purché in vigore (cioè di data non anteriore a tre anni dalla data di rilascio), oppure la richiesta di giudizio di notorietà, nel caso che si intenda opporre la sperimentazione di medicinali diversi da quelli di nuova istituzione o di quelli di nuova istituzione non sottoposti alla disciplina del D.M. Sanità 28 luglio 1977, pubblicato sulla G.U. n. 216 del 09.08.1977, corredata dei documenti indicati nell'art. 22 del presente regolamento oppure la delibazione di notorietà emessa dall'organismo competente, nel caso si tratti di sperimentazione multicentrica o nei casi previsti dall'art. 3 del D.M. Sanità 18.03.1998 "Modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche";

c) L'investigator brochure, (dossier per lo sperimentatore), con adeguato riassunto (summary);

d) La scheda del prodotto (case report form o CRF),

e) La dichiarazione della ditta farmaceutica, attestante che il medicinale possiede le caratteristiche di cui al D.M. Sanità 20 gennaio 1999, pubblicato sulla G.U. n. 31 dell'08 febbraio 1999, qualora la sperimentazione riguardi medicinali contenenti materiali di origine bovina;

f) Il modulo di consenso informato e la scheda contente tutte le necessarie informazioni scritte per i soggetti da arruolare, nella loro lingua madre, se non sufficientemente conosciuta la lingua italiana da parte degli interessati;

g) L'eventuale avviso usato per il reclutamento dei soggetti di sperimentazione (soggetti o volontari sani);

h) Il parere del Comitato Etico del centro Coordinatore, in caso di studio multicentrico;

i) L'indicazione dello sperimentatore e della struttura sanitaria ove si intende effettuare la sperimentazione;

l) Il curriculum vitae recente dello sperimentatore, da lui firmato e datato;

m) La certificazione di analisi del prodotto in studio;

n) Le istruzioni necessarie per assicurare l'appropriata conservazione, confezione, distribuzione e smaltimento del prodotto in studio;

o) Le procedure di decodifica, per gli studi in cieco;

p) La proposta di finanziamento per della sperimentazione;

q) La polizza di assicurazione per responsabilità civile per lo sperimentatore e per i soggetti arruolati, con allegata traduzione in italiano, se accesa all'estero;

r) I precedenti significativi pareri di altri C.E. relativamente allo studio proposto, sia positivi sia negativi;

s) L'indicazione dell'eventuale somma da corrispondere a volontari sani;

t) Una dichiarazione dello sperimentatore che ne Lui ne i suoi Famigliari hanno alcun interesse privato in rapporto all'esito dello studio;

u) Una dichiarazione dello sperimentatore che attesti di avere tempo sufficiente strumenti e personale idonei, per condurre la sperimentazione.

2. L'ufficio di segreteria, entro tre giorni dal ricevimento della domanda, verifica l'esistenza dei documenti sopra citati e la completezza della domanda stessa, provvedendo a richiedere tempestivamente eventuali atti mancanti; al termine dell'istruttoria presenta alla prima riunione utile del C.E. le proposte di sperimentazione pervenute per la loro valutazione.

Articolo 18
Valutazione delle proposte di sperimentazione

1. La valutazione della sperimentazione con medicinali è effettuata dal C.E. sulla documentazione fornita dalla Azienda Farmaceutica, nel rispetto delle linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica (Good Clinical Pratice o GPC), in conformità con i principi stabiliti dalla dichiarazione Helsinki sulle ricerche biomediche e secondo le dichiarazioni ministeriali in materia.

2. Nel caso che alla domanda di sperimentazione sia allegata richiesta del giudizio (delibazione) di notorietà del medicinale, che s'intende sottoporre a sperimentazione diverso da quelli di nuova istituzione, ai fini dell'esenzione degli accertamenti di cui l'articolo 1, co. 1, lett. c, del Decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 754, il C.E. prima di iniziare la valutazione della sperimentazione esprime giudizio di notorietà, nei modi previsti dall'art. 24.

Articolo 19
Istruttoria

1. Al fine di una razionalizzazione e semplificazione delle riunione e della valutazione delle sperimentazioni proposte, il C.E. affida, di volta in volta, a due o più componenti aventi specifica competenza in materia, il compito di esaminare la documentazione presentata dal proponente-

sponsor e di relazionare; la successiva seduta, sull'applicabilità dell'eventuale giudizio di notorietà richiesto, sulla validità scientifica e fattibilità tecnica della sperimentazione proposta, con particolare riferimento al relativo protocollo al consenso informato ed agli aspetti economici e assicurativi.

2. Il C.E., sulla base della relazione di cui sopra e della documentazione presentata dal proponente la sperimentazione prima di decidere può richiedere al proponente/sponsor o dallo sperimentatore anche convocandoli ulteriori informazioni, a chiarimento e completamento del protocollo di studio o altra documentazione, nonché integrazioni sui contenuti informativi e sulle modalità di raccolta del consenso informato, in rapporto a specifiche esigenze.

3. La documentazione completa, di cui all'art. 17 del presente regolamento, viene messa a disposizione di tutti i componenti presso l'ufficio di segreteria, almeno sette giorni prima della seduta fissata per l'approvazione della sperimentazione.

4. Per questioni particolari il C.E. può disporre la convocazione, per consulenza, di soggetti esterni con esperienza qualificata in specifiche aree, purché non direttamente od indirettamente interessati o collegati al programma di sperimentazione.

5. Prima di procedere sulla valutazione delle richieste di sperimentazioni pervenute ciascun componente è tenuto a dichiarare di non trovarsi in conflitto di interessi di tipo diretto o indiretto rispetto alla sperimentazione proposta.

6. In caso di conflitto di interessi, il componente è tenuto ad astenersi dalla trattazione della sperimentazione ed ad esprimere il proprio voto; in caso di disaccordo sull'esistenza del conflitto di interessi, decide il C.E., ma il componente interessato al conflitto d'interessi non potrà partecipare alla votazione.

Articolo 20
Elementi della valutazione

1. Ai fini della valutazione delle sperimentazione, il C.E. deve considerare i seguenti elementi:

a) L'applicabilità alla sperimentazione proposta, del giudizio di notorietà sul farmaco di non nuova istituzione o dell'esito degli accertamenti dell'I.S.S. sulla composizione e innocuità del farmaco da sperimentare, per i medicinali di nuova istituzione;

b) L'adeguatezza del protocollo e delle schede di raccolta dati, in relazione agli obiettivi dello studio, l'analisi statistica e l'efficienza scientifica e la giustificazione dei rischi prevedibili e degli inconvenienti, calcolati in rapporto ai benefici attesi per i soggetti;

c) La validità scientifica dello studio clinico e la rispondenza dell'impostazione scientifica della sperimentazione clinica dei medicinali nelle linee guida europee di buona pratica clinica, con speciale attenzione a quelle in età pediatrica se la sperimentazione è effettuata su soggetti di minore età, semprechè limitata ai fini terapeutici;

d) La fattibilità della sperimentazione, con riferimento all'adeguatezza del numero dei soggetti da arruolare per la durata dello studio, agli spazi, alle risorse tecnologiche e di personale dell'Azienda, alla sostenibilità e convenienza dei costi per l'Azienda;

e) Gli aspetti etici della sperimentazione, con particolare attenzione al consenso informato, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- la qualità della comunicazione e dell'informazione;
- la comprensione dell'informazione;

- la libertà decisionale del paziente;
- la capacità decisionale del paziente.

f) L'informazione ai soggetti arruolati sulle misure e le modalità da seguire per il risarcimento di danni alla persona, attribuibili alla partecipazione allo studio;

g) Le modalità con cui sarà prodotto l'arruolamento iniziale dei soggetti;

h) L'assicurazione che i soggetti arruolati saranno informati di ogni altro dato, per loro rilevante che diventasse disponibile durante lo studio;

i) Le misure adottate per ricevere e rispondere a dubbi e reclami dei soggetti arruolati nel corso dello studio;

j) La competenza e l'idoneità dello sperimentatore per lo studio proposto, attraverso l'esame del suo curriculum vitae aggiornato e/o di ogni altra documentazione pertinente eventualmente richiesta dal C.E.;

k) L'adeguatezza e la disponibilità della struttura e dello staff di supporto, l'organizzazione degli interventi di emergenza, durante tutto il corso della sperimentazione, incluso il follow-up dei soggetti;

l) le condizioni della fornitura, da parte del proponente, di eventuali attrezzature, non in possesso della struttura, ove dovrà svolgersi la sperimentazione, necessarie alla sperimentazione stessa;

m) I rischi e gli inconvenienti prevedibili rispetto al beneficio atteso, a tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere di tutti i soggetti che partecipano allo studio, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili;

n) L'esistenza di eventuali precedenti pareri negativi di altri C.E. sulla sperimentazione proposta;

o) Gli aspetti economici per eventuali compensi allo sperimentatore ed al personale coinvolti nella sperimentazione, per rimborso degli oneri di funzionamento del comitato e tutte le spese aggiuntive che l'azienda o gli stessi pazienti dovranno affrontare per effetto della sperimentazione;

p) L'entità degli eventuali compensi per i volontari sani;

q) L'idoneità della copertura assicurativa dei soggetti in sperimentazione, da qualunque danno derivante direttamente o indirettamente dalla sperimentazione stessa e degli sperimentatori rispetto alla responsabilità civile verso terzi;

r) Le misure che saranno adottate per assicurare la riservatezza dei dati personali dei soggetti arruolati nel rispetto della legge.

Articolo 21
Decisione

1. Il C.E. terminate le operazioni di valutazione di cui agli articoli 20e 21 del presente regolamento delibera sull'approvazione della proposta di sperimentazione presentata, utilizzando un apposito modulo predisposto.

2. La deliberazione deve contenere in particolare i seguenti elementi:

a) i dati identificativi della sperimentazione (titolo e data del protocollo dello studio esaminato);

b) l'elenco degli altri documenti esaminati;

c) il nominativo di chi ha presieduto la seduta e dei componenti che hanno partecipato alla votazione, con l'indicazione di coloro che hanno eventualmente espresso parere contrario o di astensione;

d) la formulazione della decisione raggiunta, corredata delle motivazioni a sostegno;

e) in caso di approvazione dello studio, gli intervalli del monitoraggio, le eventuali prescrizioni, raccomandazioni ed osservazioni, relative agli aspetti tecnici (es. modifiche al protocollo, al modulo del consenso informato e delle relative informazioni), economici ed amministrativi dello studio clinico;

f) la data e la firma del Segretario e di chi ha presieduto la seduta.

Articolo 22
Formulazione della decisione

1. La decisione del Comitato può essere formulata secondo le seguenti tipologie:

a) approvazione, all'unanimità od a maggioranza, dello studio, con l'indicazione che il protocollo potrà essere attuato e dovrà essere svolto nell'osservanza di eventuali prescrizioni o raccomandazioni e/o dell'eventuale richiesta di alcune modifiche, alla cui accettazione espressa dello sponsor e dello sperimentatore ed ottemperanza è subordinato l'inizio della sperimentazione;

b) rinvio, a seguito della necessità di richiedere allo sponsor od allo sperimentatore ulteriori informazioni;

c) non approvazione, all'unanimità od a maggioranza, dello studio, con l'indicazione delle relative motivazioni.

Articolo 23
Comunicazioni

1. La deliberazione del C.E. sulla valutazione della proposta di sperimentazione , entro cinque giorni dalla sua adozione viene notificata per iscritto al proponente ed allo sperimentatore, e per conoscenza, entro trenta giorni al Ministero della Sanità.

2. Le stesse disposizioni si applicano anche nei casi previsti dagli artt. (deviazioni o modifiche del protocollo di studio-comunicazioni ed informazioni dello sperimentatore) del presente regolamento.

Articolo 24
Giudizio di notorietà

1. La richiesta del giudizio di notorietà, a cura del proponente la sperimentazione, deve essere compilata e corredata della relativa documentazione nei modi previsti dalle vigenti disposizioni ministeriali (alla data del presente regolamento, si rinvia a quanto disposto dalla circolare del Ministero della Sanità 10 luglio 1997, n. 8, pubblicata sulla G.U. n. 168 del 21/07/1997).

2. A tale domanda, da presentarsi in modo separato dalla richiesta di autorizzazione alla sperimentazione, dovranno essere inoltre allegate eventuali comunicazioni di esiti sfavorevoli all'esenzione degli accertamenti, relativi allo stesso medicinale, anche se per sperimentazione

b) l'elenco degli altri documenti esaminati;

c) il nominativo di chi ha presieduto la seduta e dei componenti che hanno partecipato alla votazione, con l'indicazione di coloro che hanno eventualmente espresso parere contrario o di astensione;

d) la formulazione della decisione raggiunta, corredata delle motivazioni a sostegno;

e) in caso di approvazione dello studio, gli intervalli del monitoraggio, le eventuali prescrizioni, raccomandazioni ed osservazioni, relative agli aspetti tecnici (es. modifiche al protocollo, al modulo del consenso informato e delle relative informazioni), economici ed amministrativi dello studio clinico;

f) la data e la firma del Segretario e di chi ha presieduto la seduta.

Articolo 22
Formulazione della decisione

1. La decisione del Comitato può essere formulata secondo le seguenti tipologie:

a) approvazione, all'unanimità od a maggioranza, dello studio, con l'indicazione che il protocollo potrà essere attuato e dovrà essere svolto nell'osservanza di eventuali prescrizioni o raccomandazioni e/o dell'eventuale richiesta di alcune modifiche, alla cui accettazione espressa dello sponsor e dello sperimentatore ed ottemperanza è subordinato l'inizio della sperimentazione;

b) rinvio, a seguito della necessità di richiedere allo sponsor od allo sperimentatore ulteriori informazioni;

c) non approvazione, all'unanimità od a maggioranza, dello studio, con l'indicazione delle relative motivazioni.

Articolo 23
Comunicazioni

1. La deliberazione del C.E. sulla valutazione della proposta di sperimentazione , entro cinque giorni dalla sua adozione viene notificata per iscritto al proponente ed allo sperimentatore, e per conoscenza, entro trenta giorni al Ministero della Sanità.

2. Le stesse disposizioni si applicano anche nei casi previsti dagli artt. (deviazioni o modifiche del protocollo di studio-comunicazioni ed informazioni dello sperimentatore) del presente regolamento.

Articolo 24
Giudizio di notorietà

1. La richiesta del giudizio di notorietà, a cura del proponente la sperimentazione, deve essere compilata e corredata della relativa documentazione nei modi previsti dalle vigenti disposizioni ministeriali (alla data del presente regolamento, si rinvia a quanto disposto dalla circolare del Ministero della Sanità 10 luglio 1997, n. 8, pubblicata sulla G.U. n. 168 del 21/07/1997).

2. A tale domanda, da presentarsi in modo separato dalla richiesta di autorizzazione alla sperimentazione, dovranno essere inoltre allegate eventuali comunicazioni di esiti sfavorevoli all'esenzione degli accertamenti, relativi allo stesso medicinale, anche se per sperimentazione

diverse, comunque espressi dalle autorità competenti nei dodici mesi precedenti alla presentazione della domanda.

3.Sulla base della documentazione presentata, il C.E. esprime giudizio sulla notorietà del farmaco, che si intende sottoporre a sperimentazione.

4. Nella seduta deliberante, è necessaria la presenza del componente farmacologo.

5. Qualora il C.E. ritenga che il medicinale debba essere sottoposto agli accertamenti di cui all'art. 1, comma 1, lettera c, del D.P.R. n. 754/94, il procedimento per l'approvazione della sperimentazione viene sospeso.

6. La deliberazione del Comitato sulla richiesta del giudizio di notorietà, ha la responsabilità di garantire che per i farmaci proposti per la ricerca clinica sono disponibili sufficienti dati sulla qualità e sulla sicurezza d'impiego nell'uomo in rapporto alla indicazione terapeutica proposto.

Articolo 25
Durata del procedimento

1. Il procedimento per la richiesta del giudizio di notorietà e di autorizzazione della sperimentazione clinica dei medicinali deve concludersi entro 60 giorni, dalla data di recezione della domanda.

TITOLO IV
ASPETTI ECONOMICI DELLA SPERIMENTAZIONE

Articolo 26
Finanziamento della sperimentazione

1. In caso di autorizzazione alla sperimentazione, sono posti a carico del proponente la sperimentazione i seguenti oneri:

a) La fornitura del materiale occorrente per la sperimentazione, come meglio disciplinato negli artt. 27 e 28;

b) Tutte le spese aggiuntive che la struttura, ove avverrà la sperimentazione, o gli stessi pazienti dovranno affrontare per effetto della sperimentazione, come meglio sperimentato nell'art. 29;

c) Una quota degli oneri di finanziamento del C.E. e della sua segreteria, come meglio disciplinato nell'art. 30;

d) I compensi allo sperimentatore ed al suo personale sanitario, tecnico ed amministrativo, coinvolto nella sperimentazione, come meglio disciplinato nell'art. 31.

2. Le sopraelencate condizioni sono valutate dal C.E. in sede di approvazione della sperimentazione previo accordo con il proponente, e trascritte nell'atto convenzionale di cui all'art. 32.

Articolo 27
Fornitura dei prodotti in sperimentazione

1. I campioni dei prodotti medicinali da impiegare nella sperimentazione clinica debbono essere inviati, a cura e spese dello sponsor, al servizio della farmacia che provvederà alla loro registrazione

2. Lo sponsor dovrà inoltre informare dettagliatamente il Servizio di Farmacia circa il numero di lotto, le caratteristiche del farmaco in questione, la sua attività e validità nel tempo, la sua conservazione.

3. Al termine dello studio, su indicazione del responsabile della sperimentazione, il prodotto inutilizzato verrà restituito dal Servizio di Farmacia allo sponsor, conservando però una quantità di prodotto campione.

4. Al fine di rendere possibile la verifica della corrispondenza tra il materiale consegnato e quello effettivamente utilizzato, i documenti attestanti l'utilizzazione o la restituzione del materiale inutilizzato dovranno essere controfirmati e conservati agli atti del Servizio di Farmacia interessato.

Articolo 28
Fornitura di attrezzature

1. Nel caso che per la sperimentazione proposta siano necessarie attrezzature ed altro materiale inventariabile, non in possesso della struttura ove dovrà svolgersi la sperimentazione, il proponente avrà cura di fornire in comodato gratuito, per tutto il tempo necessario alla sperimentazione.

2. Tali attrezzature, che dovranno essere a norma delle disposizioni vigenti sulla sicurezza, dovranno essere preventivamente assicurate, a cura e spese del proponente, contro i danni a terzi, il furto ed il rischio elettronico.

3. Le attrezzature sono consegnate allo sperimentatore, mediante verbale di consegna, che le custodirà e conserverà con la diligenza del buon padre di famiglia.

4. Al termine della sperimentazione, le attrezzature sono restituite al proponente, mediante verbale, nello stato in cui si trovano e senza alcun onere a carico dell'Azienda per l'eventuale deterioramento.

5. In caso di vizi o difetti delle attrezzature fornite, il proponente si dovrà impegnare a ritirarle ed a sostituirle a proprie spese.

6. Sono rimborsate dall'Azienda l'eventuali spese sostenute, urgenti e necessarie alla conservazione dell'attrezzatura fornita.

7. Le spese relative al funzionamento delle attrezzature sono invece quantificate tra le spese aggiuntive di cui all'art. 29 del presente regolamento.

Articolo 29
Spese aggiuntive

1. Al termine della sperimentazione sono addebitate al proponente la sperimentazione, mediante apposita fattura, tutti i costi aggiuntivi che la struttura abbia dovuto sostenere per effetto della sperimentazione, per accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio, e per visite mediche specialistiche, a favore dei soggetti arruolati.

2. Tali costi sono valutati secondo i tariffari in vigore.

Articolo 30
Oneri funzionamento Comitato e Ufficio segreteria

1. Il proponente, all'atto della presentazione della domanda, è tenuto a corrispondere la somma stabilita dall'Azienda, quale quota di rimborso degli oneri sostenuti per il funzionamento del Comitato e del suo Ufficio di Segreteria.

2. Tale quota potrà essere modificata dal Comitato, in aumento o in diminuzione, all'inizio di ogni anno solare, a seguito del rendiconto delle spese di funzionamento, effettivamente sostenute nell'anno precedente, rilevate dalla competente struttura dell'Azienda.

Articolo 31
Compensi allo sperimentatore ed al personale sanitario,tecnico ed amministrativo coinvolto nella sperimentazione

1. Allo sperimentatore ed al personale sanitario, tecnico ed amministrativo coinvolto nella sperimentazione verrà corrisposto, a carico del proponente, un compenso per l'attività svolta, comprensivo di una quota da destinare all'Azienda, stabilita da quest'ultima, per rimborso spese generali.

2. Il C.E. valuta la congruità dell'ammontare da tale compenso e ne determina i criteri di ripartizione tra le varie figure professionali interessate.

3. L'ammontare del compenso viene corrisposto dal proponente al termine della sperimentazione, entro 30 giorni dal ricevimento dell'apposita fattura emessa dall'Azienda.

4. In caso di abbandono della sperimentazione da parte dello sponsor o dei soggetti arruolati, i compensi sono proporzionalmente ridotti.

Articolo 32
Convenzione

1. Con l'autorizzazione alla sperimentazione, il proponente viene invitato a stipulare una convenzione, nella quale viene stabilito quanto segue:

a) il nominativo dello sperimentatore e le relative responsabilità nella sperimentazione;

b) le modalità di svolgimento della sperimentazione e di arruolamento dei soggetti;

c) la fornitura del materiale occorrente alla sperimentazione;

d) gli aspetti assicurativi ed economici della sperimentazione;

e) la gestione dati;

f) le responsabilità dello sponsor.

2. La sperimentazione non potrà essere iniziata se non dopo la stipula della convenzione di cui sopra.

TITOLO V
PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO DELLA SPERIMENTAZIONE

Articolo 33
Intervalli di monitoraggio

1. Durante l'effettuazione della sperimentazione, ciascun protocollo di studio è sottoposto a monitoraggio, anche mediante accessi nella struttura ove si svolge la sperimentazione, almeno una volta, se è di breve durata, o almeno una volta l'anno, se è di durata annuale o più lunga.

2. Il Comitato, inoltre, procede al monitoraggio della sperimentazione nel caso di:

a) verificarsi di eventi avversi, seri e inaspettati, sui soggetti umani;

b) eventuale deviazione dal protocollo, o modifiche allo stesso, tali che aumentino il rischio per i soggetti e/o che indicano significativamente sulla conduzione dello studio;

c) nuove informazioni che possano incidere negativamente sulla sicurezza dei soggetti o sulla conduzione dello studio;

d) sperimentazione con caratteristiche tali, per cui sia necessario avere informazioni dopo il trattamento dei primi casi.

Articolo 34
Deviazioni o modifiche del protocollo di studio

1. Lo sperimentatore deve condurre la sperimentazione approvata dal Comitato in conformità al protocollo di studio.

2. Ogni deviazione o modifica dal protocollo deve essere preventivamente approvata dal Comitato, salvo quando ciò sia necessario per eliminare un rischio immediato per i soggetti partecipanti alla sperimentazione, in tal caso la deviazione od il cambiamento, le ragioni di ciò e le modifiche del protocollo sono immediatamente portate a conoscenza del Comitato, per l'approvazione, ad allo sponsor.

Articolo 35
Comunicazioni e informazioni dello sperimentatore

1. Nel corso della sperimentazione, lo sperimentatore deve immediatamente comunicare al Comitato:

a) ogni deviazione o modifica dal protocollo;

b) tutte le reazioni avverse ai farmaci (ADR) che siano sia serie e inattese.

2. Inoltre, periodicamente, negli intervalli decisi dal Comitato in sede di approvazione della sperimentazione, lo sperimentatore invia al Comitato una breve relazione scritta sull'andamento e sulla situazione dello studio.

3. Per i casi di morte segnalati, lo sperimentatore dovrà fornire al Comitato ed allo sponsor ogni eventuale informazione supplementare richiesta.

4. Nel caso di non ottemperanza da parte dello sperimentatore di fornire le comunicazioni ed i rapporti periodici richiesti, il Comitato deciderà le opportune azioni.

Articolo 36
Conclusione anticipata o sospensione dello studio

1. Il Comitato deve essere prontamente informato nei casi in cui lo sperimentatore o lo sponsor concludono anticipatamente o sospendono uno studio, ricevendo in merito spiegazioni scritte e dettagliate della conclusione della sospensione dello studio.

2. Il Comitato stesso può a sua volta, ogni volta che venga a conoscenza di elementi che potrebbero pregiudicare la sicurezza, il benessere ed i diritti dei soggetti coinvolti nello studio, valutare di porre fine anticipata o di sospendere la sua precedente approvazione, comunicando ciò al Direttore Generale dell'Azienda, allo sperimentatore, allo sponsor ed al Ministero della sanità, con spiegazioni scritte e dettagliate.

Articolo 37
Completamento dello studio

1. Al termine della sperimentazione, su carta intestata dell'Azienda contenente l'intestazione della struttura sanitaria ove è stata svolta la sperimentazione, deve essere redatta a firma del responsabile la relazione clinica sullo studio effettuato.

TITOLO VI
PROCEDURE DI ARCHIVIAZIONE E DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE.

Articolo 38
Archiviazione della documentazione

1. Tutta la documentazione presentata al comitato e la corrispondenza relativa alla sua attività viene protocollata ed archiviata, a cura dell'Ufficio di Segreteria.

2. La documentazione concernente le singole sperimentazioni approvate viene conservata per almeno tre anni, mentre l'altra documentazione viene conservata per almeno dieci anni.

3. L'archiviazione e la conservazione della documentazione viene effettuata nel rispetto delle norme sulla tutela, la riservatezza ed il trattamento dei dati personali.

Articolo 39
Accesso alla documentazione

1. Il Comitato rende pubblicamente disponibili ai soggetti interessati la propria composizione, il proprio regolamento, i verbali delle riunioni.

2. L'accesso all'altra documentazione è consentito nei limiti ed alle condizioni stabiliti dalle leggi n. 241/90 e 675/96, e successive modificazioni.

3. Le richieste di accesso sono istruite e valutate dell'Ufficio di Segreteria, nel rispetto delle norme del presente articolo.

TITOLO VII
NORME FINALI

Articolo 40
Modulistica

1. Al fine di facilitare le procedure previste per la presentazione e l'istruttoria delle domante di sperimentazione, per l'esame dei protocolli di studio da parte del Comitato, per l'emissione del parere in ordine allo studio proposto, per l'elaborazione del giudizio di notorietà, il Comitato predispone dei modelli, da utilizzare per la sua attività e di quella dell'Ufficio di Segreteria.

Articolo 41
Modifiche al regolamento

1. Il presente regolamento può essere modificato, in tutto od in parte, durante il periodo di validità del Comitato, con il voto favorevole dei 2/3 dei componenti, con esclusione di quelli decaduti o dimissionari.

Articolo 42
Rinvio

1. Per quanto non previsto dal presente regolamento, si rinvia alla normativa statale ed alle disposizioni ministeriali vigenti, in materia di sperimentazioni cliniche.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATO N.2

REGOLAMENTO IN MATERIA DI AFFIDAMENTO, VALUTAZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

ALLEGATO N.2

REGOLAMENTO IN MATERIA DI AFFIDAMENTO, VALUTAZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

SOMMARIO

Articolo 1	Oggetto del regolamento
Articolo 2	Tipologia degli incarichi dirigenziali
Articolo 3	Criteri per il conferimento degli incarichi
Articolo 4	Conferimento degli incarichi di struttura
Articolo 5	Conferimento degli incarichi professionali
Articolo 6	Durata degli incarichi
Articolo 7	Attribuzione e responsabilità dei dirigenti
Articolo 8	Gestione per obiettivi
Articolo 9	Valutazione dei dirigenti
Articolo 10	Valutazione dei risultati della gestione
Articolo 11	Valutazione al termine e nel corso dell'incarico dei dirigenti sanitari
Articolo 12	Valutazione al termine dell'incarico dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali
Articolo 13	Valutazione straordinaria
Articolo 14	Provvedimenti conseguenti alle verifiche
Articolo 15	Conferimento di incarichi mediante contratti a tempo determinato
Articolo 16	Sostituzione dei dirigenti
Articolo 17	Norma finale

REGOLAMENTO IN MATERIA DI AFFIDAMENTO, VALUTAZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Articolo 1
Oggetto del regolamento

1. In attuazione della normativa vigente e dei contratti di lavoro e in attesa dell'emanazione dei provvedimenti conseguenti decreto legislativo 19 giugno1999, n.229 di modifica del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n, 502, il presente regolamento contiene disposizioni concernenti la tipologia degli incarichi dirigenziali, i criteri e le modalità di conferimento degli stessi, le attribuzioni, gli obblighi e le responsabilità dei dirigenti, le relative modalità di valutazione nonché i casi e le modalità di revoca degli incarichi dirigenziali.

Articolo 2
Tipologia degli incarichi dirigenziali

1. Gli incarichi dirigenziali possono essere di direzione di struttura e incarichi di natura professionale.

2. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice e complessa, sono quelli che, oltre ai compiti derivanti dalla specifica qualificazione professionale, comportano la direzione di una articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

3. Gli incarichi di natura professionale si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico – funzionale di base nella disciplina o professionalità di appartenenza. Tali incarichi possono essere anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.

4. E' fatto salvo quanto stabiliscono le disposizioni contenute nel Titolo IV, Capo I, CC.NN.LL. -quadriennio 1998-2001- di entrambe le aree della dirigenza del S.S.N.

Articolo 3
Criteri per il conferimento degli incarichi

1. A ciascun dirigente è affidato un incarico dirigenziale. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti avuto riguardo all'assetto organizzativo aziendale, alla natura e alle caratteristiche degli stessi nonché ai programmi da realizzare e agli obiettivi fissati e sulla base del curriculum formativo e professionale del personale interessato, nel rispetto della normativa contenuta nel D.Lgs. 502/1992 modificato dal D.Lgs.229/1999, con particolare riferimento all'articolo 15, comma 4 e tenendo conto dei seguenti criteri:

a) attitudini e capacità professionali, con riferimento anche alle doti di leadership, di capacità di motivazione dei dipendenti, di collaborazione con gli altri dirigenti nonché di disponibilità al cambiamento e all'assunzione di responsabilità;

b) attività direzionali, organizzative e professionali in precedenza svolte, risultati conseguiti, desumibili dalla verifiche previste dal presente regolamento;

c) ampiezza, vastità e complessità delle esperienze professionali già maturate;

d) attività formative e di studio nell'ambito dell'area professionale di appartenenza;

e) attività didattica eventualmente svolta presso università o scuole di formazione in materie attinenti al servizio sanitario;

f) produzione scientifica attinente all'area gestionale o professionale di appartenenza;

g) attuazione del criterio della rotazione degli incarichi finalizzandolo al migliore utilizzo delle risorse umane e sempreché lo stesso sia compatibile con lo sviluppo della professionalità del dirigente.

2. Sono presi in considerazione ai fini del conferimento degli incarichi di cui al comma 1 i risultati delle valutazioni di cui al presente regolamento ivi compresi eventuali comportamenti in contrasto con i doveri d'ufficio e professionali rilevati e sanzionati nelle sedi competenti nel periodo di svolgimento del precedente incarico.

3. Gli incarichi di struttura implicano il rapporto di lavoro esclusivo ai sensi del D.Lgs.502/1992, modificato dal D.Lgs.229/1999.

Articolo 4
Conferimento degli incarichi di struttura

1. Gli incarichi di direzione di struttura sono conferiti con provvedimento motivato del Direttore generale su proposta del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo.

2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 15 quinquies, comma 7 del D.lgs 502/1992, modificato dal D.lgs. 229/1999, dall'articolo 15 del presente regolamento e quanto diversamente stabilito dalla normativa vigente, gli incarichi di direzione di struttura complessa riguardanti le professioni mediche e sanitarie sono conferiti come previsto al comma 1, previo avviso da pubblicare sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, nell'ambito di una rosa di candidati selezionati da una apposita commissione. La commissione è nominata dal Direttore generale ed è composta dal Direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti ad una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal Direttore generale ed uno dal Consiglio dei sanitari, in attesa della costituzione del Collegio di direzione.

3. Ai fini del conferimento degli incarichi di direzione di struttura semplice, è acquisito il parere del dirigente della struttura di livello superiore e, nel caso di dipartimenti a struttura, del direttore di dipartimento.

4. Per la rotazione in ambito aziendale degli incarichi di posizione di pari livello e della stessa disciplina, al personale della dirigenza sanitaria si prescinde dalla procedura di cui al comma 2.

5. In caso di mancata accettazione dell'incarico si applica quanto previsto all'articolo 6, comma5.

Articolo 5
Conferimento degli incarichi professionali

1. Gli incarichi professionali sono conferiti con provvedimento motivato del Direttore generale su proposta motivata e non vincolante del dirigente responsabile della struttura di afferenza e previo parere del Direttore sanitario o del Direttore amministrativo ovvero di entrambi in relazione alla natura della struttura stessa. Qualora trattisi di incarichi conferiti nell'ambito di dipartimenti a struttura viene acquisito anche il parere del dirigente di dipartimento.

2. In caso di inerzia del dirigente tenuto a formulare la proposta, decorsi quindici giorni dalla richiesta, la proposta è effettuata dal Direttore del dipartimento o, in caso di strutture non afferenti a dipartimenti, dal Direttore sanitario o dal Direttore amministrativo ovvero da entrambi in relazione alla natura della struttura stessa.

3. La mancata formulazione delle proposte da parte del dirigente responsabile entro il termine previsto al comma 2 costituisce, ove non adeguatamente motivata, elemento da tenere in considerazione ai fini delle valutazioni a norma del presente regolamento.

4. In caso di mancata accettazione dell'incarico, si applica quanto previsto all'articolo 6, comma 5.

Articolo 6
Durata degli incarichi

1. Gli incarichi dirigenziali di natura professionale e di direzione di struttura semplice hanno una durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo.

2. Gli incarichi dirigenziali di direzione di struttura complessa, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 15-quinquies, comma 7, del D.lgs. 502/1992 modificato dal D.lgs. 229/1999, hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve.

3. Il rinnovo degli incarichi di struttura semplice o complessa è effettuato a seguito delle verifiche svolte ai sensi degli articoli 11 e 12.

4. Il rinnovo degli incarichi professionali, ivi compresi quelli consistenti in attività di consulenza, studio e ricerca, in attività ispettive o di verifica e controllo nonché in attività di natura professionale anche ad alta specializzazione, tiene conto delle verifiche effettuate ai sensi dell'articolo 11.

5. Gli incarichi possono essere revocati dall'azienda anche prima della scadenza in caso di modificazione dell'assetto organizzativo aziendale. In tal caso, si procede ad affidare al dirigente interessato altro incarico secondo le procedure ed i criteri previsti dal presente regolamento, nel rispetto della normativa vigente e dei contratti di lavoro. Nel caso di impossibilità di ricollocazione del dirigente, sono adottati i provvedimenti previsti dalla normativa vigente e dai contratti di lavoro.

Articolo 7
Attribuzioni e responsabilità dei dirigenti

1. Ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, i dirigenti hanno il dovere di esercitare le attribuzioni derivanti dagli incarichi ad essi conferiti dall'Azienda. Essi sono tenuti a dare attuazione agli indirizzi e alle direttive della Direzione aziendale e del responsabile della struttura organizzativa di livello superiore, se esistente, a collaborare mediante proposte e pareri, ad assicurare il miglior funzionamento dell'organizzazione del lavoro e degli uffici nonché il miglior uso delle risorse.

2. I dirigenti sono responsabili, in particolare, a seconda della professionalità, della tipologia e del contenuto dell'incarico e in relazione alla normativa di organizzazione aziendale:

a) della direzione della struttura cui sono preposti;

b) del raggiungimento degli obiettivi, dei progetti e dei programmi loro assegnati e dei risultati conseguiti dall'unità operativa cui sono preposti;

c) della direzione del personale assegnato;

d) degli atti e delle attività di specifica competenza o loro delegati;

e) dell'efficiente ed efficace gestione delle risorse attribuite ivi compresi i poteri di spesa conferiti e i costi dei servizi nell'ambito delle risorse assegnate;

f) della qualità dei processi di competenza e, per i dirigenti sanitari, delle decisioni adottate per realizzare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni.

3. Nell'esercizio dei poteri, delle attribuzioni e delle relative responsabilità, i dirigenti sono tenuti al rispetto delle direttive ricevute ed assicurano che l'attività sia conforme ai criteri del buon andamento e dell'imparzialità della gestione. Hanno, inoltre, obbligo di lealtà e di fedeltà agli interessi del servizio e dell'Azienda nel suo complesso, di informazione, formazione e controllo nei confronti del personale assegnato, di specifica attenzione agli aspetti di soddisfazione degli utenti.

4. I dirigenti medici e sanitari nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni operano con autonomia tecnico professionale, i cui ambiti di attività sono progressivamente ampliati e verificati come previsto dal presente regolamento.

L'autonomia tecnico professionale è esercitata nel rispetto della collaborazione multiprofessionale nell'ambito degli indirizzi operativi e dei programmi di attività promossi, valutati e verificati come previsto dal presente regolamento.

5. Le disposizioni previste al comma precedente si applicano, in quanto compatibili e in relazione alla normativa contenuta nei rispettivi contratti di lavoro, ai dirigenti dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale.

Articolo 8
Gestione per obiettivi

1. La Direzione aziendale, con cadenza annuale, nell'ambito della missione e degli obiettivi strategici aziendali, stabilisce i programmi e gli obiettivi delle unità organizzative complesse individuate quali centri di responsabilità e di costo ai sensi della legge regionale 31 ottobre 1996, n.45. La definizione dei programmi e degli obiettivi è effettuata previa negoziazione con i relativi dirigenti, da effettuarsi con le procedure e le metodologie stabilite dalla Direzione aziendale. La Direzione aziendale emana coerenti direttive generali per il conseguimento degli obiettivi, per la gestione budgetaria e per il miglioramento dell'azione aziendale in funzione dei livelli di assistenza da garantire alla popolazione ed assegna le risorse umane, strumentali e finanziarie ritenute necessario al raggiungimento degli obiettivi stessi e dei risultati in termini di gestione.

2. I dirigenti delle unità organizzative aziendali complesse di cui al comma 1 provvedono a definire, con le procedure e le metodologie stabilite dalla Direzione aziendale, gli obiettivi specifici delle unità operative in esse comprese, previa negoziazione con i relativi dirigenti, formulando i programmi e le conseguenti direttive anche per i dirigenti con incarico professionale.

3. All'inizio di ogni anno, i dirigenti titolari di un incarico di struttura complessa sono tenuti a predisporre, con riferimento agli obiettivi definiti ai sensi dei commi precedenti:

a) un dettagliato programma di lavoro con indicazione degli obiettivi gestionali che la struttura organizzativa si impegna a conseguire nel corso dell'anno, la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'azienda, le risorse umane e strumentali di cui può disporre, le iniziative che intende avviare per il raggiungimento degli obiettivi assegnati nel contesto degli obiettivi e dei programmi generali dell'Azienda.

b) una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, con specificazione, in particolare:

1. dei risultati ottenuti;
2. delle risorse utilizzate;
3. dei tempi di definizione dei procedimenti amministrativi;
4. dei tempi di erogazione delle prestazioni;
5. dei rapporti con l'utenza;
6. della collaborazione fornita ad altre unità organizzative ovvero da queste ricevuta;
7. delle iniziative di comunicazione intema e di formazione in servizio svolte o attivate;
8. delle determinazioni assunte in materia di gestione del personale addetto ai fini dell'ottimale organizzazione della struttura cui è preposto, per la realizzazione dei programmi e degli obiettivi assegnati.

4. I programmi di lavoro e le relazioni di cui al comma 3 sono trasmessi alla Direzione generale per il tramite del dirigente della struttura di livello superiore, ove esistente, e, per i dipartimenti a struttura, del dirigente di dipartimento, anche ai fini del necessario coordinamento.

5. I dirigenti titolari di incarico di struttura predispongono annualmente, per i dirigenti con incarico professionale che operano nella struttura da essi diretta, il programma di attività e le conseguenti direttive finalizzati al raggiungimento degli obiettivi prefissati e al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza.

Articolo 9
Valutazione dei dirigenti

1. I risultati dei dirigenti sotto il profilo del conseguimento dei risultati raggiunti in funzione della gestione per obiettivi di cui all'articolo 8 sono verificati annualmente anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato con le modalità di cui all'articolo 10.

2. I dirigenti medici e sanitari, con incarico sia di natura professionale che di struttura, sono sottoposti a verifica triennale concernente lo svolgimento delle attività professionali e dei risultati raggiunti con le modalità di cui all'articolo 11.

3. Tutti i dirigenti di struttura semplice o complessa sono sottoposti a valutazione al termine dell'incarico con le modalità, a seconda del ruolo di appartenenza, di cui agli articoli 11 e 12 ai fini dell'eventuale conferma o revoca dell'incarico stesso ovvero dell'affidamento al dirigente interessato di altro incarico ai sensi dell'articolo 14.

4. I dirigenti possono essere valutati in via straordinaria nel corso dell'incarico, indipendentemente dalle valutazioni di cui ai commi precedenti e fatti salvi gli eventuali provvedimenti cautelari previsti dalla legislazione vigente, qualora vengano riscontrate violazioni particolarmente gravi e reiterate, che ostino alla prosecuzione dell'incarico stesso,

circa l'osservanza delle direttive ricevute, dell'imparzialità, della lealtà, della diligenza e del corretto adempimento ai propri doveri con le modalità di cui all'articolo 13.

Articolo 10
Valutazione dei risultati della gestione

1. Per la valutazione dei risultati della gestione per obiettivi la Direzione aziendale si avvale del Nucleo di valutazione istituito presso l'Azienda ai sensi dell'articolo 20 del DLgs. 165/2001 e con le caratteristiche delineate dal Titolo IV, capo II, CC.NN.LL. -quadriennio 1998-2001- di entrambe le aree della dirigenza S.S.N.

2. Il Nucleo di valutazione opera in posizione di autonomia con le modalità previste dal relativo regolamento nonché dal presente articolo.

3. Il Nucleo di valutazione, sulla base dell'istruttoria effettuata dalla struttura aziendale competente in materia di controllo di gestione, valuta annualmente la performance di ciascuna struttura organizzativa individuata quale centro di responsabilità e di costo ai sensi della legge regionale 31 ottobre 1996, n. 45, anche al fine dell'attribuzione ai relativi dirigenti della retribuzione di risultato, secondo quanto previsto in sede di contrattazione decentrata aziendale.

4.La valutazione è riferita ai risultati complessivi rispetto ai programmi e agli obiettivi definiti annualmente dalla Direzione aziendale e con riferimento al programma di lavoro e alla relazione dell'attività svolta redatti, rispettivamente, all'inizio e al termine di ogni esercizio dal dirigente come previsto al precedente articolo 9 e tenendo conto delle risorse utilizzate e dei costi eventualmente sostenuti.

5. La determinazione dello specifico apporto del personale dirigente che opera nell'ambito delle strutture organizzative individuate quali centri di responsabilità e di costo, anche ai fini dell'attribuzione, in misura totale o parziale, della retribuzione di risultato come previsto dai contratti decentrati aziendali, è effettuata dal dirigente della struttura stessa, sulla base dei programmi e degli obiettivi dallo stesso definiti ai sensi dell'articolo 8 e delle conseguenti direttive impartite ai dirigenti, ivi compresi quelli con incarico professionale.

Articolo 11
Valutazione al termine e nel corso dell'incarico dei dirigenti sanitari

1. La valutazione dei dirigenti medici e sanitari di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 9 è effettuata da un collegio tecnico nominato dal Direttore generale, composto dal Direttore del dipartimento di afferenza della struttura in cui operano i dirigenti da valutare con funzioni di presidente nonché da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale preposti ad una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal Direttore generale ed uno dal Consiglio dei sanitari, nelle more della costituzione del Collegio di direzione, fatta salva la diversa normativa che verrà emanata dalla Regione e nei contratti di lavoro. Per la valutazione dei direttori dei dipartimenti e in caso di strutture non afferenti ad un dipartimento, il Collegio tecnico è presieduto dal Direttore sanitario.

2. La valutazione triennale e al termine dell'incarico è complessiva. Quella al termine dell'incarico riguarda l'intera durata dell'incarico stesso. Le predette valutazioni tengono conto delle valutazioni annuali dei risultati della gestione e sono riferite alle attività professionali svolte, all'osservanza delle direttive ricevute all'atto del conferimento dell'incarico ovvero

successivamente nonché ai risultati della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa in relazione al livello e alla specificità dell'incarico stesso.

3. La valutazione di cui al presente articolo è finalizzata alla conferma o revoca dell'incarico ovvero all'affidamento al dirigente interessato di altro incarico di valenza economica uguale, superiore o inferiore a quello espletato, come previsto all'articolo 14 e dai contratti di lavoro. L'esito positivo della valutazione costituisce, in ogni caso, condizione per la conferma degli incarichi ovvero del conferimento di incarichi di maggior rilievo, professionali e gestionali.

Articolo 12
Valutazione al termine dell'incarico
dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali

1. La valutazione dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, salva diversa normativa, anche a livello contrattuale, è effettuata con le modalità previste dai seguenti commi.

2. Il Nucleo di valutazione, sulla base dell'istruttoria effettuata dalla competente struttura aziendale, valuta i dirigenti delle strutture organizzative individuate quali centri di responsabilità e di costo ai sensi della legge regionale 31 ottobre 1996, n.45, al fine della conferma o revoca dell'incarico ovvero dell'affidamento al dirigente interessato di altro incarico di valenza economica uguale, superiore o inferiore a quello espletato, come previsto dall'articolo 14 e dai contratti di lavoro.

3. La valutazione di cui al comma 1 è complessiva e riguarda l'intera durata dell'incarico. La valutazione è riferita all'osservanza delle direttive ricevute all'atto del conferimento dell'incarico ovvero successivamente nonché ai risultati della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa in relazione al livello e alla specificità dell'incarico stesso e tiene conto delle verifiche annuali esperite ai sensi dell' articolo 10.

4. La valutazione ai sensi e per gli effetti del presente articolo dei dirigenti che operano all'interno delle strutture organizzative individuate quali centri di responsabilità e di costo, è effettuata dal relativo dirigente. Tale valutazione per gli incarichi professionali di cui all'articolo 2, comma 4, è effettuata tenuto conto dell'operato dei dirigenti interessati in relazione all'osservanza delle direttive ricevute.

Articolo 13
Valutazione straordinaria

1. La valutazione straordinaria nel corso dell'incarico di cui all'art.9, comma 4, salva diversa normativa a livello regionale o contrattuale, è effettuata, previa istruttoria curata dal Direttore Amministrativo o dal Direttore sanitario, a seconda dell'area di appartenenza del dirigente:

a) per i dirigenti medici e sanitari dal Nucleo di valutazione integrato dal collegio tecnico di cui all'art.11;

b) per gli altri dirigenti dal Nucleo di valutazione.

2. La valutazione di cui al comma precedente è effettuata con le procedure previste all'articolo 14,commi 1,2, e 4.

Articolo 14
Provvedimenti conseguenti alle verifiche

1. Le valutazioni effettuate ai sensi degli articoli 11,12 e 13, ai fini dell'adozione dei conseguenti provvedimenti, sono sottoposte, con relazione scritta e motivata, al Direttore generale.

2. In caso di mancato conseguimento degli obiettivi e dei risultati attesi o di parziale realizzazione degli stessi, devono essere individuate le cause, l'imputabilità o meno del mancato conseguimento alla responsabilità del dirigente, nonché le eventuali irregolarità riscontrate nel processo gestionale.

3. Le valutazioni negative effettuate ai sensi dell'articolo 10, comma 3, 12 comma 4, sono sottoposte ad un ulteriore esame da parte del Nucleo di valutazione.

4. Nel caso di valutazioni negative, ivi comprese quelle di cui al comma precedente, il Nucleo di valutazione ovvero, per le valutazioni di cui all'articolo 11, l'apposito collegio tecnico, previa contestazione, acquisisce in contraddittorio, le controdeduzioni del dirigente interessato che sono inserite agli atti della verifica. Il dirigente può farsi assistere da una persona di sua fiducia. Al termine della predetta valutazione il Nucleo di valutazione ovvero l'apposito collegio tecnico riferisce al Direttore generale con relazione scritta e motivata, alla quale sono allegate le dichiarazioni eventualmente rese in contraddittorio dai dirigenti interessati.

5. La valutazione negativa per inosservanza ai propri doveri, alle direttive ricevute, per scarso o mancato impegno nel perseguimento degli obiettivi aziendali, per i risultati negativi nella gestione, imputabili alla personale responsabilità del dirigente, tenuto conto della loro gravità, fatta salva la diversa normativa emanata a livello nazionale e nei contratti di lavoro, può determinare:

a) la revoca dell'incarico e l'affidamento al dirigente interessato di altro incarico dirigenziale di valore economico inferiore;

b) la revoca dell'incarico e la conseguente perdita della componente variabile della retribuzione di posizione riferita all'incarico espletato, il mantenimento a titolo personale della componente fissa della retribuzione di posizione corrispondente ai valori di cui alle tabelle allegate ai relativi contratti nazionali collettivi di lavoro ed il collocamento dello stesso in disponibilità per la durata massima di un anno.

6. Qualora non sia possibile, per motivi organizzativi e di funzionalità, il conferimento di altro incarico di valore economico inferiore come previsto al precedente comma 5, lettera a), il dirigente è mantenuto nell'incarico già ricoperto con riduzione o perdita, *ad personam*, della componente variabile della retribuzione di posizione.

7. L'accertamento di responsabilità particolarmente gravi o reiterate da parte del dirigente, anche a seguito della valutazione di cui all'articolo 13, costituisce giusta causa di recesso dal rapporto di lavoro ai sensi e per gli effetti della normativa vigente e dei contratti di lavoro.

8. Ai dirigenti di posizione funzionale apicale alla data del 31 dicembre 1998 che non abbiano optato per il rapporto quinquennale ai sensi della pregressa normativa e non abbiano superato la verifica di cui all'art.15 quinquies, comma 7, del D.Lgs.502/1992 modificato dal D.Lgs.229/1999, e che, conseguentemente, non sono confermati nell'incarico con rapporto esclusivo per ulteriori sette anni, è conferito un incarico professionale no comportante la direzione di struttura, con il trattamento economico definito dai contratti collettivi nazionali di

lavoro. La verifica è effettuata dal collegio tecnico di cui all'articolo 11 ed è espletata con le procedure di cui all'articolo 12, commi 2 e 4 del presente regolamento.

9. I provvedimenti conseguenti alle verifiche previsti dal presente articolo sono adottati con atto motivato dal Direttore generale secondo quanto previsto dal presente regolamento.

10. Gli esiti delle valutazioni periodiche, finali e straordinarie, sono riportati nel fascicolo personale degli interessati e costituiscono elemento di valutazione per la Direzione aziendale in sede di affidamento degli incarichi e di rinnovo degli stessi.

Articolo 15
Conferimento di incarichi mediante contratti a tempo determinato

1. Il Direttore generale può conferire incarichi con contratto a tempo determinato nei casi, nei limiti e con le modalità previste dall'articolo 15 septies del D.Lgs.502/1992, modificato dal D.Lgs.229/1999.

2. Per il conferimento degli incarichi di cui al comma precedente nonché per la valutazione delle attività svolte, degli obiettivi raggiunti e dei relativi connessi provvedimenti si applica, in quanto compatibile con la tipologia e la natura dell'incarico, la normativa prevista dal presente regolamento.

Articolo 16
Sostituzione dei dirigenti

1. In caso di vacanza di funzione dirigenziale di direzione di struttura, conseguente a revoca o cessazione dal servizio del titolare, il Direttore attiva le procedure previste dalla normativa vigente per la sua sostituzione, qualora necessaria, in relazione ai provvedimenti di organizzazione dell'Azienda.

2. Nelle more dell'espletamento delle procedure di cui al comma precedente e in caso di vacanza temporanea superiore a due mesi, il Direttore generale conferisce, con le procedure previste dal presente regolamento, previo avviso interno, il relativo incarico ad altro dirigente della stessa area professionale e disciplina.

3. L'attribuzione temporanea dell'incarico dà diritto al temporaneo riconoscimento dello stipendio di posizione corrispondente al nuovo incarico. Restano invariate la retribuzione gabellare e, per i medici, l'indennità di specificità medica.

4. Salvo quanto previsto al comma precedente, l'esercizio temporaneo da parte dei dirigenti di funzioni di posizione funzionale superiore non comporta l'applicazione dell'articolo 2103, primo comma, del codice civile.

5.Per la sostituzione dei responsabili delle strutture organizzative aziendali per i casi di assenza o impedimento, si rinvia alla normativa vigente e ai contratti di lavoro

Articolo 17
Norma finale

1. Per quanto non previsto dal presente regolamento si applica la normativa nazionale e regionale vigente nonché i contratti di lavoro.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATO N.3

REGOLAMENTO CONCERNENTE L'ATTIVITA' CONTRATTUALE

ALLEGATO N.3

REGOLAMENTO CONCERNENTE L'ATTIVITA' CONTRATTUALE

SOMMARIO

Capo I **Disposizioni generali**
Articolo 1 Principi generali
Articolo 2 Ambito di applicazione
Articolo 3 Normativa applicabile
Articolo 4 Capitolati d'oneri
Articolo 5 Programmazione dell'attività contrattuale
Articolo 6 Modifiche al programma e contratti urgenti
Articolo 7 Struttura organizzativa competente
Articolo 8 Provvedimento a contrattare
Articolo 9 Responsabile del procedimento

Capo II **Attività negoziale**
Articolo 10 Principi
Articolo 11 Cause d'esclusione
Articolo 12 Criteri di aggiudicazione
Articolo 13 Procedura negoziale
Articolo 14 Commissioni di gara
Articolo 15 Presentazione delle offerte. Offerte anomale
Articolo 16 Forme di pubblicità degli esiti delle procedure contrattuali
Articolo 17 Elenco dei fornitori qualificati
Articolo 18 Incarichi professionali
Articolo 19 Spese in economia

Capo III **Il contratto**
Articolo 20 Conclusione di contratti. Tenuta dei contratti. Obblighi fiscali
Articolo 21 Depositi cauzionali
Articolo 22 Subappalto
Articolo 23 Rinnovo e proroga
Articolo 24 Aumento o diminuzione della prestazione
Articolo 25 Modifica contratti in corso

Capo IV **Accettazione dei beni, collaudi e verifiche di qualità**
Articolo 26 Disposizioni comuni
Articolo 27 Verifiche di qualità nella esecuzione di contratti di somministrazione
Articolo 28 Verifiche dì qualità per la fornitura di beni di valore inferiore a 50.000,00 Euro
Articolo 29 Verifiche e collaudo per la fornitura di beni ed attrezzature di valore superiore a 50.000,00 Euro
Articolo 30 Controllo sull'esecuzione di appalti di servizi

Capo V **Disposizioni finali e transitorie**
Articolo 31 Disposizioni transitorie

REGOLAMENTO CONCERNENTE L'ATTIVITA' CONTRATTUALE

Capo I
Disposizioni generali

Articolo 1
Principi generali

1. L'Azienda Sanitaria Locale Roma G è titolare della più ampia autonomia negoziale in materia contrattuale. Essa può essere parte di qualsiasi contratto sia passivo che attivo, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico. Non sono consentiti solo quei contratti i quali non siano, neppure indirettamente, strumentali al soddisfacimento degli interessi pubblici che fanno istituzionalmente capo all'Azienda. In ogni caso, la scelta contrattuale deve risultare come la più opportuna per il perseguimento dell'interesse pubblico che fa capo all'Azienda sanitaria.

2. L'Azienda Sanitaria conforma la propria attività contrattuale a criteri di efficacia, efficienza, trasparenza ed economicità, nel rispetto dei vincoli di spesa definiti a livello di bilancio ed altri atti della programmazione aziendale.

Articolo 2
Ambito di applicazione

1. Il presente Regolamento disciplina, ai sensi dell'art.3 del decreto legislativo n.229/1999 e s.m.i. e dell'atto di indirizzo emanato dall'Assessorato regionale Sanità e nei limiti di quanto disposto dalla normativa comunitaria e nazionale vigente, l'attività contrattuale dell'Azienda Sanitaria per l'acquisizione di forniture di beni e servizi di valore inferiore alla soglia di rilievo comunitario (controvalore in € di 200.000 D.S.P.) al netto di IVA.

2. Per acquisizioni di forniture e servizi di importo superiore alla soglia comunitaria si applicano le disposizioni comunitarie e le norme statali di recepimento.

Articolo 3
Normativa applicabile

1. L'attività contrattuale dell'Azienda Sanitaria è disciplinata dalle disposizione comunitarie e nazionali di recepimento, dalle norme del codice civile e di altre leggi speciali complementari, dalla normativa regionale e dal presente Regolamento.

2. Per la gestione di servizi socio sanitari assistenziali ed educativi nonché per la fornitura di beni e servizi, l'Azienda può avvalersi delle cooperative sociali ai sensi della legge 8 novembre 1991, n.381 e s.m.i.

Articolo 4
Capitolati speciali d'oneri

1. I capitolati speciali d'oneri che disciplinano l'esecuzione di ciascun contratto fanno riferimento ai capitolati regionali e statali vigenti, qualora la materia trattata fosse ivi disciplinata.

2. Per quanto non espressamente previsto dai capitolati speciali, si farà riferimento al Capitolato Generale d'oneri per l'affidamento degli appalti di forniture di beni e servizi, che disciplina le condizioni e le clausole generali da applicare per le forniture e i servizi occorrenti all'Azienda Sanitaria.

Articolo 5
Programmazione dell'attività contrattuale

1. L'Azienda provvede alla programmazione annuale delle forniture e dei servizi. Il programma annuale dell'attività contrattuale è adottato dal Direttore Generale su proposta della struttura competente.

2. In relazione a gruppi omogenei di beni e servizi, il programma individua l'oggetto, l'importo presunto, la forma di finanziamento prescelta.

3. Il programma è affisso all'Albo dell'Azienda Sanitaria ed è inoltre data notizia mediante adeguata pubblicità nelle forme e nei modi di cui al D.P.R. 573/94.

Articolo 6
Modifiche al programma e contratti urgenti

1. Il Direttore Generale può integrare o modificare nel corso dell'anno il provvedimento di programmazione.

2. Qualora circostanze imprevedibili ed urgenti determinino la necessità di avviare una procedura contrattuale non prevista nel programma e nei successivi aggiornamenti, il responsabile della struttura competente acquisisce la previa autorizzazione del Direttore Generale.

Articolo 7
Struttura organizzativa competente

1. L'attività contrattuale dell'Azienda Sanitaria finalizzata all'acquisizione di forniture di beni e servizi di cui al presente regolamento, fatti salvi gli approvvigionamenti in regime di delega previsti dall'atto aziendale e, ad eccezione di quanto previsto all'art. 18 del presente regolamento, viene svolta dalle UU.OO del Coordinamento Gestione Risorse Materiali e Strumentali secondo le rispettive competenze, ovvero dai relativi Servizi che tali Settori compongono.

Articolo 8
Provvedimento a contrattare

1. Per addivenire alla conclusione di ciascun contratto di importo superiore a Euro 35.000,00 iva esclusa e per poter avviare le relative procedure è necessaria l'adozione di apposito provvedimento a contrattare. La competenza alla proposta di tale provvedimento è attribuita al Responsabile della struttura organizzativa individuata nel precedente articolo 7 del presente regolamento.

2. Con il medesimo provvedimento si approvano inoltre gli eventuali elaborati tecnico-amministrativi di gara (capitolati speciali, lettere invito, etc..).

3. Per la migliore organizzazione della gestione delle risorse, in considerazione della struttura logistica della ASL Roma G suddivisa in cinque Poli Ospedalieri, sei Distretti e in moduli dipartimentali, le funzioni relative all'espletamento dell'attività contrattuale per acquisti sotto soglia di cui al presente regolamento potranno essere delegate dal Direttore Generale anche ai Responsabili Amministrativi delle suddette strutture periferiche.

Articolo 9
Responsabile del procedimento amministrativo

1. Per ogni procedura di acquisto viene formalmente individuato all'interno della struttura competente di cui all'articolo 7 il responsabile del procedimento e l'intera procedura negoziale, dall'interpello all'individuazione del contraente, sarà condotta dal medesimo con l'eventuale ausilio di tecnici conoscitori o utilizzatori del bene o servizio (ingegneria clinica, sanitari, ufficio tecnico, CED etc..).

Capo II
Attività negoziale

Articolo 10
Principi

1. L'Azienda Sanitaria, per l'acquisto di beni e servizi di importo contrattuale inferiore alla soglia comunitaria, avvia opportune procedure di scelta dei contraenti nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia, economicità, concorrenzialità e trasparenza, ricorrendo di norma alla procedura negoziale di cui all'art.13.

2. L'attività di acquisizione di beni e servizi secondo norme di diritto privato deve conformarsi ai seguenti principi e criteri operativi:

a) i contratti si concretizzano con l'incontro, in forma scritta o per via telematica documentata, delle volontà delle parti;

b) deve essere garantita, per quanto possibile, concorrenzialità ampia, salvo che il costo della negoziazione risulti sproporzionato rispetto all'entità del contratto e salvi i casi di privativa industriale o esclusività tecnica;

c) in caso di monopolio legale o per accertata convenienza, è ammessa la stipulazione di contratti per adesione, con riferimento a tariffe, listini ed offerte di fornitura comunque acquisite in forma scritta o desunte da rete telematica;

d) le opportunità negoziali devono essere prospettate in modo paritario a tutti i concorrenti partecipanti ad una procedura negoziale, l'Azienda Sanitaria deve fare uso imparziale delle informazioni di cui è in possesso;

e) la negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti, uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti in fase di negoziazione;

f) l'Azienda può utilizzare tutti i sistemi di comparazione delle offerte pervenute, ivi comprese le forme più avanzate di commercio elettronico quali l'asta invertita ed il market place (per la cui utilizzazione verrà approvato successivo apposito regolamento) favorendo la possibilità per le ditte di conoscere le offerte presentate dalle ditte concorrenti allo scopo di consentire offerte a rilancio; saranno, inoltre, utilizzati i dati forniti dall'Osservatorio Prezzi Regionale e dalla CONSIP.

g) nella contrattazione l'oggetto dell'acquisto può variare nella configurazione per effetto di controproposte o approfondimento tecnologico. Il confronto finale dovrà avvenire sul medesimo oggetto contrattuale prospettato pariteticamente a tutti i concorrenti.

Articolo 11
Cause d'esclusione

1. Sono esclusi dalle procedure per l'affidamento di appalti i concorrenti che nell'esecuzione di contratti stipulati con l'Azienda Sanitaria appaltante o con altre pubbliche amministrazioni si siano resi colpevoli di grave ed accertata inadempienza contrattuale.

2. Sono altresì esclusi quei concorrenti che si trovino in una situazione per la quale, in base alla normativa nazionale vigente è prevista l'esclusione dalla partecipazione alle gare per l'affidamento di appalti pubblici, ovvero le ditte:

a) che si trovino in stato di fallimento, di liquidazione o cessazione di attività, di concordato preventivo, ovvero a carico dei quali sia in corso un procedimento per la dichiarazione di tali situazioni;

b) nei confronti del cui titolare, se trattasi di ditta individuale, dei cui soci, se trattasi di società in nome collettivo, dei cui soci accomandatari nel caso di società in accomandita semplice, dei cui amministratori con poteri di rappresentanza, se trattasi di altre società, sia stata pronunciata una condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla loro moralità o serietà professionale;

c) che si trovino in una delle condizioni che determinano la incapacità a contrarre con la pubblica. Amministrazione ai sensi della normativa antimafia vigente (art. 10 L.575/65 e art.4 D.Lgs. 490/94);

d) che non siano in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori o con il pagamento di imposte o tasse previste dalla legislazione vigente;

e) che non siano in regola con gli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, secondo la legislazione vigente;

f) che non siano in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

g) che si siano resi colpevoli di false dichiarazioni nel fornire informazioni richieste a norma del presente articolo.

Articolo 12
Criteri di scelta del contraente

1. Le forniture o i servizi oggetto dell'appalto sono affidati in base ad uno dei seguenti criteri:

a) al prezzo più basso, qualora la fornitura dei beni oggetto del contratto debba essere conforme ad appositi capitolati o disciplinari tecnici;

b) a favore dell'offerta economicamente più vantaggiosa, valutabile in base a criteri determinati dall'Azienda, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente per i contratti di importo superiore alla soglia comunitaria.

Articolo 13
Procedura negoziale

1. Si intende per procedura negoziale l'attività con cui l'Azienda Sanitaria consulta le imprese di propria scelta e negozia con una o più di esse i termini del contratto. L'Azienda procede interpellando di norma almeno tre soggetti.

2. I soggetti da interpellare sono scelti di norma tra i fornitori iscritti nell'apposito elenco aziendale utilizzando le informazioni in esso contenute relativamente al comportamento contrattuale delle ditte fornitrici e privilegiando, per quanto possibile, il criterio della rotazione all'interno della categoria interessata; non è tuttavia esclusa la possibilità di interpellare anche soggetti non iscritti nello stesso e dei quali si sia venuti a conoscenza.

3. L'Azienda Sanitaria può ricorrere a procedura negoziale preceduta da bando qualora riscontri difficoltà di predeterminare con sufficiente precisione le specifiche del bene o del servizio o di fissare preliminarmente un prezzo.

4. L'Azienda può prescindere dal formale confronto concorrenziale previa debita motivazione e, in ogni caso, qualora si verifichino le condizioni seguenti:

a) quando si tratti di acquisto di beni la cui produzione è garantita da privativa industriale ovvero di beni e servizi che una sola impresa può fornire con i requisiti tecnici ed il grado di perfezione richiesti;

b) qualora l'appalto risulti da un concorso di progettazione e debba, in base alle norme applicate nella fattispecie, essere aggiudicato ad uno dei vincitori del concorso; in tal caso tutti i vincitori devono essere invitati a partecipare alla procedura contrattuale;

c) nei casi di estrema urgenza determinati da eventi imprevedibili e non imputabili all'azienda limitatamente a quanto strettamente necessario per superare l'emergenza verificatasi;

d) per forniture complementari effettuate dal fornitore originario e destinate al rinnovo parziale di forniture o di impianti esistenti nel caso in cui il cambiamento di fornitore obblighi l'azienda ad acquisire prodotti il cui impiego o manutenzione comporti l'incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate; la durata di tali contratti non può di regola superare i tre anni;

e) in caso di forniture o servizi complementari non compresi nel primo contratto concluso che, a seguito di circostanze impreviste, siano divenuti necessari all'esecuzione della prestazione prevista nel contratto, purché l'importo non superi, nel suo complesso, il 50% dell'importo dell'appalto principale;

f) qualora si tratti dell'acquisto o della locazione di beni immobili;

g) per i prodotti fabbricati a puro scopo di ricerca, di prova, di studio o di messa a punto, a meno che non si tratti di produzione in quantità sufficiente ad accertare la redditività del prodotto o a coprire i costi di ricerca e messa a punto;

h) per le sole forniture di beni ad elevata tecnologia prodotti da un numero ristretto di aziende, ovvero per le sole forniture di beni per i quali si ritenga indispensabile avvalersi di particolari tecnologie o competenze tecniche possedute da un numero limitato di aziende;

i) per le pubblicazioni da effettuare su quotidiani o su altra stampa periodica;

j) per i contratti di importo inferiore a €.35.000, 00 iva esclusa.

5. Nei casi previsti nel precedente punto j) la struttura competente interpella le imprese di propria scelta e negozia con una o più di esse i termini del contratto. Il numero dei fornitori da interpellare è individuato in funzione del valore e tipologia dei prodotti da acquistare e della probabilità di trovare soluzioni alternative migliori. Tale procedura dovrà essere di volta in volta commisurata alla migliore efficacia esercitabile sia dal punto di vista del risultato economico –qualitativo, sia della tempestività dell'approvvigionamento. Le fasi in cui si svolge la procedura sono le seguenti: I. Interpello, II. Trattativa diretta, III. Parere tecnico, IV. Relazione di negoziazione.

I. Interpello: La comunicazione di interpello alla ditta può avvenire in ogni forma, ha natura informativa e di norma contiene le seguenti indicazioni:

- che si tratta di una mera indagine conoscitiva e che la proposta ricevuta sarà considerata come proposta contrattuale sulla quale la ASL avrà comunque facoltà di aprire un'eventuale trattativa qualora questa venga ritenuta opportuna in base ad autonome e discrezionali valutazioni della ASL.
- che la proposta dovrà essere palesata agli interpellati per massimizzare l'oggetto della competizione, anche nell'ottica di un'eventuale trattativa plurima con offerte a rilancio cui l'offerente potrà essere invitato a discrezione della ASL;
- che la ASL non è in alcun modo vincolata alla trattativa ne tanto meno all'acquisto e che, al contrario, essa potrà decidere, in presenza di una pluralità di offerte, di trattare con un solo soggetto;
- gli elementi essenziali del contratto, con particolare riguardo alla descrizione delle caratteristiche dei beni e servizi da acquistare, alla durata del contratto, ai quantitativi e a quant'altro necessario

per permettere agli offerenti la migliore conoscibilità per una offerta il più possibile precisa e puntuale.

II. Trattativa diretta: La successiva trattativa potrà essere esperita anche con uno solo degli interpellati o con alcuni di essi, a seconda di quanto ritenuto opportuno nell'interesse della ASL. La trattativa potrà investire tanto gli aspetti economici che altre condizioni contrattuali. La contrattazione con le ditte potrà avvenire in ogni forma, per iscritto, fax, e-mail e nei casi urgenti anche telefonicamente trascrivendo il contenuto dei colloqui che sarà comunque successivamente formalizzato. Le Ditte chiamate a trattare potranno, a seconda delle circostanze, essere convocate singolarmente e/o simultaneamente, con richiesta alle presenti di formulare l'ultima offerta. I dati riportati nella lettera di interpello potranno essere derogati a seguito di intesa con la controparte nel corso della negoziazione, con l'unico limite delle condizioni dichiarate immutabili nell'interpello. La trattativa sarà condotta dal responsabile del procedimento eventualmente coadiuvato, nella negoziazione, da un collaboratore e/o dai tecnici e sanitari competenti relativamente al bene o servizio oggetto dell'acquisto.

III. Parere tecnico: Qualora sia necessario acquisire il parere di un organismo tecnico operante all'interno dell'Azienda, esso dovrà essere formulato con la massima sollecitudine a far data dalla richiesta della struttura competente di cui all'articolo 7.

IV. Relazione di negoziazione: La scelta del contraente ritenuto più valido dovrà essere motivata nella relazione di negoziazione in cui dovrà essere illustrato, a cura del responsabile del procedimento, lo svolgimento di ciascuna fase della procedura negoziale. Tale relazione sarà firmata dal responsabile del procedimento e controfirmata dai collaboratori e dai tecnici eventualmente intervenuti alla negoziazione. L'approvazione in calce del Dirigente di struttura, con la quale si evidenzia la volontà dell'Amministrazione in ordine ad una determinata scelta, potrà costituire titolo per la successiva conclusione del contratto.

6. La struttura interessata, previa acquisizione della valutazione delle componenti tecniche, procede alla contrattazione con le ditte ritenute idonee e, se del caso, alla rinegoziazione delle offerte, quindi tratta con la ditta che ha presentato l'offerta ritenuta più conveniente. Il responsabile del procedimento durante la negoziazione deve garantire riservatezza, lealtà ed equidistanza nel rispetto degli artt. 1337 e 1338 C.C. che disciplinano la responsabilità pre-contrattuale.

7. La scelta del contraente ritenuto più valido deve essere motivata nella relazione di negoziazione di cui sopra.

8. Nei casi in cui l'importo del contratto sia compreso fra € 35.000,00 e la soglia di rilievo, fermo restando quanto previsto dall'articolo 8, il procedimento è avviato con l'inoltro della lettera d'invito a presentare offerta, il cui schema è approvato con il provvedimento a contrattare, repertoriata al protocollo della U.O. di competenza (con eventuale Capitolato d'oneri allegato), che deve contenere le principali disposizioni che regolano la procedura di scelta del contraente, le specifiche tecniche e le descrizioni operative della fornitura, le principali condizioni economiche e commerciali del rapporto, la documentazione richiesta, la modalità di espressione dell'offerta, i criteri di aggiudicazione, nonché l'individuazione del Responsabile del procedimento e ogni altra disposizione ritenuta utile.

9. Tali atti sono di competenza del responsabile del procedimento individuato in precedenza dal Responsabile dell'U.O. di competenza.

10. L'inoltro può avvenire con qualsiasi mezzo, fermo restando la necessità di comprovare lo stesso con ricevuta ovvero con verbale.

11. L'offerta economica, sottoscritta dal titolare o legale rappresentante della ditta (ovvero da procuratore speciale incaricato con atto pubblico) deve essere contenuta in busta, chiusa e sigillata con mezzo idoneo a garantirne la riservatezza, per consentire l'espletamento delle preliminari procedure di ammissione formale e di eventuale valutazione tecnica dei beni oggetto di gara da parte dei, volta per volta, competenti esperti di settore da individuarsi preferibilmente nell'ambito del personale della ASL. A seguito della valutazione dei suddetti esperti, si procederà all'apertura delle offerte economiche delle cui operazioni verrà redatto apposito processo verbale sottoscritto dal responsabile del procedimento, dal responsabile della struttura di cui all'articolo 7 e dall'esperto.

12. Durante la fase istruttoria il responsabile del procedimento può richiedere eventuali chiarimenti e/o integrazioni alle ditte concorrenti.

Articolo 14
Commissioni di gara

1. Nel caso in cui sia necessaria o comunque si ritenga opportuna la costituzione di una Commissione giudicatrice per la valutazione delle offerte su base tecnico-economica, alla nomina dei componenti della stessa provvede il Direttore Generale. La commissione è composta in numero dispari da un massimo di cinque esperti di comprovata esperienza nelle materie oggetto della valutazione, ove possibile scelti tra i dipendenti dell'Azienda aggiudicataria, in possesso delle necessarie competenze.

2. Con il provvedimento di nomina, il Direttore Generale determina altresì l'ammontare dei compensi spettanti ai componenti la commissione eventualmente chiamati dall'esterno dell'Azienda, ove non disciplinato diversamente da atti regolamentari aziendali.

Articolo 15
Presentazione delle offerte. Offerte anomale

1. Il termine per la presentazione delle offerte è determinato dalla tipologia dei beni e/o dei servizi oggetto della procedura d'acquisto e non può di norma essere inferiore a 7 giorni dalla data di invio della lettera d'invito; in caso di motivata urgenza il termine può essere ridotto. Una volta individuato l'aggiudicatario, il responsabile del procedimento può richiedere allo stesso un ulteriore sconto migliorativo sull'offerta originaria.

2. Si procede all'affidamento anche in presenza di una sola offerta valida, previa valutazione di congruità tecnico-economica della stessa.

3. Qualora alcune offerte presentino carattere anormalmente basso rispetto alla prestazione, il Responsabile della struttura organizzativa di cui all'art. 7, prima di escluderle, chiede per iscritto le precisazioni in merito agli elementi costitutivi dell'offerta ritenuti pertinenti e li verifica tenendo conto di tutte le spiegazioni ricevute; in particolare tiene conto delle giustificazioni riguardanti

l'economia del processo di fabbricazione, le soluzioni tecniche adottate, le condizioni eccezionalmente favorevoli di cui dispone il concorrente per fornire il prodotto, nonché dell'originalità del prodotto stesso.

Articolo 16
Forme di pubblicità degli esiti delle procedure contrattuali

1. Per i contratti di importo superiore a € 35.000,00 iva esclusa - il Responsabile della struttura organizzativa di cui all'art. 7 rende noti gli esiti delle procedure contrattuali ai concorrenti mediante apposita comunicazione inviata entro venti giorni dall'espletamento della procedura al domicilio degli stessi.

2. L'obbligo di comunicazione può essere assolto mediante affissione di apposito avviso all'Albo dell'Azienda Sanitaria. Di tale modalità deve essere data notizia al momento dell'invito a gara.

Articolo 17
Elenco dei fornitori qualificati

1. L'Azienda Sanitaria provvede alla costituzione, alla tenuta ed all'aggiornamento di un elenco dei fornitori, distinto per categorie e classi merceologiche. Tale elenco, regolarmente attivato, è stato istituito con deliberazione n. 781 del 11.07.2003 con la quale è stato, altresì approvato il relativo regolamento che viene allegato al presente documento.

Articolo 18
Incarichi professionali

1. L'Azienda si può avvalere di professionisti esterni per consulenze, indagini, ricerche, rilevazioni e simili.

2. L'incarico professionale, viene conferito:

a) quando tra il personale in servizio presso l'Azienda non esistono figure con adeguate competenze e con specifica professionalità;

b) il personale in servizio non è in grado di far fronte ai carichi di lavoro e/o alle scadenze di legge.

3. Il conferimento avviene con atto del Direttore Generale, dove sono specificati l'oggetto dell'incarico, la sua durata, le condizioni di espletamento, le forme di controllo, le eventuali penalità in caso di inadempimento, l'ammontare del compenso e le modalità di pagamento.

4. Per incarichi che comportino una spesa fino a Euro 41.316,55 iva inclusa la scelta del soggetto è effettuata sulla base della professionalità ed esperienza desumibile dal curriculum, da valutarsi in relazione allo specifico incarico da affidare.

5. Per incarichi di importo superiore, previa adeguata pubblicità o in alternativa interpellando almeno tre soggetti, si procede all'affidamento dell'incarico al soggetto che ha presentato l'offerta migliore, individuata tramite la valutazione comparativa dei curriculum e degli elementi economici richiesti.

6. Qualora l'incarico professionale rivesta particolare natura fiduciaria, le Aziende possono provvedere all'individuazione del professionista a cui affidare l'incarico in via diretta, prescindendo dalle procedure previste ai precedenti commi 4 e 5; tale incarico potrà essere discrezionalmente rinnovato, secondo criteri di convenienza tecnico-economica, su disposizione del Direttore Generale.

7. Gli incarichi attinenti all'architettura e all'ingegneria sono disciplinati dalle disposizioni della Legge 11 febbraio 1994 n.104 e successive modifiche, nonché dalle disposizioni del regolamento sui lavori pubblici di cui all'art. 3 della medesima L.109/94.

8. Nel caso di interconnessione di servizi con lavori, si applicano i criteri di cui al D.P.R.S. 27.12.1998 nelle more della definitiva regolamentazione.

Articolo 19
Spese in economia

1.Le forniture ed i servizi che in dipendenza della loro intrinseca natura o per limite contenuto di spesa, non rendono conveniente il ricorso alle procedure di cui ai precedenti articoli, sono effettuate in economia con le modalità e i limiti di seguito stabiliti.

2. Sono effettuati in economia i servizi e le provviste occorrenti ai bisogni periodici o giornalieri, purché l'importo della spesa non sia superiore a € 6.000,00.

3. Si procederà ai suddetti acquisti previa richiesta scritta ad almeno n.3 ditte di fiducia comprovata o desunte dall'elenco, salvo che la specialità o l'urgenza non renda indispensabile il ricorso ad una determinata ditta.

4. Qualora la spesa non superi comunque gli € 2.000,00 si potrà prescindere dal ricorso ad almeno n.3 ditte.

5. In ogni caso le ditte interpellate dovranno fornire regolare preventivo scritto, da inviare anche a mezzo fax, che sarà conservato agli atti d'ufficio, a cura del responsabile del procedimento, unitamente alla richiesta scritta d'acquisto.

6. L'acquisto diretto con la sola formalità dei buoni di ordinazione sottoscritti dal relativo responsabile è consentito quando trattasi di generi e materiali quotati secondo un prezzo di listino e per un importo non superiore a €. 500,00.

7. I contratti per le spese in economia sono conclusi nel momento in cui si è raggiunto l'accordo con il contraente; per il perfezionamento degli stessi è necessaria la forma scritta, che può realizzarsi anche con scambio di corrispondenza e/o trasmissione di ordinativi.

8. Il responsabile della struttura organizzativa di cui all'art. 7 ordina la spesa in forma scritta e verifica la corretta esecuzione del contratto acquisendo un'attestazione di regolarità. In caso di inadempimento parziale o totale, provvede alla tempestiva contestazione alla ditta inadempiente.

Capo III
Il contratto

Articolo. 20
Conclusione di contratti. Tenuta dei contratti. Obblighi fiscali

1. I contratti dell'Azienda Sanitaria USL Roma G sono conclusi mediante le procedure di cui al precedente Capo II e con il contenuto ed il contraente risultante dalle relazioni di negoziazione o dal provvedimento di aggiudicazione. La relazione di negoziazione deve attestare il rispetto dei principi di cui all'art. 10.

2. Fatte salve le disposizioni di cui all'art. 16, l'esito della procedura risultante dalla relazione di negoziazione o dalla deliberazione o determinazione dirigenziale di aggiudicazione è comunicato al contraente prescelto. L'offerta del contraente prescelto è irrevocabile per il periodo indicato dalla lettera di invito, entro il quale l'Azienda Sanitaria può deliberare di accettarla.

3. La volontà di contrarre dell'Azienda sanitaria è validamente manifestata soltanto nella forma scritta e rispetto ad offerte scritte dalla parte contraente. I contratti possono essere stipulati in una delle seguenti forme:

a) con atto separato di obbligazione costituito da lettera offerta sottoscritta dall'aggiudicatario ed accettata;

b) per mezzo di corrispondenza secondo gli usi del commercio;

c) per mezzo di obbligazione sottoscritta in calce al capitolato o al disciplinare;

d) mediante scrittura privata.

e) mediante scrittura privata autenticata in bollo o atto pubblico.

f) mediante emissione ordinativo di fornitura

4. Si stabilisce quale foro competente per la decisione delle eventuali controversie quello di Tivoli.

5. Il contratto è validamente concluso a seguito della tempestiva comunicazione del provvedimento di aggiudicazione al contraente. La trasmissione a mezzo fax soddisfa il requisito della forma scritta.

6. In deroga alle disposizioni dei precedenti commi, i contratti di cui al comma 4 dell'art. 19 (spese in economia) sono conclusi nel momento in cui si è raggiunto l'accordo con il contraente.

7. La struttura organizzativa pertinente custodisce i contratti e cura gli eventuali adempimenti tributari connessi all'attività contrattuale dell'Azienda.

Articolo 21
Depositi cauzionali

1.L'Azienda Sanitaria ha la facoltà di richiedere alle ditte concorrenti la costituzione di una cauzione provvisoria da parte delle ditte interpellate, a garanzia della serietà dell'offerta. In tal caso, deve esserne fatta menzione nell'eventuale bando di gara o lettera di invito.

2. Il capitolato speciale e/o la lettera d'invito indicano la misura del deposito cauzionale, che comunque non può essere superiore al 2% dell'importo presunto della fornitura o del servizio iva esclusa, e le modalità della sua costituzione.

3. Al termine della procedura di aggiudicazione, l'Azienda invita l'aggiudicatario a costituire la cauzione definitiva anche mediante integrazione del deposito provvisorio, e provvede allo svincolo della cauzione prestata dalle ditte non aggiudicatarie.

4. La cauzione definitiva è determinata in misura pari al 5% dell'importo contrattuale iva esclusa. Qualora la particolare natura o peculiarità del bene da acquistare o del servizio da effettuare lo rendesse necessario, l'Azienda si riserva la facoltà di poter richiedere un deposito cauzionale superiore al 5% e comunque non superiore al 15% dell'importo contrattuale

Articolo 22
Subappalto

1. E' vietato alla ditta aggiudicataria di cedere ad altri l'esecuzione di tutta o di parte della fornitura dei beni oggetto del contratto o di subappaltarli.La cessione o il subappalto fa sorgere nell'Azienda il diritto a sciogliere il contratto senza ricorso ad atti giudiziali ed effettuare l'esecuzione in danno, addebitando alla ditta inadempiente ogni ed eventuale relativa spesa accessoria, con rivalsa sulla cauzione presentata.

2. E' consentito il subappalto del contratto limitatamente alla prestazione di servizi nel rispetto della normativa vigente, salvo esplicito divieto e nel rispetto del limite del 25% dell'importo complessivo. Nel capitolato d'oneri l'Azienda Sanitaria richiede al concorrente di indicare nell'offerta le parti del servizio che intende eventualmente subappaltare a terzi.

3. L'affidamento in subappalto delle prestazioni di servizi è sottoposto alle seguenti condizioni:

a) che l'appaltatore provveda al deposito del contratto di subappalto presso l'Azienda aggiudicataria almeno venti giorni prima della data di inizio dell'esecuzione della prestazione del servizio;

b) che al momento del deposito del contratto di subappalto l'appaltatore trasmetta altresì la certificazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di cui all'art.11 del presente regolamento.

4. Nel capitolato d'oneri l'Azienda dispone di corrispondere direttamente al subappaltatore il corrispettivo delle prestazioni dallo stesso eseguite o, in alternativa, che è fatto obbligo ai soggetti aggiudicatari di trasmettere, entro venti giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei loro confronti, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti da essi via via corrisposti al subappaltatore.

5. L'impresa aggiudicataria deve praticare, per le parti del servizio affidate in subappalto, gli stessi prezzi unitari risultanti dall'aggiudicazione, con ribasso non superiore al venti per cento.

6. L'esecuzione del servizio affidato in subappalto non può formare oggetto di ulteriore subappalto.

7. La disciplina del subappalto contenuta nell'articolo 18 della L. 55/1990 e successive modifiche ed integrazioni è direttamente applicabile.

Articolo 23
Rinnovo e proroga

1. Il rinnovo, ammesso solo se previsto dal contratto in scadenza ed in forma espressa o comunque se specifiche disposizioni di legge lo prevedano, può essere richiesto dall'Azienda, entro tre mesi precedenti la scadenza del contratto e per una sola volta, alle condizioni originarie o migliorative per l'Azienda alla luce dei prezzi di riferimento e del costo di una nuova procedura. La controparte è tenuta a comunicare la propria disponibilità a rinnovare il contratto entro trenta giorni dalla richiesta dell'Azienda.

2. Qualora il contratto abbia durata annuale o pluriennale, o comunque qualora esso non contenga una clausola espressa di rinnovo, l'Azienda può disporne la proroga alle condizioni originarie fino ad un massimo di novanta giorni necessari al fine di individuare il nuovo contraente.

Articolo 24
Aumento o diminuzione della prestazione

1. L'Azienda può richiedere una variazione in più o meno della prestazione che la ditta è tenuta ad accettare agli originari patti e condizioni, purché contenuta entro il quinto dell'importo contrattuale e tale da non modificare la natura della prestazione inizialmente prevista nel contratto.

2. Nell'ambito del rapporto contrattuale stipulato con il fornitore l'Azienda può concordare, entro il limite dell'importo originario del contratto, la fornitura di beni o servizi alternativi occorrenti, previa definizione dei nuovi prezzi contrattuali.

Articolo 25
Adeguamento prezzi contrattuali

1. Il corrispettivo del contratto, che deve essere precisato anche nel suo valore unitario, è fisso ed invariabile per il primo anno.

Capo IV
Accettazione dei beni, collaudi e verifiche di qualità

Articolo 26
Disposizioni comuni

1. Le forniture e le prestazioni di servizi sono soggette a controlli in corso di esecuzione e finali, secondo modalità e termini previsti nei capitolati e nei contratti.

Articolo 27
Verifiche di qualità nella esecuzione di contratti di somministrazione

1. La regolare esecuzione dei contratti di somministrazione di cui agli artt.1559 e ss. del codice civile è verificata, di regola, dai responsabili dei magazzini ove avviene la consegna della merce.

2. Il ricevente deve provvedere alla immediata verifica delle merci, ove la loro qualità e rispondenza alle specifiche del capitolato d'oneri possa essere accertata a vista. Negli altri casi, nonché ove occorra l'accertamento dei requisiti (compreso il marchio CE), la verifica deve essere effettuata entro il termine di cui all'art.1512 del c.c. ovvero entro un termine minimo se pattuito.

3. Il ricevente deve immediatamente contestare al fornitore ogni inadempimento, nonché segnalarlo al responsabile del procedimento.

Articolo 28
Verifiche di qualità per la fornitura di beni di valore inferiore a €. 50.000,00

1. La verifica di qualità dei beni, nonché la verifica, del loro funzionamento (ove si tratti di apparecchiature in genere) e della loro rispondenza alle norme di sicurezza è effettuata dal responsabile della struttura interessata.

2. Nel caso in cui il responsabile non ritenga di possedere la necessaria competenza, la Direzione Aziendale individua una persona in grado di provvedere allo svolgimento di detto controllo.

3. Il Responsabile della struttura di cui all'art. 7 può disporre che, in luogo del collaudo finale, sia effettuata attestazione di regolarità.

4. Qualora l'oggetto del contratto riguardi forniture e servizi che debbono possedere particolari di natura tecnica si procede al collaudo secondo le modalità previste dall'art. 29.

Articolo 29
Verifiche e collaudo per la fornitura di beni ed attrezzature di valore superiore a €.50.000,00

1. L'esecuzione del collaudo ha lo scopo di accertare il regolare funzionamento delle apparecchiature, nonché la rispondenza alle norme di sicurezza e qualità.

2. Nella procedura di acquisizione di beni ed attrezzature aventi singoli importi superiori a €. 50.000,00 si provvede all'individuazione dei soggetti in possesso delle necessarie competenze cui attribuire l'incarico di collaudatore.

3. L'incarico di collaudo è affidato ad una commissione appositamente nominata dalla struttura competente degli Uffici tecnici Aziendali.

4. Ai collaudatori dipendenti dell'Azienda non spetta alcun compenso.

Articolo 30
Controllo sull'esecuzione di appalti di servizi

1. La regolare esecuzione degli appalti e la qualità dei servizi prestati sono accertati dai responsabili delle strutture organizzative destinatarie dei servizi, che rilasciano apposite attestazioni d'i regolarità.

Capo V
Disposizioni transitorie

Articolo 31
Disposizioni transitorie

1. Le procedure contrattuali in corso alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono concluse secondo le disposizioni della normativa vigente.

2. Con l'adozione del presente regolamento vengono abrogati tutti i regolamenti per le provviste ed i servizi, in atto vigenti ad esclusione di quelli espressamente richiamati nel presente regolamento.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATO N.4

REGOLAMENTO DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (U.R.P.) (ai sensi dell' art. 8 Legge 7 Giugno 2000, n. 150)

ALLEGATO N.4

REGOLAMENTO DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (U.R.P.) (ai sensi dell' art. 8 Legge 7 Giugno 2000, n. 150)

SOMMARIO

Articolo 1	Ambito di applicazione
Articolo 2	Finalità
Articolo 3	Struttura
Articolo 4	Funzioni
Articolo 5	Personale
Articolo 6	Segnalazioni
Articolo 7	Tutela del cittadino ex L. 241/ 90
Articolo 8	Conclusione del procedimento
Articolo 9	Commissione Mista Conciliativa
Articolo 10	Modalità e funzionamento della Commissione Mista Conciliativa
Articolo 11	Esercizio della tutela nelle strutture private

REGOLAMENTO DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (U.R.P.) (ai sensi dell' art. 8 Legge 7 Giugno 2000, n. 150)

Art. 1
Ambito di applicazione

1. Il presente regolamento disciplina le attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico alla luce della normativa dettata dalla legge 7 giugno 2000, n. 150, che ha ridefinito i suoi compiti e la sua organizzazione in coerenza con i criteri da essa indicati.

Art. 2
Finalità

1.In attuazione di quanto previsto dalle normative vigenti l'Ufficio Relazioni con il Pubblico di seguito denominato URP è preposto al raggiungimento delle seguenti finalità:

a) diffondere e facilitare la conoscenza delle disposizioni normative per agevolarne l'applicazione;

b) illustrare il lavoro istituzionale;

c) favorire l'accesso ai servizi pubblici, promuovendone la conoscenza;

d) agevolare i processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati;

e) rendere l'informazione, rivolta agli utenti, corretta, puntuale e tempestiva;

f) contribuire a rendere effettiva l'accoglienza di concerto con le strutture competenti, instaurando una relazione con l'utente tale, da limitare i suoi disagi e da metterlo in condizione di esprimere i suoi bisogni;

g) realizzare, per la parte di propria competenza, la tutela dell'utente, attraverso la segnalazione alla Direzione Generale e alla struttura competente degli eventuali disservizi denunciati con le segnalazioni.

Art. 3
Struttura

1. L' Ufficio Relazioni con il Pubblico, d' ora in poi denominato U.R.P, ai sensi dell' art.8 Legge 7 giugno 2000, è costituito da un struttura centrale e da Punti Informativi Periferici, di seguito denominati PIP.

2. L'URP è ubicato, a livello centrale, presso la sede del Distretto di Guidonia, ed è inserito in staff alla Direzione Generale. Ad esso è preposto un responsabile in possesso di qualifica dirigenziale.

3. I PIP, sono ubicati presso i Presidi Ospedalieri e i Distretti appartenenti al territorio dell' Azienda. La loro attività è coordinata dall' URP centrale.

4. Gli Uffici sono dotati di spazi e strumentazioni adeguati a consentire sia le attività che richiedono il contatto diretto o telefonico con il pubblico che il contemporaneo svolgimento dei compiti e delle funzioni di supporto all' informazione, alla comunicazione, al godimento dei diritti di accesso e partecipazione, nonché di progettazione e realizzazione delle iniziative di ricerca, monitoraggio e innovazione organizzativa.

5. L'URP deve disporre di ambienti opportunamente approntati per il ricevimento del pubblico, in modo tale da offrire adeguata accoglienza sia in termini di posizionamento dei locali, di arredi, di strumentazione, che di cautele per il rispetto della riservatezza delle persone.

6. L'URP garantisce un orario di apertura al pubblico funzionale alle esigenze dell'utenza.

Art. 4
Funzioni

1.L'URP svolge le proprie funzioni secondo i seguenti criteri:

a) fornire informazioni sulle modalità di utilizzo dei servizi, sugli atti amministrativi, sui responsabili di ciascun procedimento e sui tempi di conclusione del procedimento;

b) accogliere segnalazione e reclami contro atti e comportamenti che impediscono o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria;

c) monitorare sistematicamente i bisogni ed i livelli di soddisfazione dei cittadini verso i servizi dell'Azienda e proporre adeguamenti e correttivi per migliorare la qualità delle prestazioni;

d) collaborare all'aggiornamento costante della Carta dei servizi verificandone l'adeguatezza rispetto alle esigenze di salute della popolazione ed all'offerta dei servizi dell'azienda;

e) garantire l' esercizio all' informazione, all' accesso ed alla partecipazione;

f) agevolare l' utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l' illustrazione delle disposizioni normative ed amministrative e l' informazione sulle strutture e sui compiti delle amministrazioni stesse;

g) promuovere l' adozione di sistemi di interconnessione telematica e coordinare le reti civiche;

h) attuare, mediante l' ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;

i) garantire la reciproca informazione fra l' URP e le altre strutture operanti nell' amministrazione, nonché fra gli URP delle varie Aziende Sanitarie.

2. All' URP Centrale sono attribuite le seguenti funzioni:

a) coordinare e coadiuvare l'attività di accoglienza e informazione svolta dai PIP;

b) ricevere le segnalazioni di cui al successivo art.6, direttamente indirizzate alla sede centrale e, quelle trasmesse dai PIP;

c) per le segnalazioni direttamente ricevute, predisporre l'attività istruttoria, richiedendo formalmente ed acquisendo dai Responsabili delle Unità Operative e dagli uffici interessati, tutti gli elementi necessari alla fondatezza del giudizio (relazioni o pareri) al fine di individuare la natura, l'origine e le cause di quanto segnalato;

d) sollecitare, in caso di ritardo, la struttura interessata a rilasciare il parere o la relazione richiesta; segnalare al Direttore Sanitario aziendale e a quello del polo o del distretto, l'eventuale mancato rilascio del parere o della relazione formalmente richiesta o quella insufficientemente motivata;

e) informare l'Area legale delle segnalazioni che presumibilmente possano dar luogo a successive azioni legali;

f) predisporre la lettera di risposta all'utente per fornire una tempestiva ed adeguata risposta per le segnalazioni di più agevole definizione;

g) fornire all'utente tutte le informazioni e quanto altro necessario per garantire la tutela dei diritti alle prestazioni di assistenza sanitaria riconosciuti dalla normativa vigente ed il loro effettivo esercizio;

h) garantire, nell'espletamento delle sue funzioni, l'esercizio del diritto di accesso ai documenti nel rispetto della normativa vigente in materia;

i) garantire la tutela del diritto alla riservatezza e al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa vigente in materia;

j) rappresentare l'unità di riferimento dell' Azienda con le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti;

k) convocare la Commissione Mista Conciliativa per le segnalazioni di disservizio ad essa pervenute per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli Organismi di tutela;

3. Funzioni attribuite ai PIP:

a) curare l'accoglienza dell'utente, adottando comportamenti professionalmente idonei a garantirla;

b) rispondere al numero verde dell' Azienda e/o al call center eventualmente istituiti;

c) rendere le informazioni, richieste dagli utenti, sulle prestazioni di assistenza sanitaria erogate dall' Azienda;

d) ricevere le segnalazioni e le trasmette, tempestivamente alla sede centrale;

e) richiedere formalmente il parere o la relazione alla struttura interessata non appena ricevuta la segnalazione;

f) inviare, tempestivamente, alla sede centrale, il parere o la relazione rilasciata dalla struttura interessata;

g) segnalare alla sede centrale il ritardo o il mancato rilascio, da parte della struttura interessata, del parere o della relazione;

h) distribuire i depliant informativi e la modulistica richiesta per le segnalazioni;

i) garantisce, l'esercizio del diritto di accesso, presa visione ed estrazione di copie dei documenti, tenendo presente i limiti imposti dalla legge per l'esercizio di tale diritto e consultandosi con la sede centrale dell'URP per eventuali casi dubbi;

j) osservare, nell'esercizio delle suddette funzioni, la tutela della Privacy consultando nei casi dubbi la sede centrale dell'URP;

Art. 5
Personale

1. Il dirigente dell'URP deve essere dotato di adeguate risorse umane e strumentali per lo svolgimento di tutte le funzioni previste dal presente regolamento, quindi un adeguato budget di spesa per la realizzazione delle diverse attività e del programma di comunicazione pubblica di cui ai successivi articoli.

2. In considerazione delle attività di gestione delle relazioni pubbliche che l'URP svolge anche per conto di altri servizi, esso richiede un congruo numero di personale.

Art. 6
Segnalazioni

1. Le segnalazioni possono essere proposte dagli utenti, dai loro parenti o affini, dagli organismi di volontariato o di tutela accreditati presso la Regione.

2. Hanno ad oggetto atti, fatti, comportamenti che direttamente o indirettamente neghino o limitino il diritto dell'utente a fruire delle prestazioni di assistenza sanitaria previste dalla normativa vigente.

3. Hanno la forma di osservazione, reclamo, opposizione, denuncia ovvero suggerimento e devono essere presentati, entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell' atto, fatto o comportamento che assuma essere lesivo dei suoi diritti.

4. Esse possono essere presentate attraverso:

a) lettera in carta semplice, indirizzata all'URP ed inviata a mezzo servizio postale o consegnata a mano presso lo sportello URP;

b) compilazione di apposito modello, distribuito presso lo sportello URP, datato e sottoscritto dall'utente, e depositato presso la cassetta di raccolta ubicata presso i locali dello sportello URP;

c) l'invio di Fax al numero affisso allo sportello URP;

d) l'invio di posta elettronica all'indirizzo e.mail assegnato all'URP;

5. La loro presentazione non impedisce o preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. Non verrà dato alcun seguito alle segnalazioni ricevute in forma anonima.

Art. 7
Tutela del cittadino ex L. 241/ 90

1.L'URP comunica formalmente all'interessato l'inizio della fase istruttoria indicando il responsabile del procedimento al quale eventualmente potrà rivolgersi per avere ulteriori informazioni.

2.Per l'espletamento dell'attività istruttoria, l'URP acquisisce tutti gli elementi utili alla formulazione della risposta, richiedendo, formalmente, ai Responsabili delle strutture o dei servizi interessati tutte le informazioni, relazioni o pareri inerenti all'oggetto della segnalazione.

3. I Responsabili di strutture o di servizi sono tenuti a fornire all'URP, per iscritto via fax o e.mail, entro sette giorni dalla richiesta, i pareri o le relazioni e tutte le informazioni necessarie, indicando i motivi del disservizio verificatosi e, ove possibile, le concrete soluzioni e i tempi necessari per rimuoverlo.

4. Ricevuta l'informativa richiesta il responsabile del procedimento nominato ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 conclude l'istruttoria entro i successivi 15 giorni e trasmette gli atti al Responsabile dell'URP.

Art. 8
Conclusione del procedimento

1. Il responsabile dell'URP è delegato dal Direttore Generale a rispondere agli utenti che hanno inoltrato la segnalazione.

2. Di norma, le segnalazioni dovranno essere presentate, nei modi sopra indicati, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato/a abbia avuto conoscenza dell'atto, comportamento, situazione, omissione, ecc. lesivo dei suoi diritti, come disposto dall'art. 14, comma 5 del D.Lgs 502/92, e successive modifiche

3. La risposta redatta indicherà le conclusioni cui si è pervenuti a seguito dell'istruttoria effettuata dal Responsabile del procedimento e dovrà essere completa ed idonea a fornire tutte le informazioni relative alla segnalazione pervenuta.

4. La conclusione del procedimento deve avvenire entro 30 giorni dal ricevimento della segnalazione.

5. La risposta verrà inviata a mezzo servizio postale con A.R. o consegnata, previo rilascio di ricevuta firmata, all'utente o all'associazione che ha presentato la segnalazione.

6. Nei casi in cui l'utente non si ritenga soddisfatto della risposta rilasciata dall'URP può attivare la procedura prevista all'articolo 9.

7. Sia nel corso dell'istruttoria che al termine della stessa, l'URP comunicherà ai Responsabili delle strutture ogni informazione utile all'adozione di tutte le misure necessarie ad evitare il ripetersi o la persistenza dell'eventuale disservizio. Ove necessario, tali comunicazioni dovranno essere portate a conoscenza della Direzione Generale. I Responsabili delle strutture e delle unità operative sono tenuti ad informare l'URP sui provvedimenti assunti per rimuovere le cause che hanno determinato la segnalazione così da poter contribuire ad attivare un processo di miglioramento continuo della qualità.

Art.9
Commissione Mista Conciliativa

1. Nei casi in cui l'utente o l'associazione non ritenga soddisfacente la risposta avuta alla sua segnalazione o quando la segnalazione abbia ad oggetto la violazione di principi fatti propri dalle Carte dei Diritti, sottoscritte dalle USL e dalle associazioni di volontariato e di tutela, l'esame viene deferito ad una Commissione Mista Conciliativa (di seguito C.M.C).

2. La Commissione è composta da un rappresentante dell'Azienda USL, da un rappresentante della Regione e da un rappresentante delle Associazioni di volontariato.

3. La Commissione Mista Conciliativa ha il compito di:

a) riesaminare i casi oggetto di reclami qualora l'utente si sia dichiarato motivatamente insoddisfatto della decisione adottata dall'Azienda

b) esaminare i fatti oggetto di esposto o segnalazione per i quali l'URP abbia ritenuto, con adeguata motivazione, di non essere in grado di produrre alcuna risposta;

4. La Commissione Mista Conciliativa delibera validamente con la presenza di almeno due membri purché sia presente il Presidente

5. La nomina dei componenti della Commissione spetta al Direttore Generale su designazione delle associazioni accreditate relativamente al membro esterno.

6. Non possono essere designati rappresentanti di associazioni che gestiscono, anche in forma convenzionata con la USL , attività assistenziali diverse da quelle di cui all' art.14, settimo comma, del D.L. 502/92, nonché rappresentanti che intrattengono rapporti di lavoro con la USL stessa.

7. La Commissione dura in carica tre anni ed i membri sono rinnovabili una sola volta.

8. I membri della Commissione hanno diritto al rimborso delle spese secondo la normativa vigente per il S.S.N.

9. I membri decadono dalla nomina per la mancata partecipazione, senza giustificazione, a tre riunioni consecutive della Commissione.

Art. 10
Modalità e funzionamento della Commissione Mista Conciliativa

1. Il Presidente acquisisce dall'URP tutta l'istruttoria già svolta e , dopo l'eventuale integrazione, invia ai membri effettivi l'ordine del giorno con il relativo materiale con almeno 7 gg. di preavviso, indicando il relatore per ciascuna questione; possono essere relatori anche i membri supplenti.

2. Se, dopo la relazione, la questione risulta chiarita in tutti i suoi aspetti, la C.M.C. decide. Se invece è necessaria una ulteriore istruttoria, la Com/ne nella riunione successiva sente:

a) l'autore della segnalazione ed eventualmente l'organismo di tutela o associazione di volontariato che lo assiste;

b) i responsabili degli uffici interessati dalla segnalazione e/o gli autori dei comportamenti lamentati;

c) nel caso di questione già decisa dall'URP, l'autore della proposta al Direttore Generale.

3. La C.M.C. si avvale degli ordini e dei collegi professionali per tutte le questioni che coinvolgono la responsabilità professionale degli iscritti agli albi e per i casi che attengono agli aspetti etici e deontologici delle professioni.

4. Alle riunioni della C.M.C. nella parte dedicata alla relazione e all'istruttoria possono partecipare l'autore dell'esposto nonché i soggetti del cui atto o comportamento la Com/ne è chiamata a decidere.

5. Qualora l'esposto abbia ad oggetto atti o comportamenti di operatori della USL, alle riunioni sono invitati i Presidenti degli ordini e dei collegi professionali, o loro delegati, ovvero un rappresentante della categoria di appartenenza.

6. La Com/ne ha gli stessi poteri istruttori dell' U.R.P.; l'eventuale ulteriore istruttoria viene svolta dal Presidente che può avvalersi dell'U.R.P.

7. Ogni questione viene decisa, di norma, non oltre la seconda riunione. Tra la prima e la seconda riunione il Presidente completa l'istruttoria secondo quanto deciso dalla Com/ne, anche con l'eccezionale acquisizione di pareri di esperti, da richiedere ad operatori in servizio presso altre Aziende sanitarie della Regione, per i quali tale adempimento costituisce obbligo di servizio. La C.M.C. decide di norma entro 60 giorni.

8. Le funzioni di segreteria della Com/ne sono svolte dall'U.R.P. e la USL mette a disposizione le risorse necessarie al suo funzionamento.

9. La decisione della Com/ne deve indicare se è stata presa all'unanimità e, in caso negativo, i membri che hanno votato contro possono spiegare i motivi del loro dissenso sia sul dispositivo della decisione che sulla motivazione.

10. I membri della Comm/ne sono tenuti al segreto sulle notizie di cui siano venuti in possesso per ragioni di ufficio e che siano da ritenersi segrete o riservate ai sensi delle leggi vigenti.

11. Qualora la Com/ne non sia riuscita nella conciliazione della questione ed abbia individuato presunte responsabilità di operatori della USL , gli organi competenti della USL valuteranno l'opportunità di iniziare il procedimento disciplinare.

12. La decisione della Com/ne, se fatta propria dal Direttore Generale, è comunicata dal medesimo ai soggetti interessati. Se il D.G. non condivide la decisione ne chiede il riesame, indicando i motivi del suo dissenso. La Com/ne riesamina il caso alla luce dei motivi indicati dal D.G.

13. La USL dà comunicazione delle decisioni della C.M.C. alle associazioni di volontariato ed agli organismi di tutela accreditati. Copia delle decisioni nonché delle eventuali richieste di riesame da parte del Direttore Generale sono comunicate all'autore dell'esposto nonché al Difensore Civico Regionale. Le decisioni riguardanti gli iscritti agli albi professionali relative a questioni che attengono alla responsabilità professionale e agli aspetti etici e deontologici sono trasmesse ai rispettivi ordini e collegi.

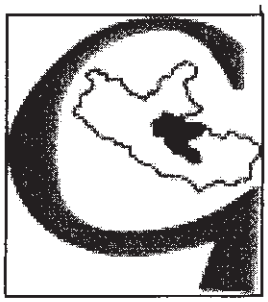
Art. 11
Esercizio della tutela nelle strutture private

1. Il diritto alla tutela e le modalità per il suo esercizio, di cui al presente regolamento, è riconosciuto anche nei confronti di utenti delle strutture private accreditate.

2. Gli esposti e le segnalazioni che riguardano fatti imputabili a soggetti erogatori di servizi sanitari che intrattengono con questa Azienda specifici rapporti, sono inoltrati all'U.R.P. della USL.

3. Nelle procedure di accreditamento devono essere previste ed assicurate agli utenti delle strutture private la tutela garantita dal presente regolamento.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli



STRUTTURE OPERATIVE COMPLESSE: 94

STRUTTURE OPERATIVE SEMPLICI: 256

STRUTTURE OPERATIVE DIPARTIMENTALI: 44

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATO N.5

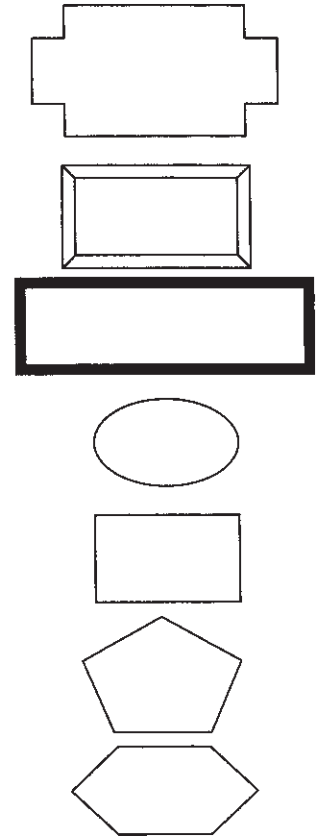
ORGANIGRAMMA

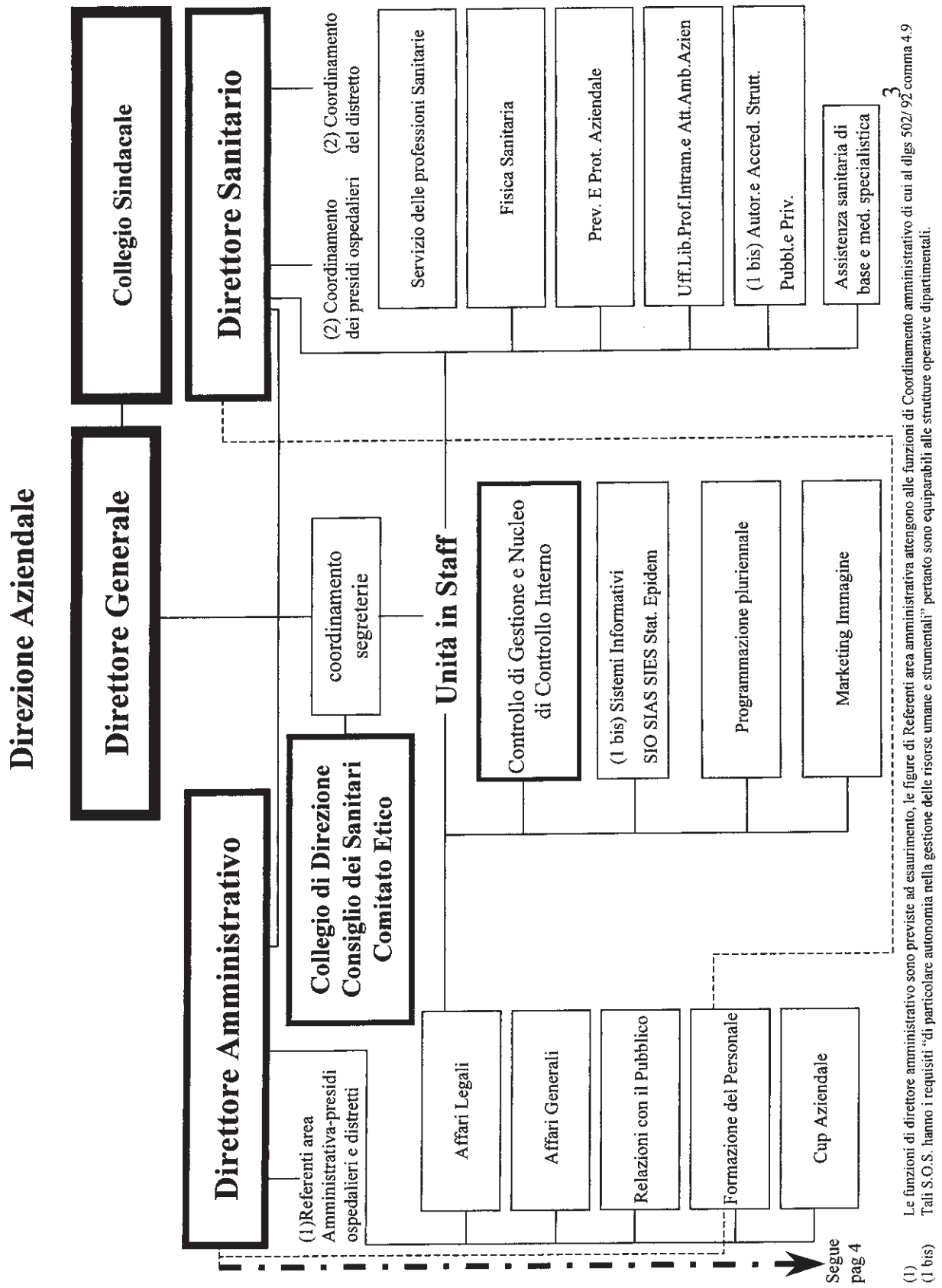
Organigramma ASL RMG

L'organigramma viene unito al testo dell'atto aziendale per meglio evidenziare le scelte organizzative, è parte integrante e sostanziale dello stesso, ed è soggetto alle procedure di cui alla delibera di giunta regionale n.2034 del 21/12/2001 punto 4.2 e successive direttive Assessorili del 12 agosto 2002.

Legenda

- Dipartimento
- Dipartimento interaziendale
- Struttura Operativa Complessa
- Struttura Operativa Dipartimentale
- Struttura Operativa Semplice
- Day Surgery e Day Hospital
- Attività Ambulatoriale

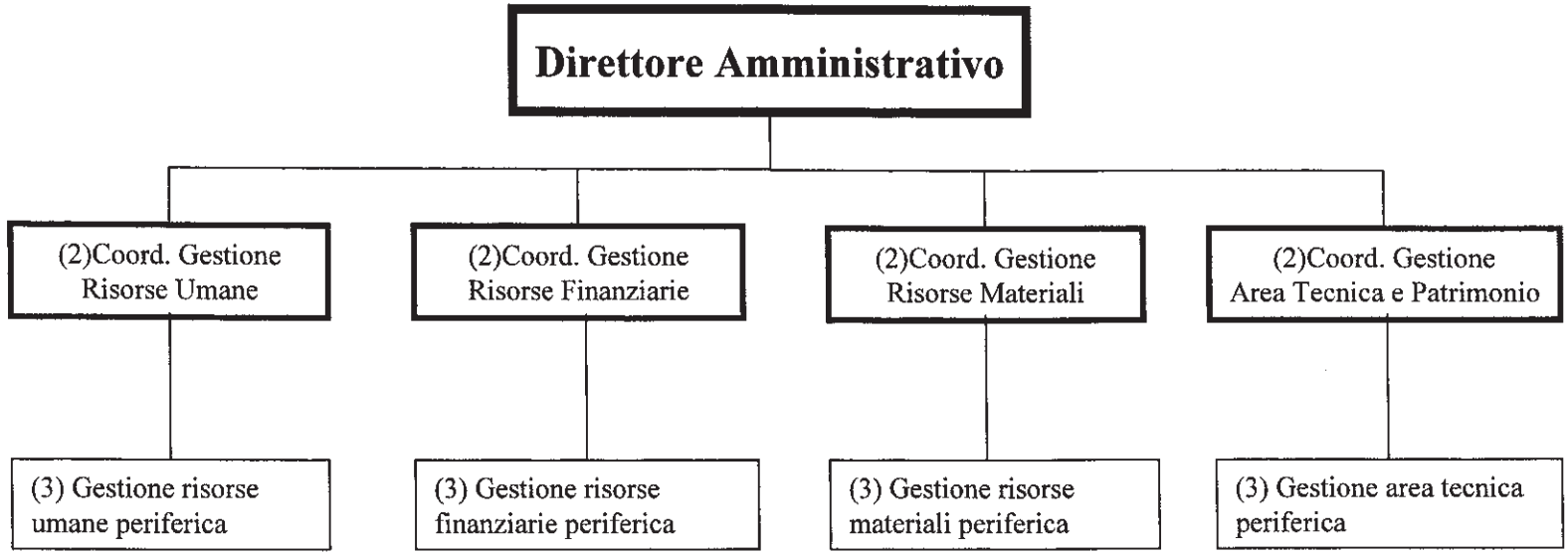




(1) Le funzioni di direttore amministrativo sono previste ad esaurimento, le figure di Referenti area amministrativa attengono alle funzioni di Coordinamento amministrativo di cui al dlgs 502/92 comma 4.9

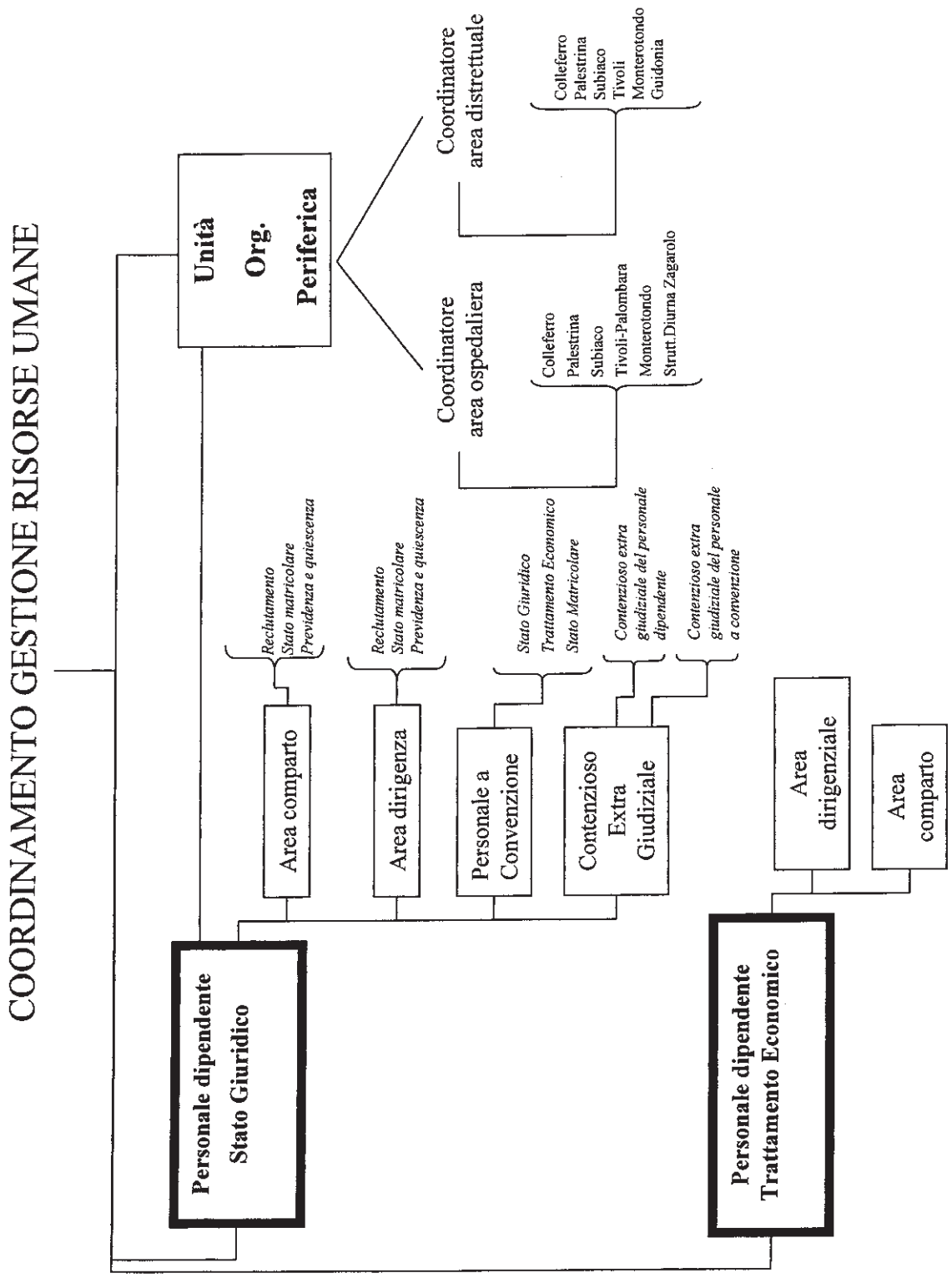
(1 bis) Tali S.O.S. hanno i requisiti "di particolare autonomia nella gestione delle risorse umane e strumentali" pertanto sono equiparabili alle strutture operative dipartimentali.

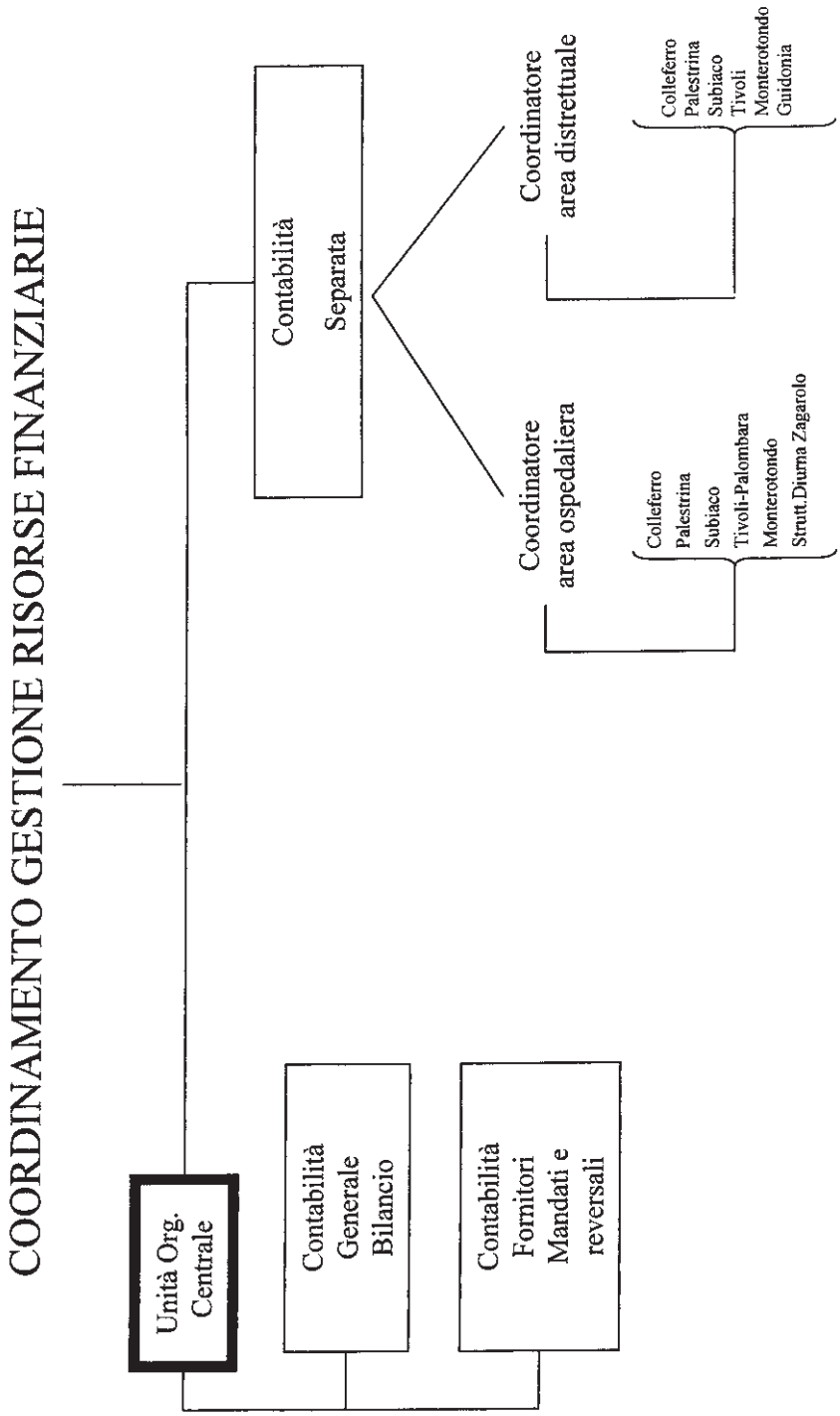
SERVIZI AMMINISTRATIVI CENTRALI E PERIFERICI



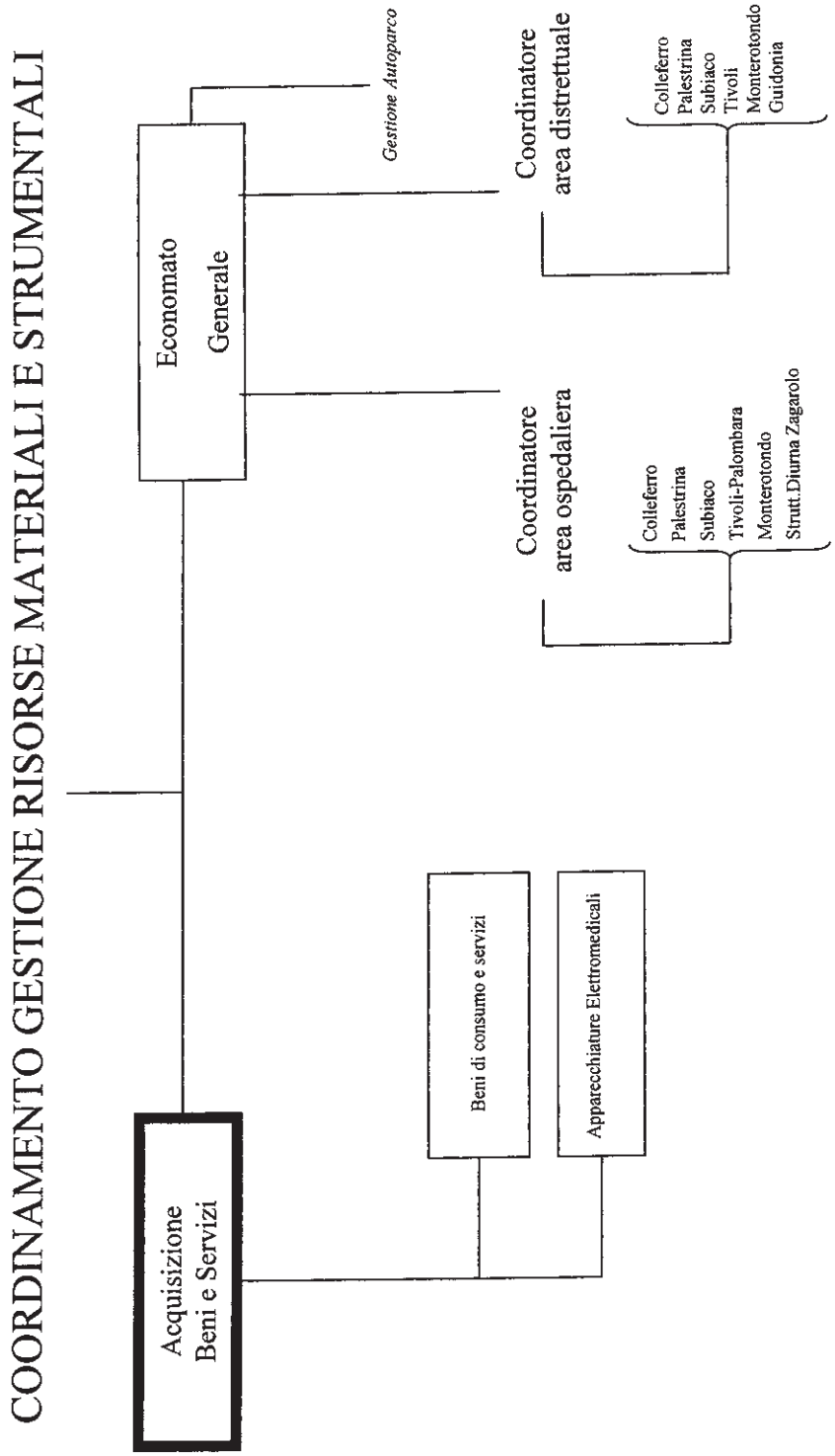
(2) *Il termine coordinamento è espressione non surrettizia della parola dipartimento, da un punto di vista organizzativo si tratta di "mero coordinamento di funzioni e senza alcuna responsabilità di tipo gerarchico, tale organizzazione non può trovare corrispondenza nell' art. 40 del contratto della dirigenza".*

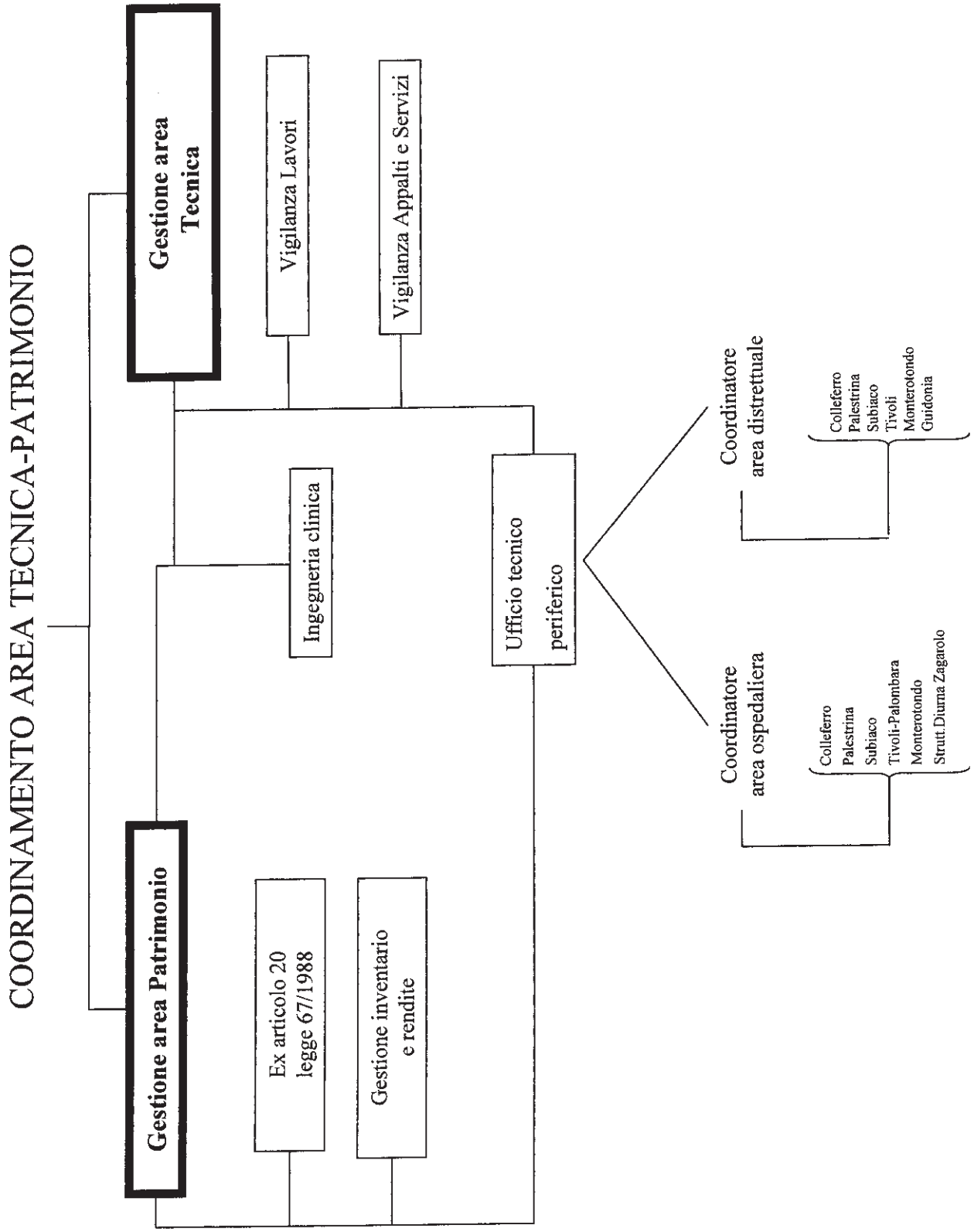
(3) *Gli uffici periferici decentrati relativi alla gestione del personale, della contabilità, dei servizi economato e tecnici, rispondono al Coordinatore di appartenenza entro un mese dopo l'approvazione regionale.*
Le relative competenze vengono attivate oltre che dal responsabile della S.O.C. anche dal direttore sanitario del P.O. e dal direttore del distretto secondo le disposizioni contenute nel relativo regolamento. Tali S.O.S. hanno i requisiti "di particolare autonomia nella gestione delle risorse umane e strumentali" pertanto sono equiparabili alle strutture operative dipartimentali.

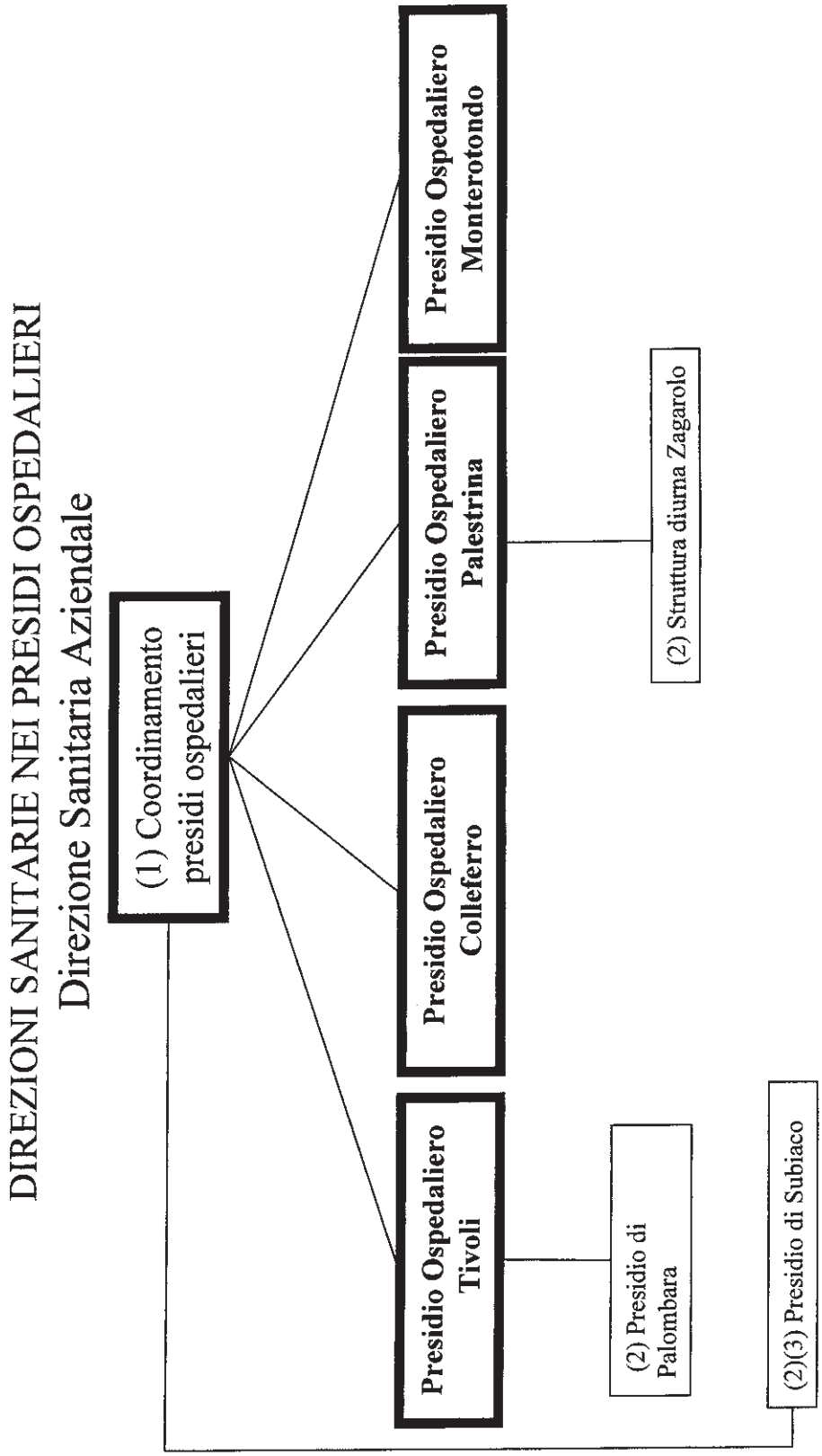

COORDINAMENTO GESTIONE RISORSE UMANE
Unità Org. Periferica
Coordinatore area ospedaliera
Coordinatore area distrettuale
Colleferro
Palestrina
Subiaco
Tivoli-Palombara
Monterotondo
Strutt.Diurna Zagarolo
Colleferro
Palestrina
Subiaco
Tivoli
Monterotondo
Guidonia
Personale dipendente Stato Giuridico
Area comparto
Area dirigenza
Personale a Convenzione
Contenzioso Extra Giudiziale
Rechutamento
Stato matricolare
Previdenza e quiescenza
Rechutamento
Stato matricolare
Previdenza e quiescenza
Stato Giuridico
Trattamento Economico
Stato Matricolare
Contenzioso extra giudiziale del personale dipendente
Contenzioso extra giudiziale del personale a convenzione
Personale dipendente Trattamento Economico
Area dirigenziale
Area comparto



In relazione alle competenze della S.O.C. Coordinamento Gestione Risorse Finanziarie unità organizzativa centrale, si sottolinea che la contabilità separata deve essere un'attività meramente contabile.


COORDINAMENTO GESTIONE RISORSE MATERIALI E STRUMENTALI
Acquisizione Beni e Servizi
Economato Generale
Gestione Autoparco
Beni di consumo e servizi
Apparecchiature Elettromedicali
Coordinatore area ospedaliera
Coordinatore area distrettuale
Colleferro
Palestrina
Subiaco
Tivoli-Palombara
Monterotondo
Strutt.Diurna Zagarolo
Colleferro
Palestrina
Subiaco
Tivoli
Monterotondo
Guidonia

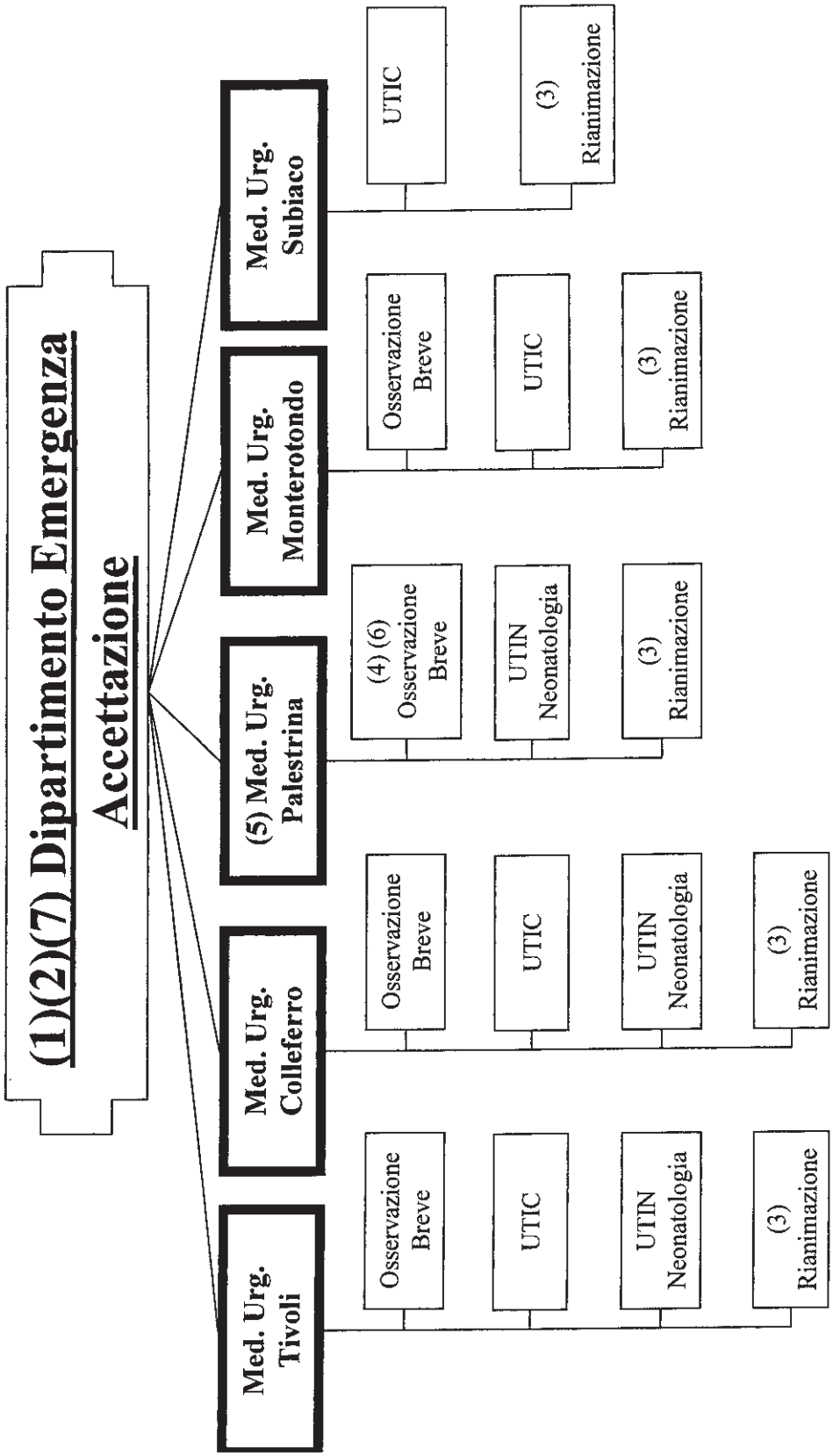

COORDINAMENTO AREA TECNICA-PATRIMONIO
Gestione area Tecnica
Vigilanza Lavori
Vigilanza Appalti e Servizi
Ingegneria clinica
Ufficio tecnico periferico
Coordinatore area distrettuale
Colleferro
Palestrina
Subiaco
Tivoli
Monterotondo
Guidonia
Coordinatore area ospedaliera
Colleferro
Palestrina
Subiaco
Tivoli-Palombara
Monterotondo
Strutt.Diurna Zagarolo
Gestione area Patrimonio
Ex articolo 20 legge 67/1988
Gestione inventario e rendite



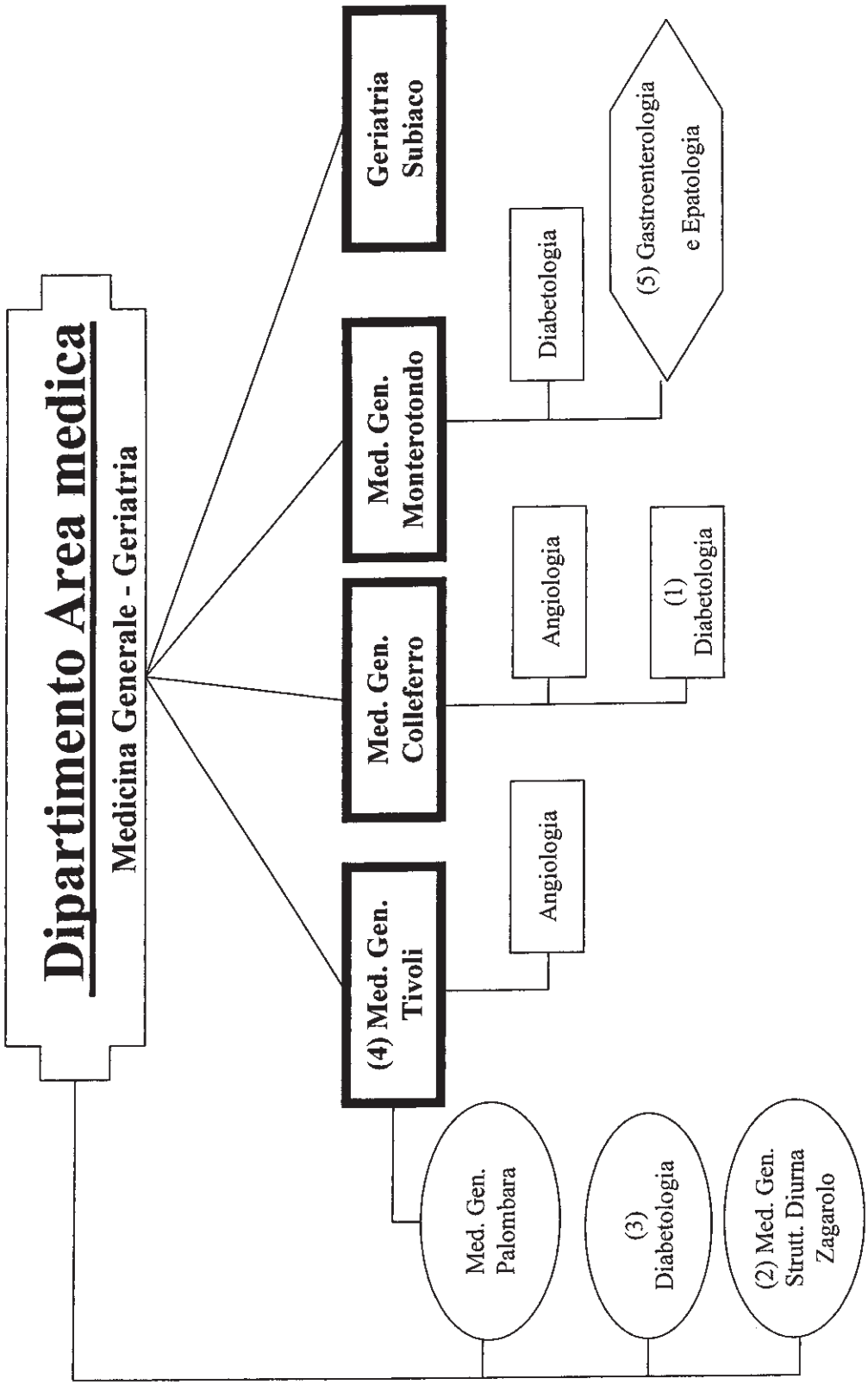
(1) *Le funzioni di coordinamento possono essere svolte da un dirigente medico di secondo livello assegnato alla direzione sanitaria di uno dei presidi.*

(2) *Tali S.O.S. hanno i requisiti "di particolare autonomia nella gestione delle risorse umane e strumentali" pertanto sono equiparabili alle strutture operative dipartimentali.*

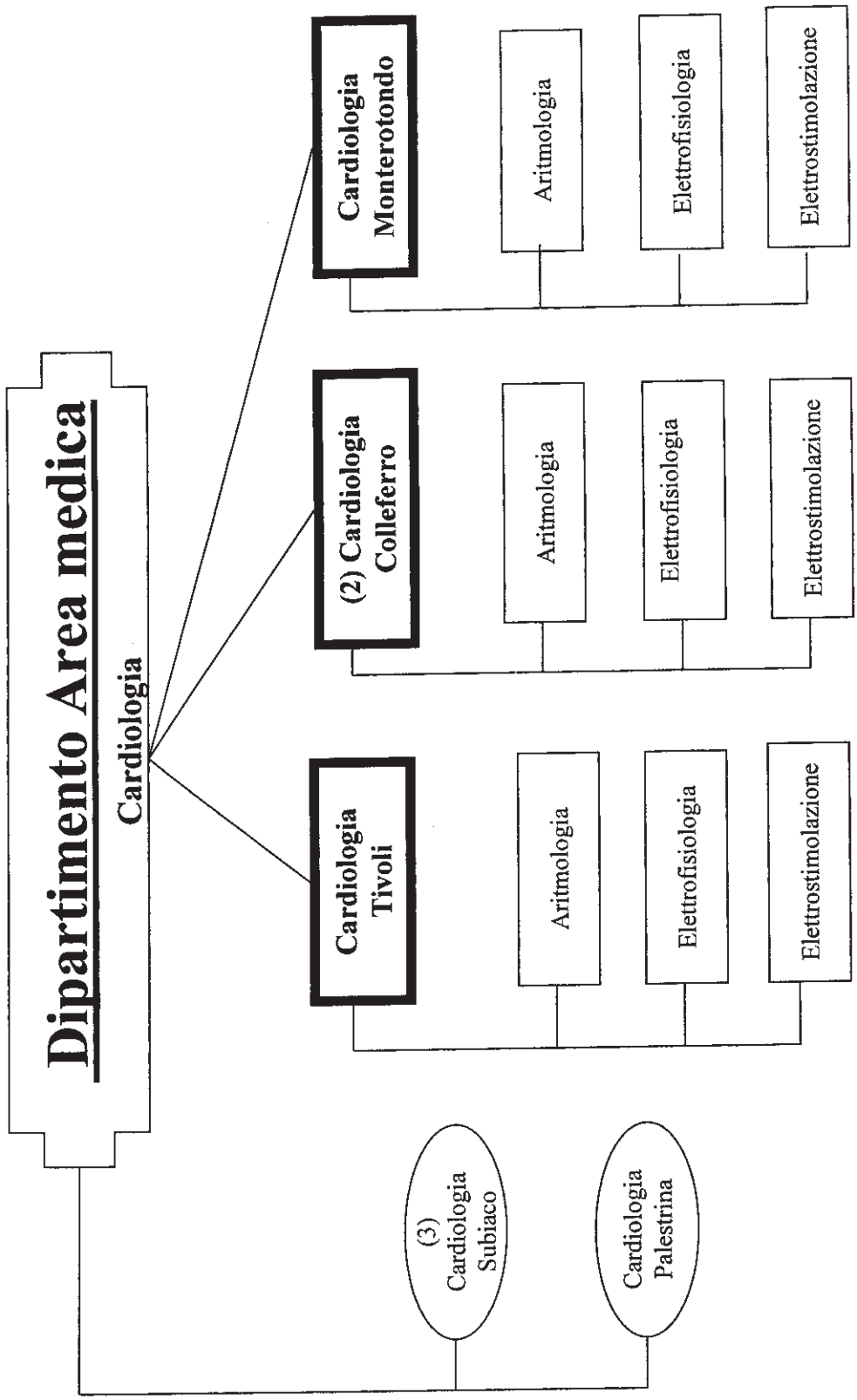
(3) *La direzione sanitaria del presidio di Subiaco è una S.O.S. come si evince dalla simbologia adottata, salvo le diverse indicazioni che interverranno a seguito dell'attuazione della D.G.R. num. 908 del 22/09/03.*



(1) *Coordinamento area dell'emergenza dell'intera rete ospedaliera.*
(2) *La direzione del D.E.A. cura i rapporti con il 118, ed il servizio integrato per trasporto pazienti critici.*
(3) *I letti di rianimazione vengono assicurati dalla S.O.C. di anestesia e rianimazione.*
(4) *Trattasi 4 letti monitorizzati.*
(5) *Vedi scheda medicina generale-viene istituita la medicina generale d'urgenza.*
(6) *Vedi scheda di cardiologia.*
(7) *I punti di primo soccorso di Zagarolo, Palombara e Guidonia sono correlati funzionalmente con il D.E.A.*



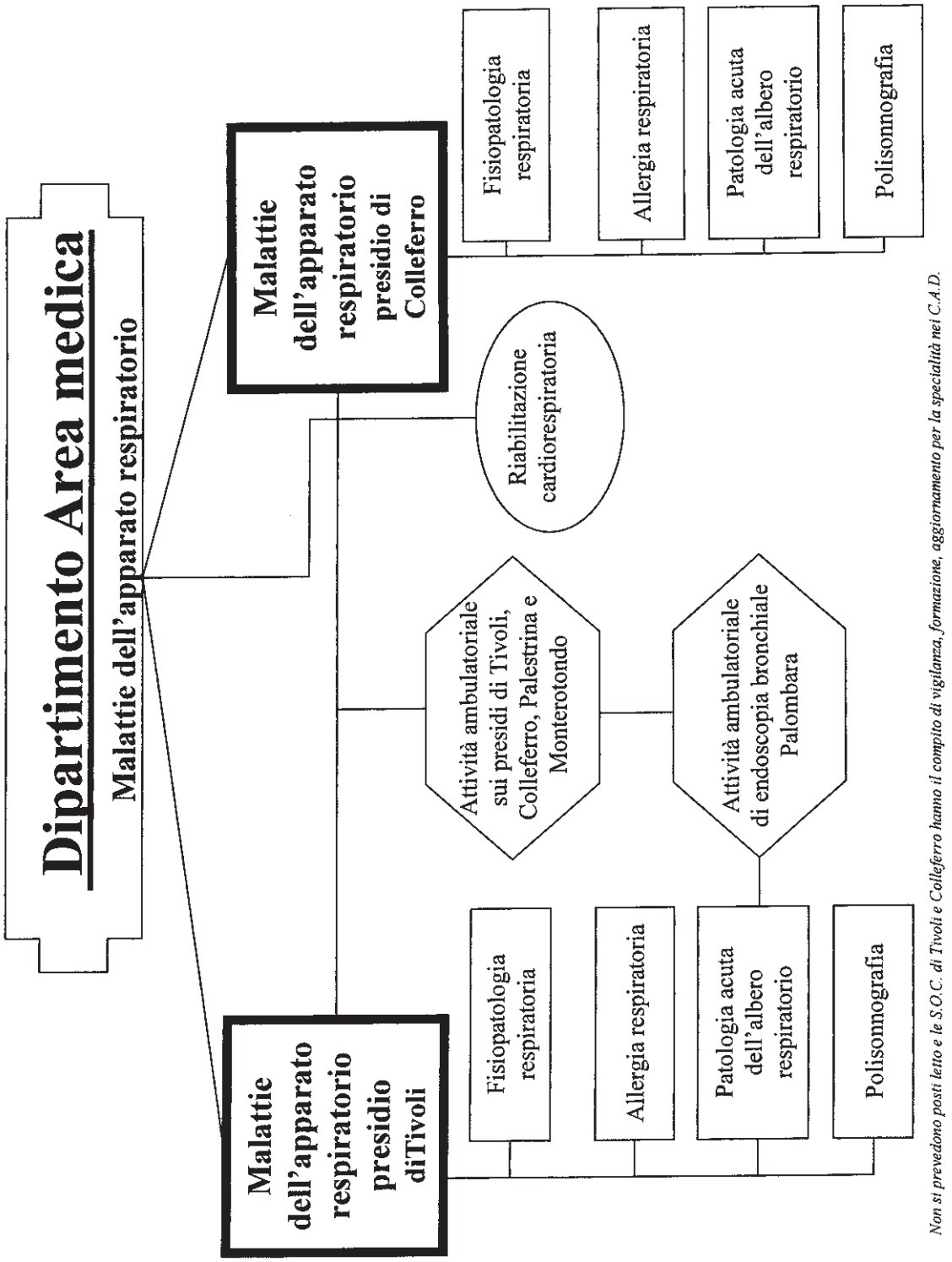
(1) Struttura servente Palestrina e Subiaco
(2) Si prevede un'organizzazione in D.H.
(3) Presso la SOD di diabetologia a Tivoli viene istituito un centro multizonale di prevenzione, con il compito della prevenzione, cura e riabilitazione del paziente diabetico.
(4) La U.O. "Centro di profilassi e cura delle epatiti virali con valenza aziendale presso il P.O. di Tivoli è ascrivibile ad S.O.D. e ad esaurimento con il collocamento a riposo dell'attuale responsabile
(5) Le attività ambulatoriali e i Day Surgeri individuate attraverso la simbologia adottata non individuano di per se alcun livello funzionale.



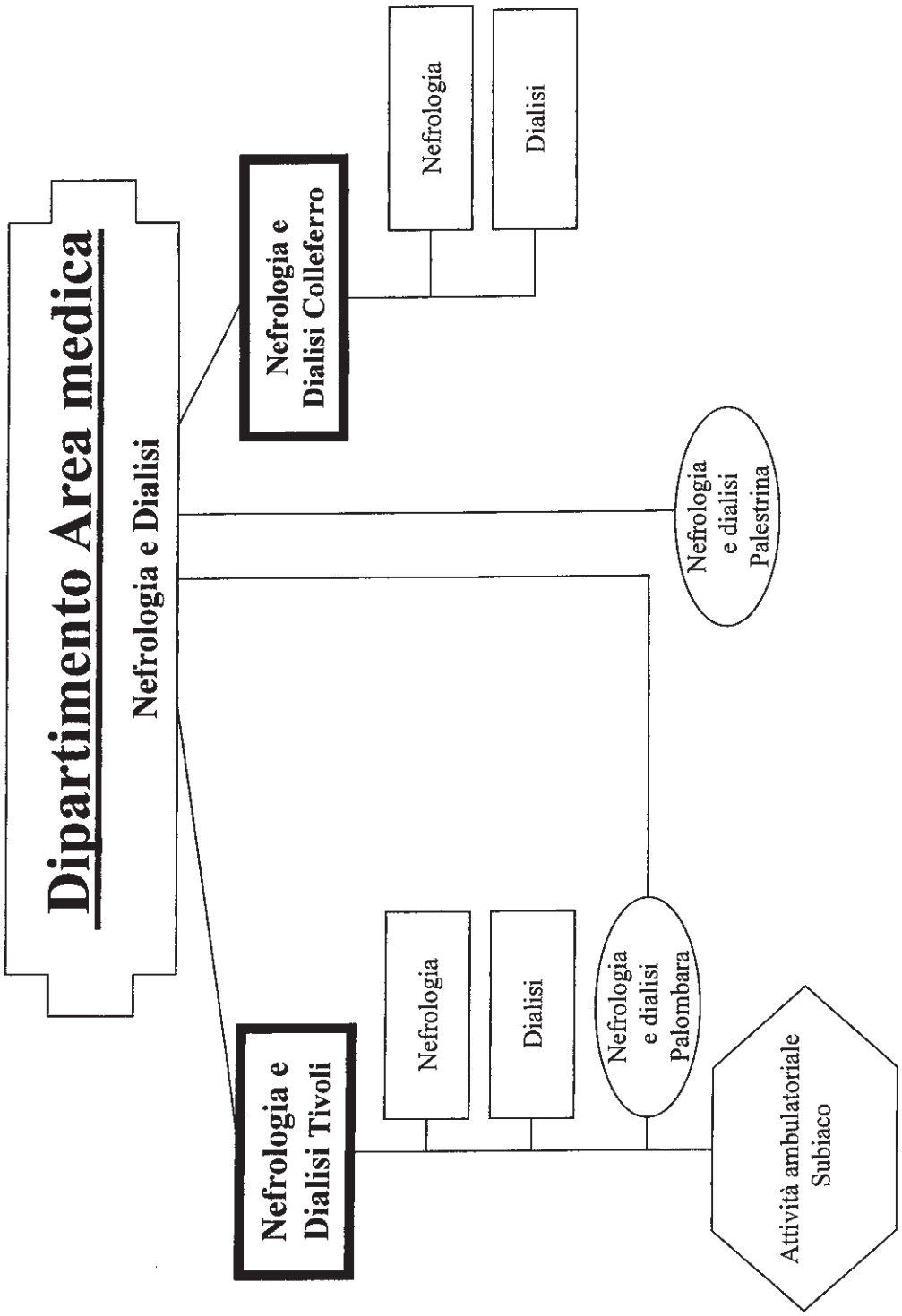
(1) *Le S.O.S. UTIC sono state indicate nella scheda del D.E.A..*

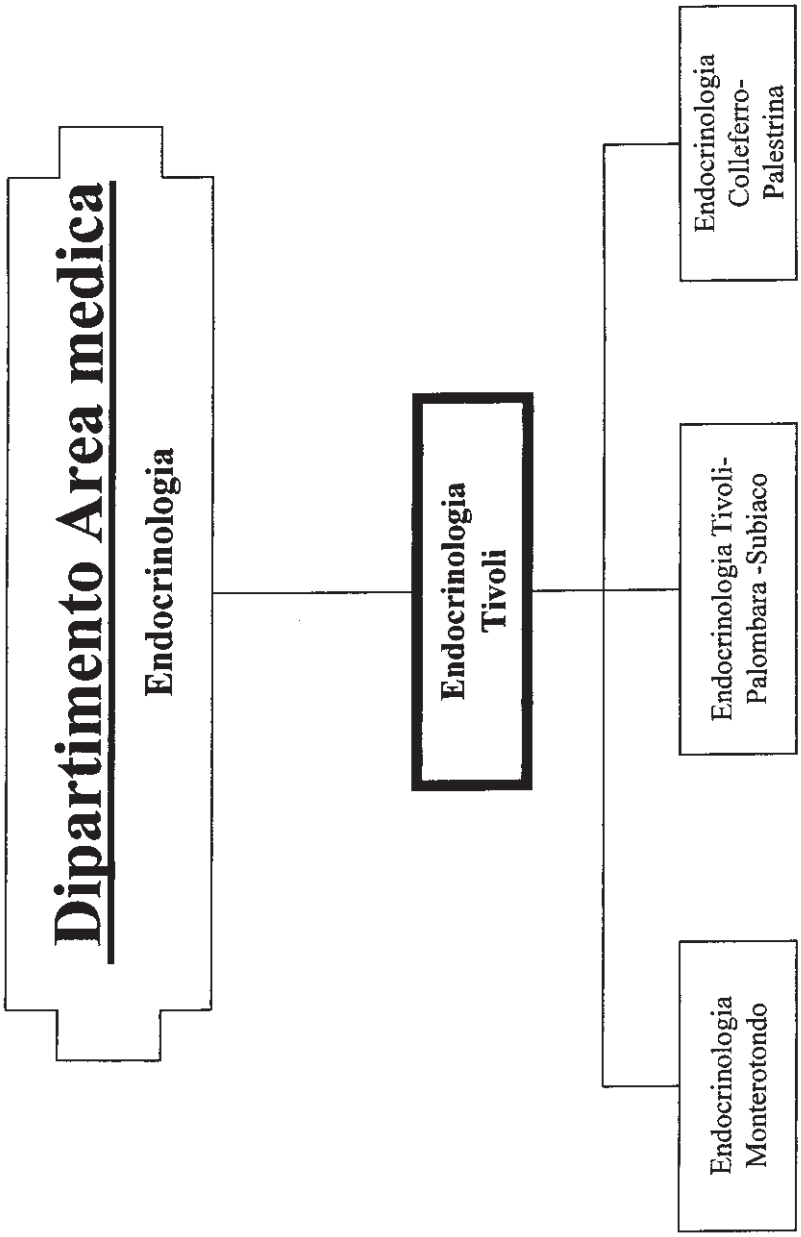
(2) *Le attività di emodinamica, di chirurgia vascolare e cardiochirurgia troveranno applicazione attraverso un progetto sperimentale che vede coinvolti medici di base e medici ospedalieri organizzati attraverso un apposito protocollo-convenzione che garantirà il servizio in loco e il contenimento della spesa.*

(3) *L'attuale SOC di cardiologia andrà ad esaurimento con il collocamento a riposo del dirigente apicale, trasformandosi in SOD.*

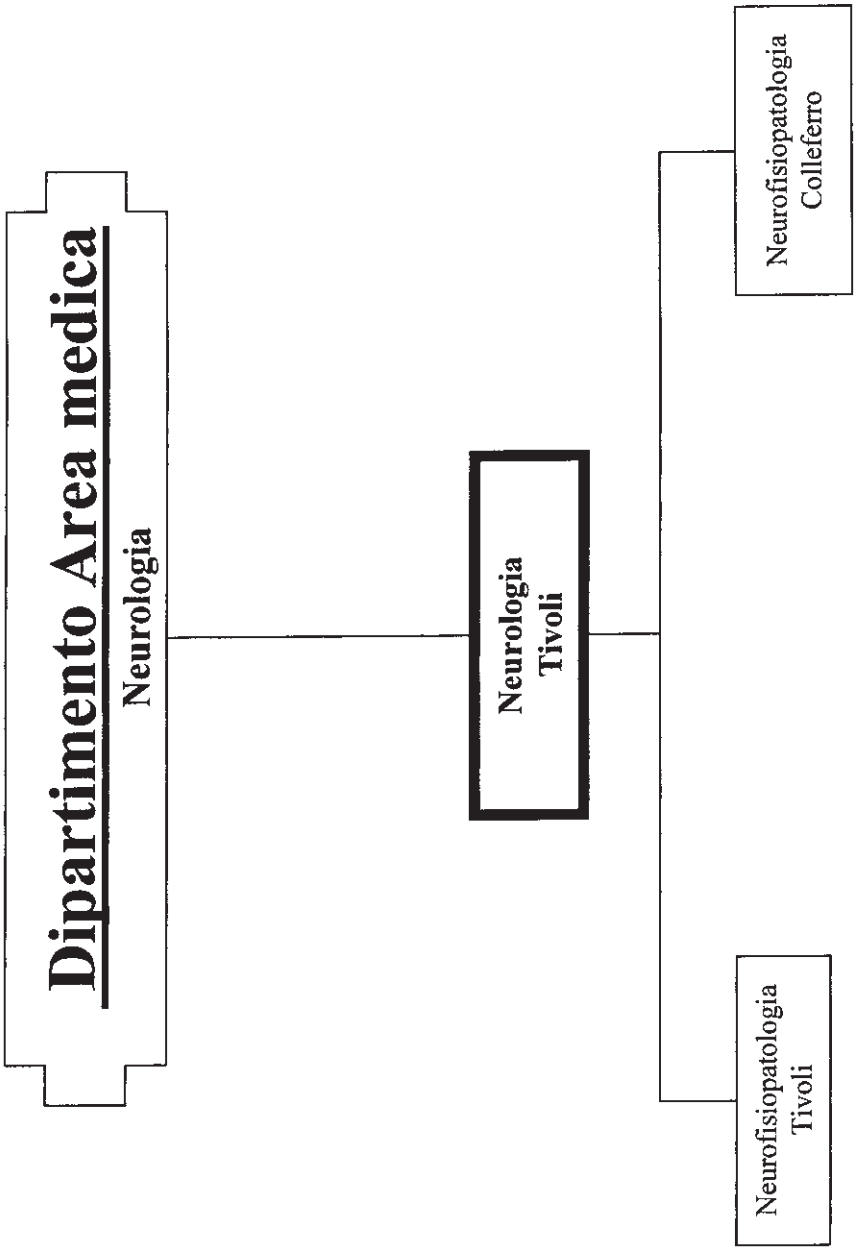


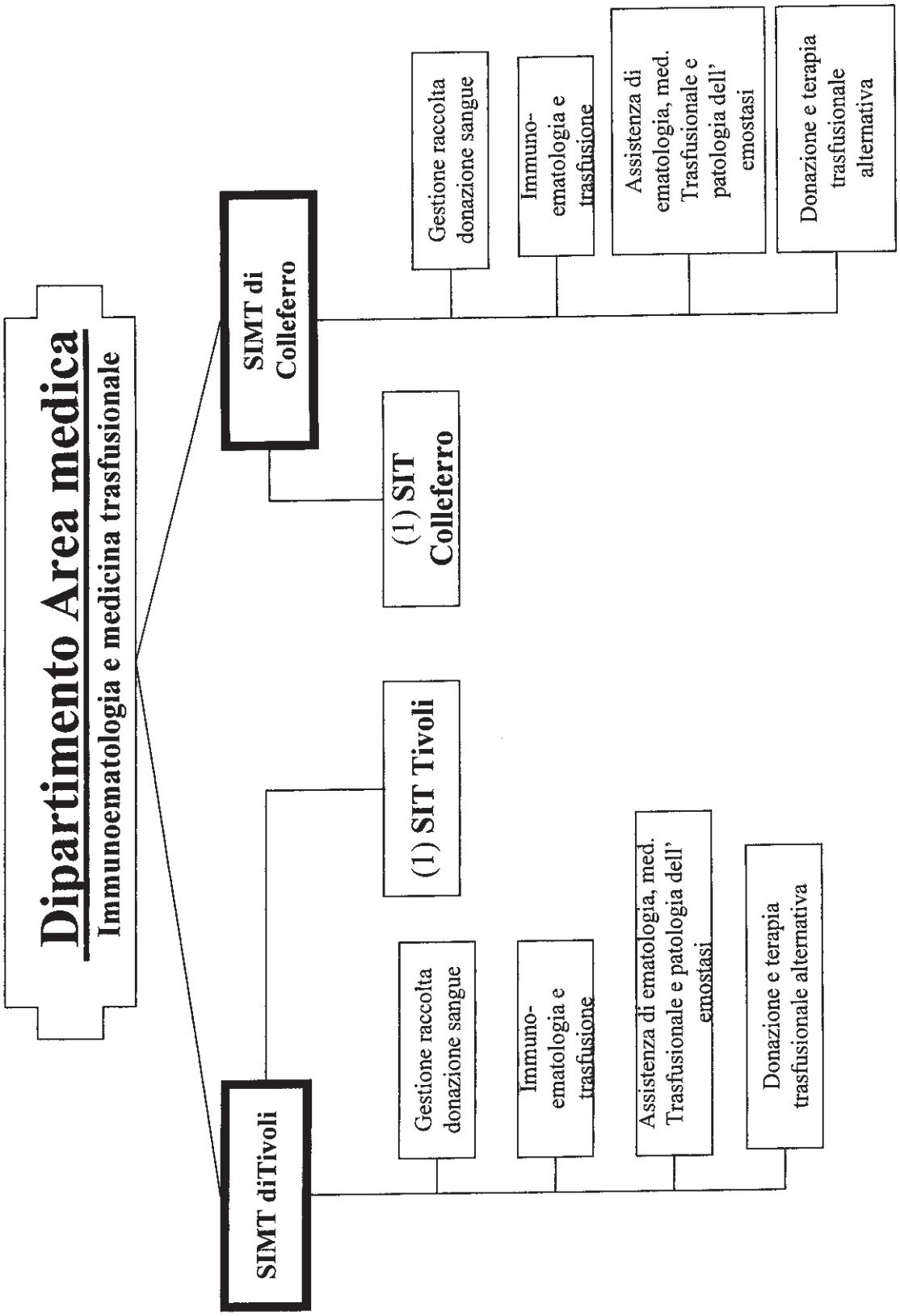
Non si prevedono posti letto e le S.O.C. di Tivoli e Colleferro hanno il compito di vigilanza, formazione, aggiornamento per la specialità nei C.A.D.


Dipartimento Area medica
Nefrologia e Dialisi
Nefrologia e Dialisi Colleferro
Nefrologia
Dialisi
Nefrologia e dialisi Palestrina
Nefrologia e Dialisi Tivoli
Nefrologia
Dialisi
Nefrologia e dialisi Palombara
Attività ambulatoriale Subiaco

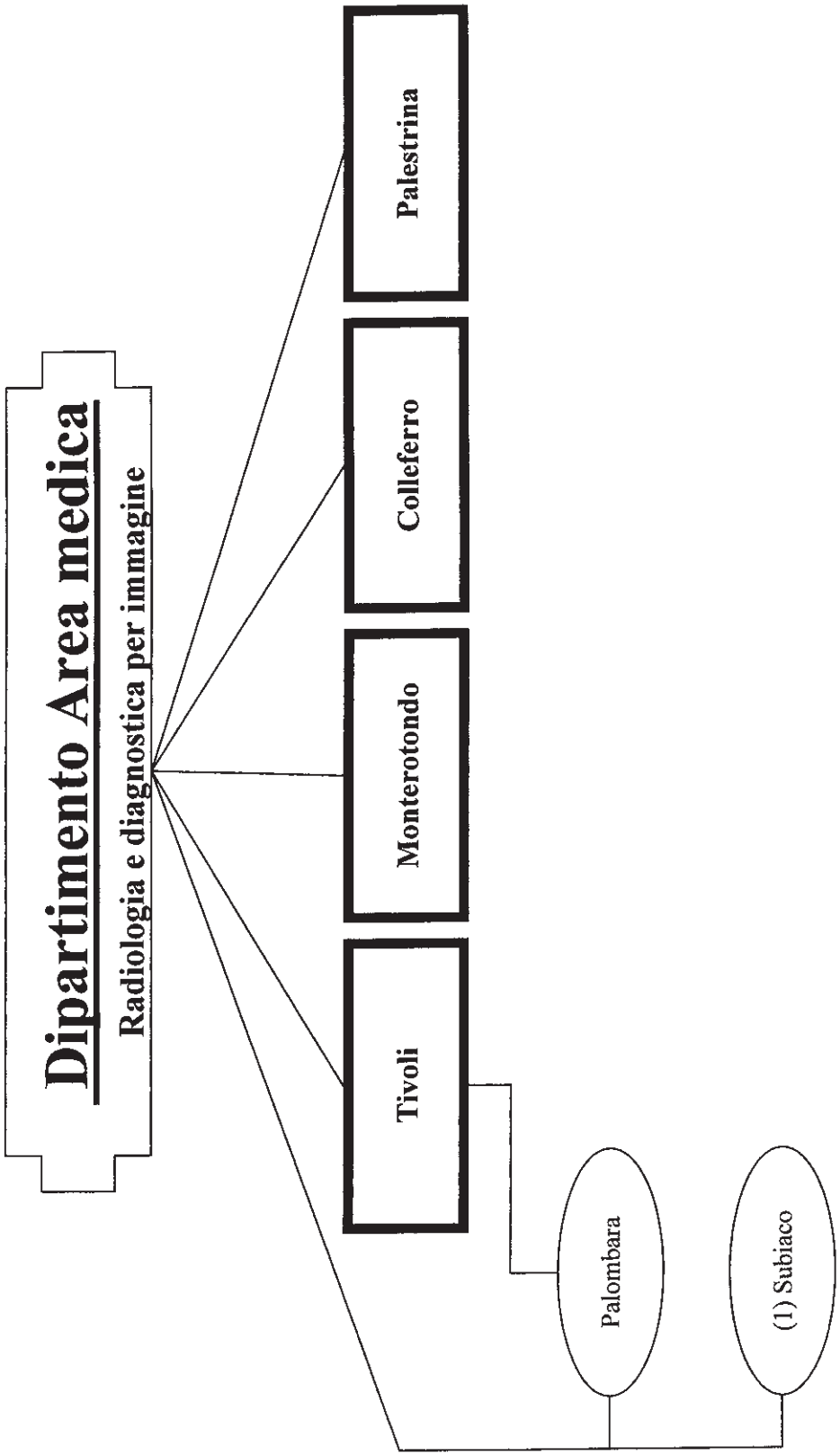


Non si prevedono posti letto, se necessario i ricoveri verranno effettuati presso le S.O.C. di medicina.
La S.O.C. di Tivoli garantisce funzionalmente gli ambulatori di andrologia.

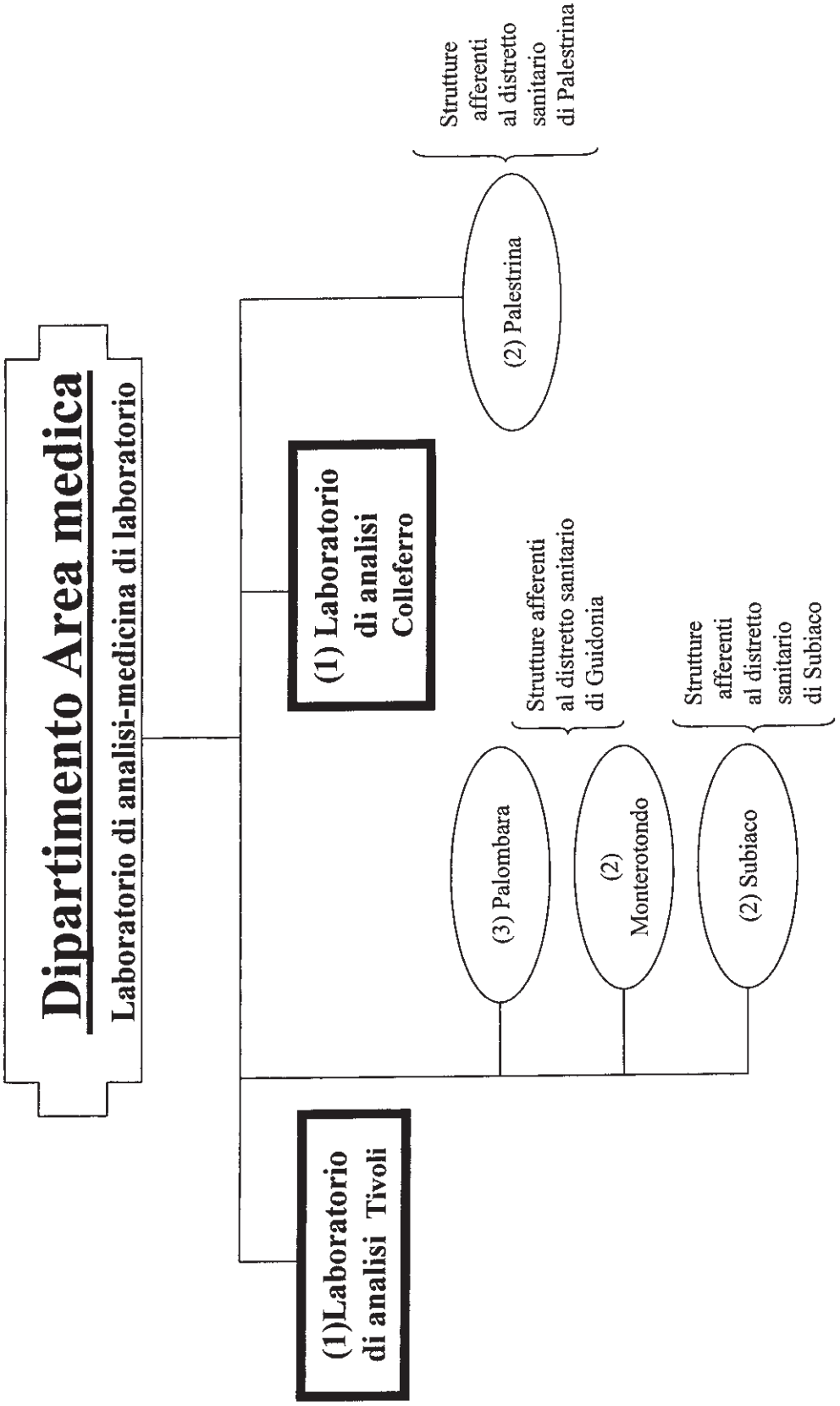

Dipartimento Area medica
Neurologia
Neurologia
Tivoli
Neurofisiopatologia
Tivoli
Neurofisiopatologia
Colleferro



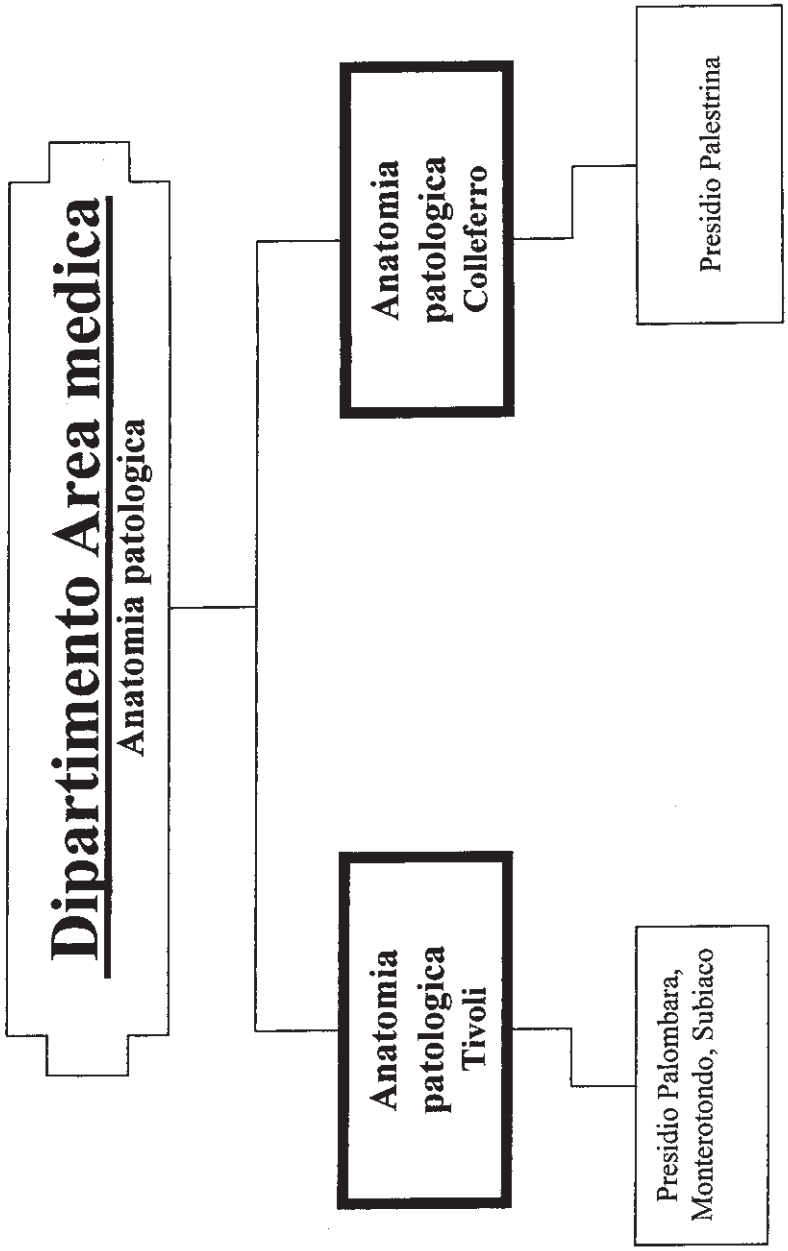
(1) Il SIT di Tivoli serve il territorio di Tivoli, Guidonia, Palombara e Monterotondo.
Il SIT di Colleferro il territorio di Colleferro, Zagarolo, Palestrina, Subiaco

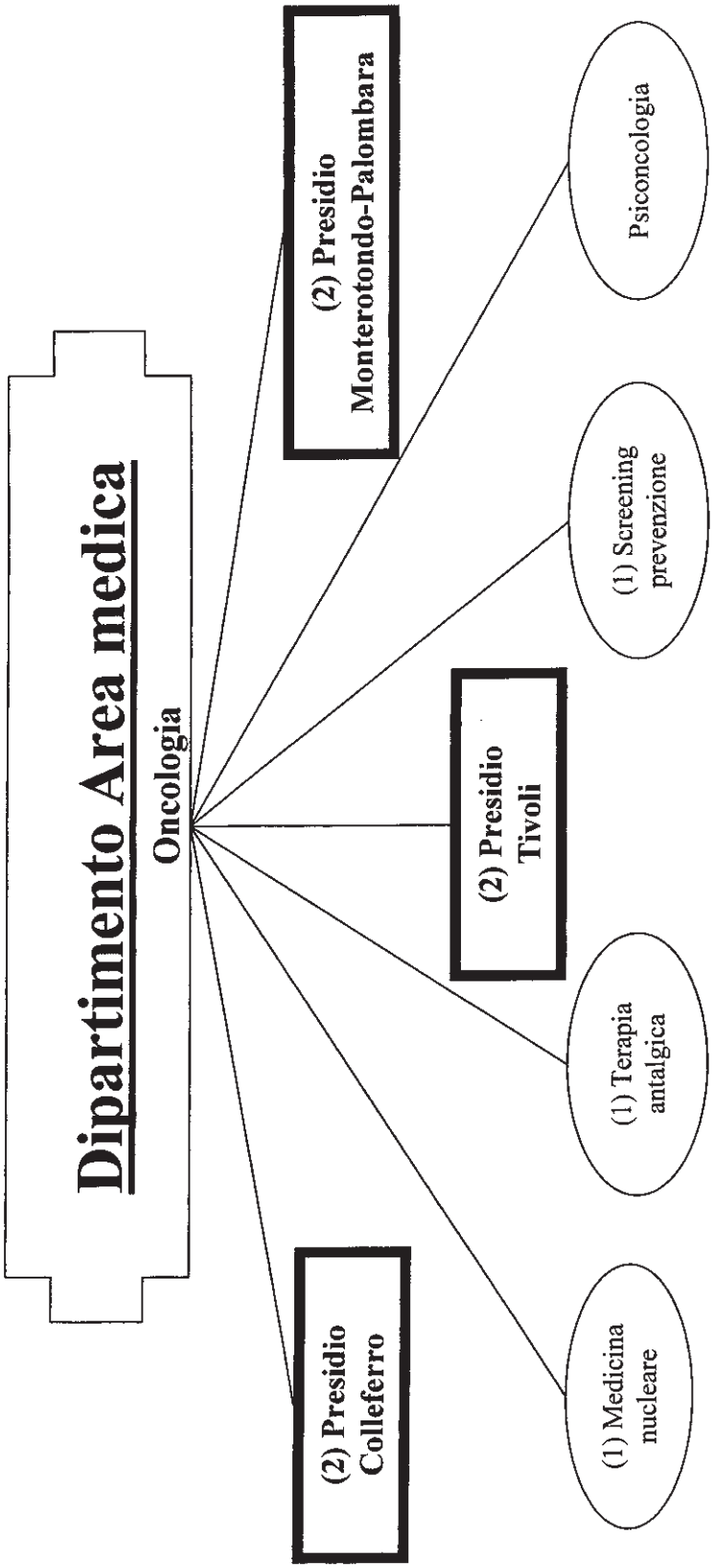


(1) L'attuale S.O.C. ad esaurimento che si realizzerà in concomitanza con il collocamento a riposo di un dirigente apicale, trasformandosi in S.O.D.
Il presidio di Tivoli e di Colleferro rappresentano centri diagnostici di riferimento attraverso la realizzazione del servizio di trasmissione delle immagini.
La strutturazione della radiologia interventistica sarà oggetto di valutazione successiva in relazione all'incremento tecnologico professionale.



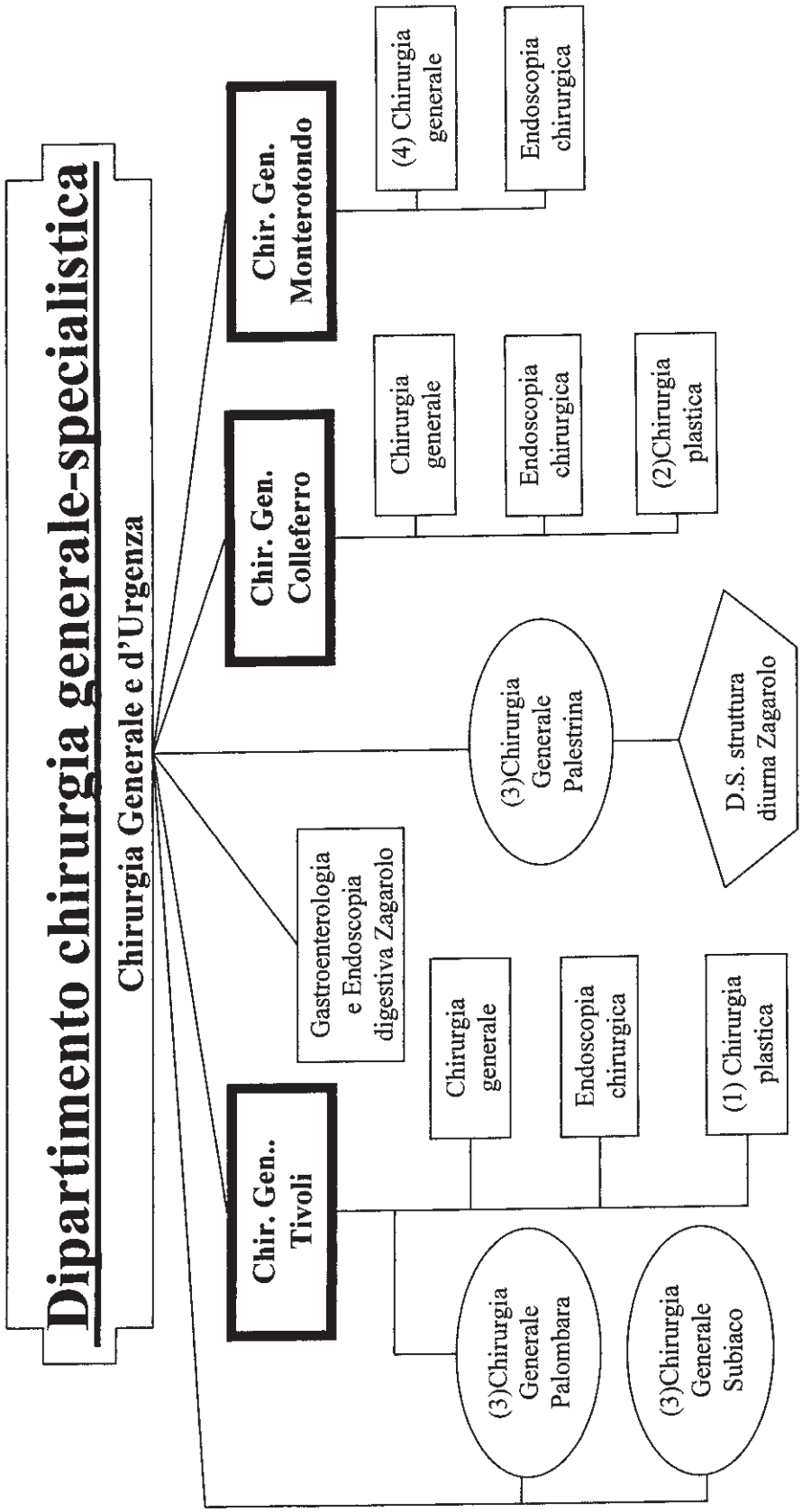
1) Operatività 24h dal lun. al sab. nonchè festivi 6h.
2) Operatività 12h dal lun. al sab., festivi 6h.
3) Operatività 6h dal lun. al sab.


Dipartimento Area medica
Anatomia patologica
Anatomia patologica Tivoli
Anatomia patologica Colleferro
Presidio Palombara, Monterotondo, Subiaco
Presidio Palestrina



(1) *Le S.O.D. sono da considerarsi serventi a tutte le S.O.C. del dipartimento*

(2) *I posti letto sono previsti nelle S.O.C. di medicina dei rispettivi presidi, il relativo personale deve garantire la guardia anche ai posti letto assegnati al dipartimento Oncologico.*
E' previsto presso il presidio di Palombara un Hospice di 20 posti letto con 30-40 posti di assistenza domiciliare.



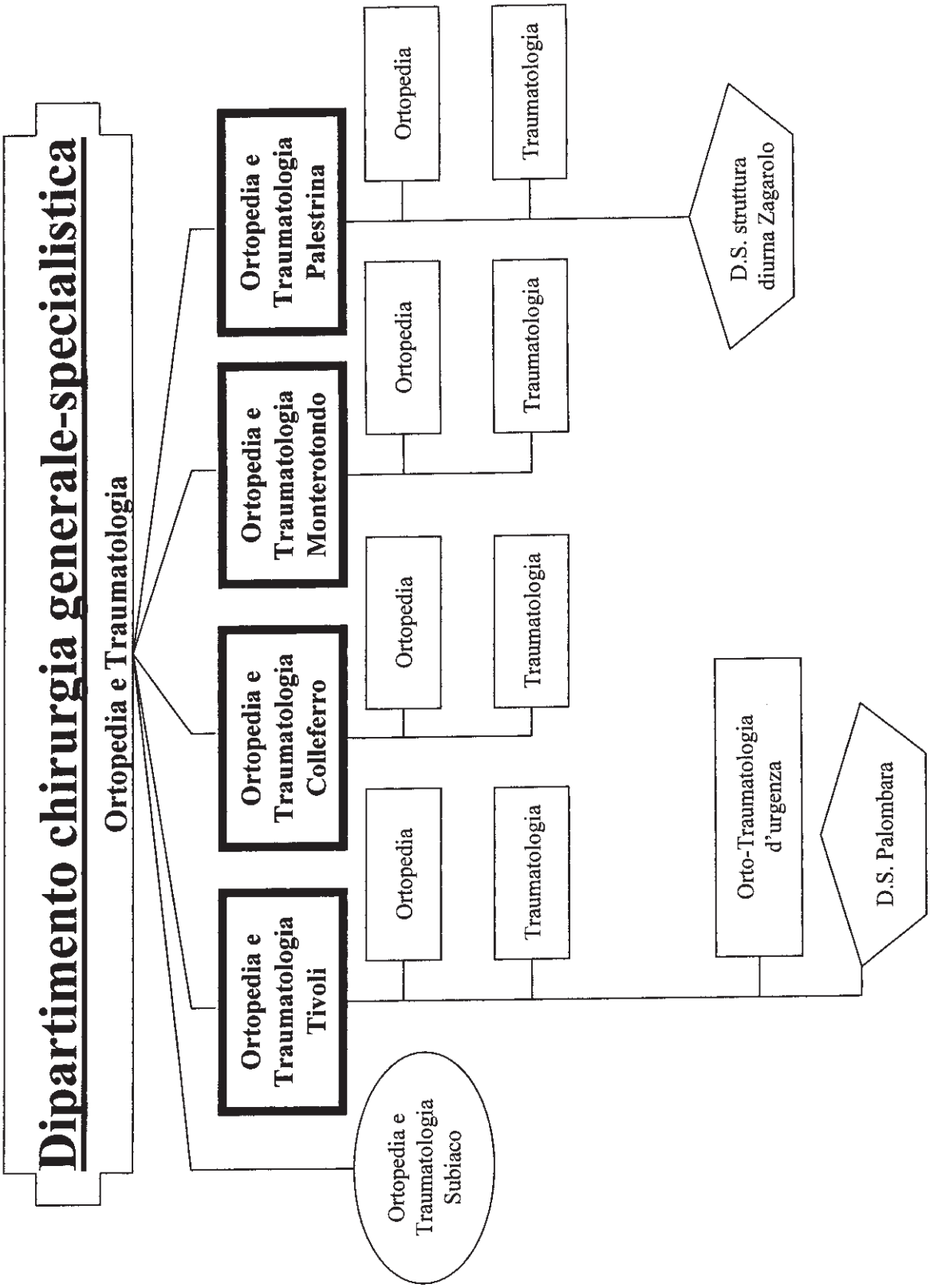
Le S.O.S. di chirurgia plastica garantiscono la consulenza nonché l'attività ambulatoriale nei vari nosocomi anche per le attività ricostruttive correlate alle S.O.C. di ortopedia e traumatologia e S.O.C. ostetricia e ginecologia.

(1) Struttura servente Palombara e Monterotondo.

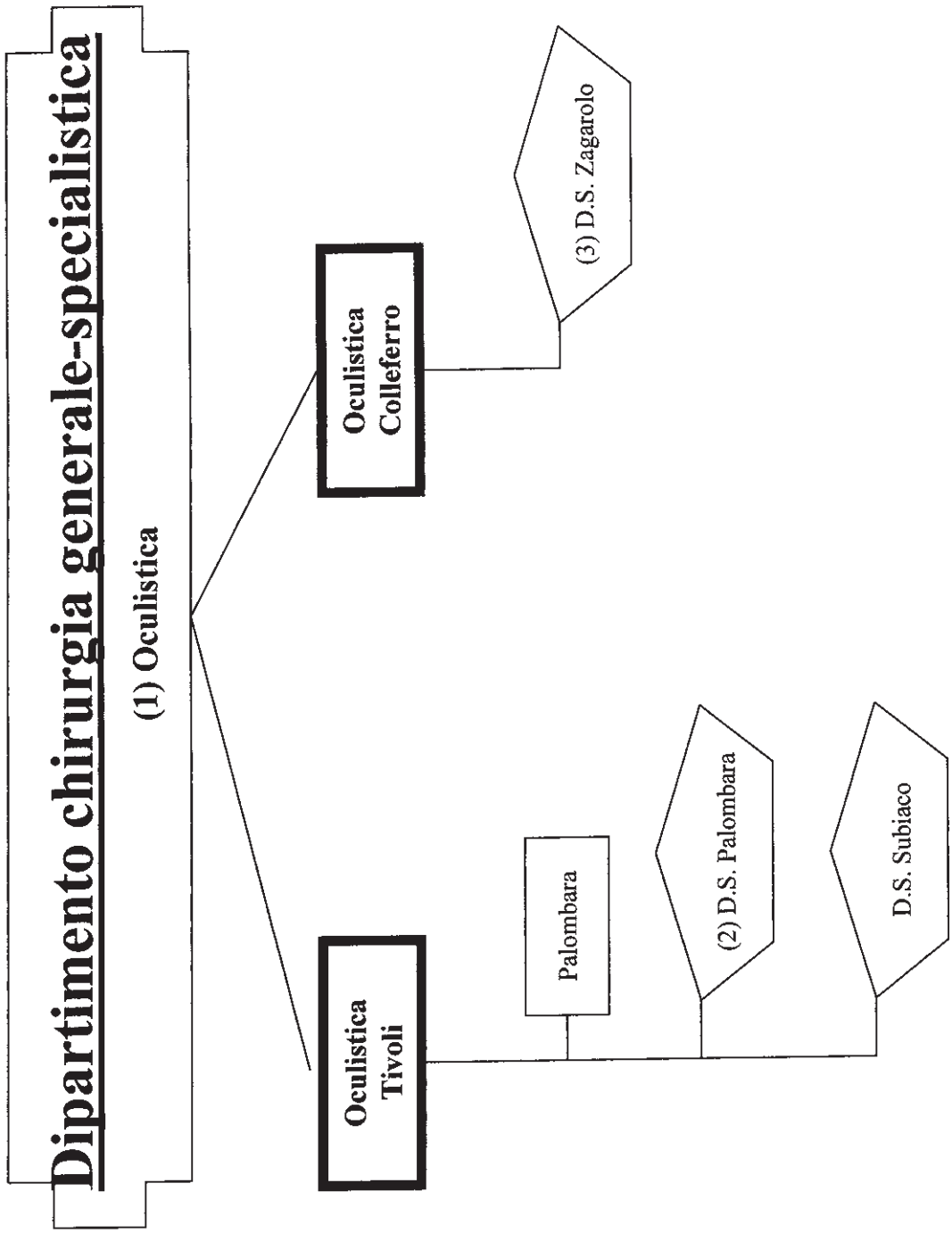
(2) Struttura servente Zagarolo e Subiaco.

(3) Le attuali S.O.C. sono ad esaurimento trasformandosi successivamente in S.O.D.

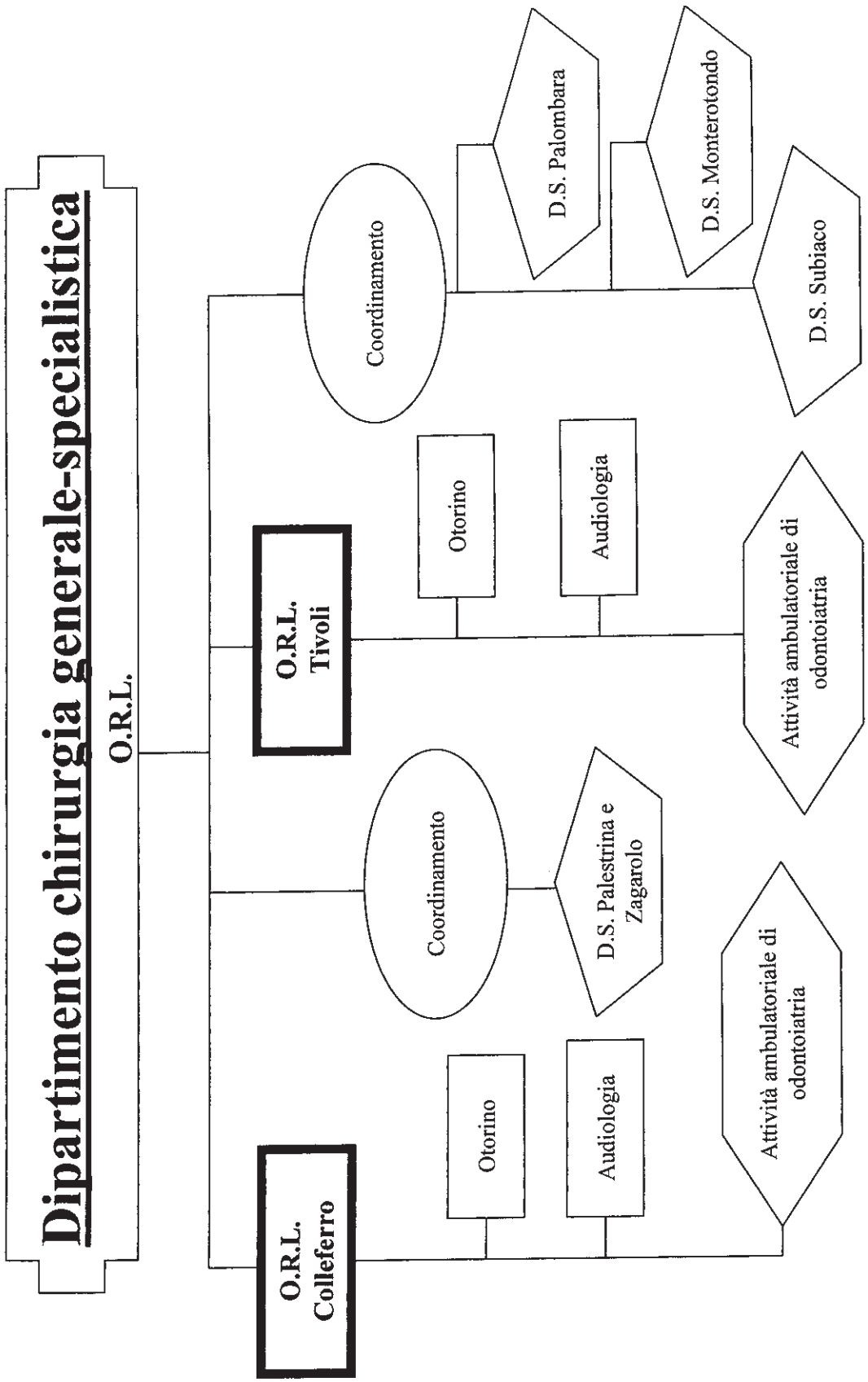
(4) Nelle more dell'attivazione della SOC di urologia di Tivoli viene istituita una SOS di urologia nell'ambito della chirurgia generale di Monterotondo.



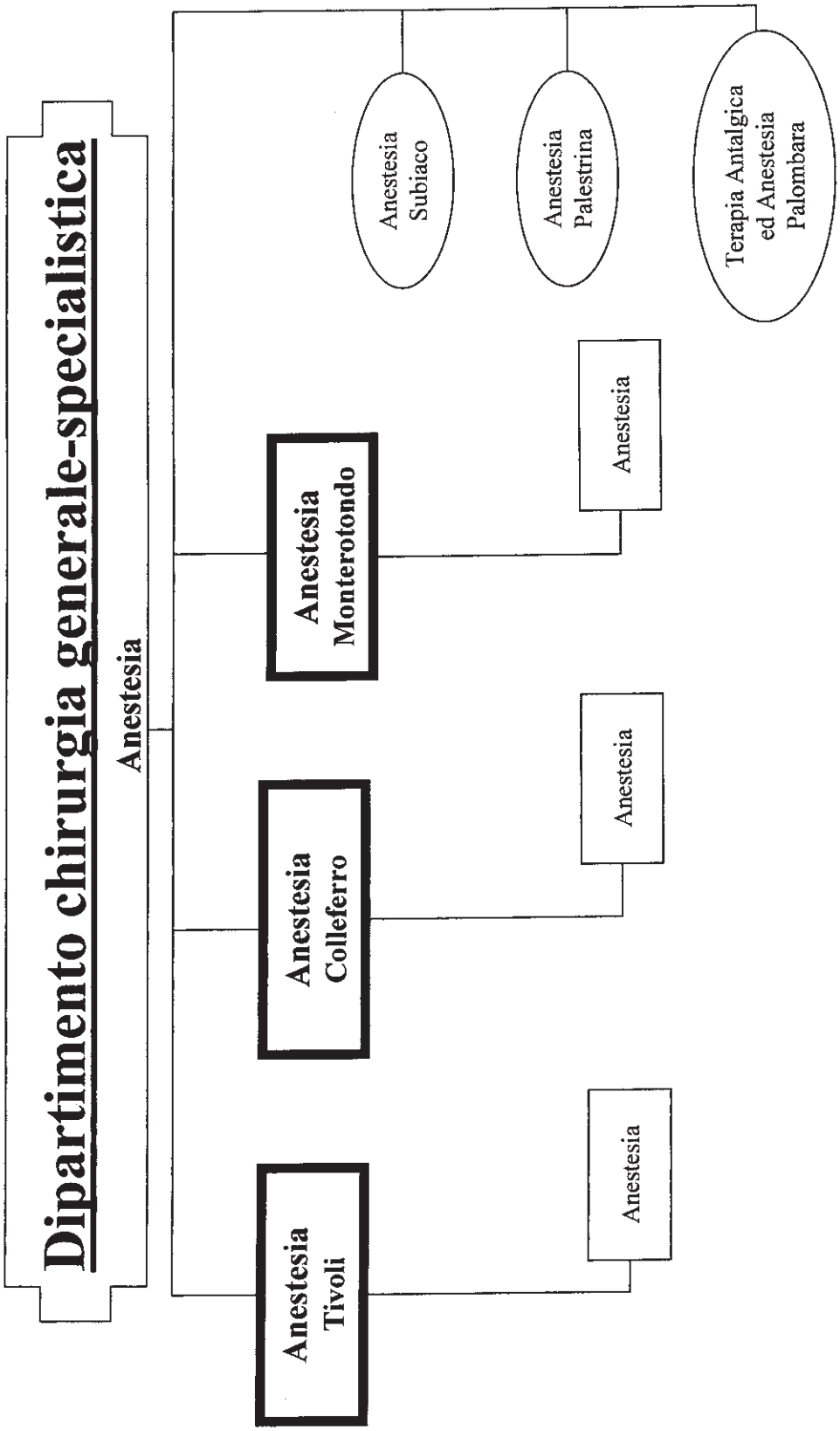
Attraverso un'apposita convenzione con altre ASL verrà garantita la neuro-chirurgia da realizzarsi su tutto il territorio della ASL RM-G, presso gli ospedali di Tivoli e Colleferro al momento del completamento dei nuovi gruppi operatori. In tal modo i pazienti verranno ricoverati presso le relative S.O.C. di ortopedia e traumatologia assicurando in tal modo idonea assistenza per l'80% delle relative patologie.

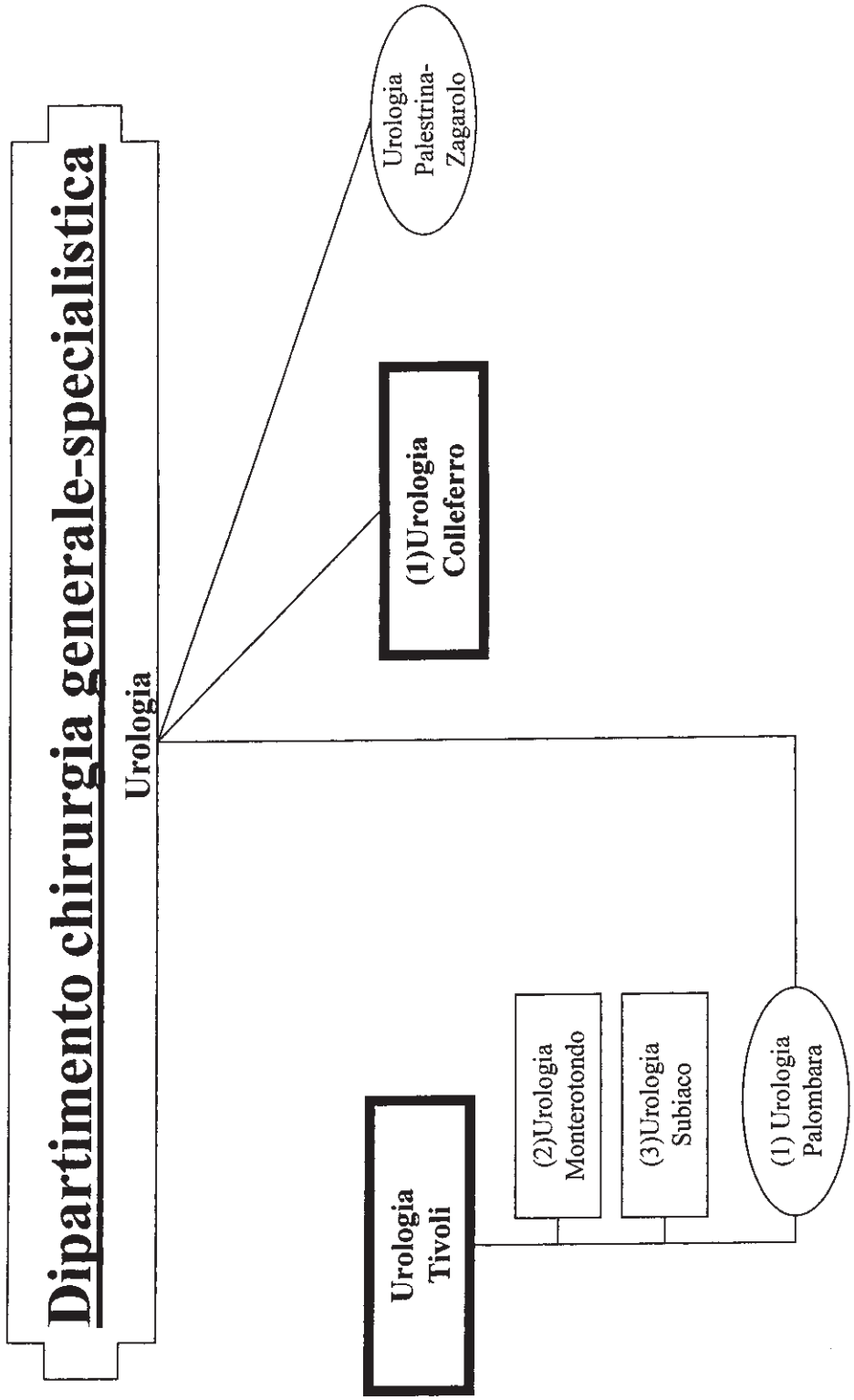


(1) *Si prevede il Day Surgery a Zagarolo, Palombara e Subiaco*
(2) *Struttura servente presidio di Monterotondo*
(3) *Struttura servente presidio di Palestrina*



E' previsto il Day Surgery a Zagarolo, Palombara, Subiaco e Monterotondo.
Per le necessità connesse alle patologie del maxillofacciale e dell'otontostomatologia si provvederà con apposità convenzione con altre strutture pubbliche.


Dipartimento chirurgia generale-specialistica
Anestesia
Anestesia Tivoli
Anestesia Colleferro
Anestesia Monterotondo
Anestesia
Anestesia
Anestesia
Anestesia Subiaco
Anestesia Palestrina
Terapia Antalgica ed Anestesia Palombara

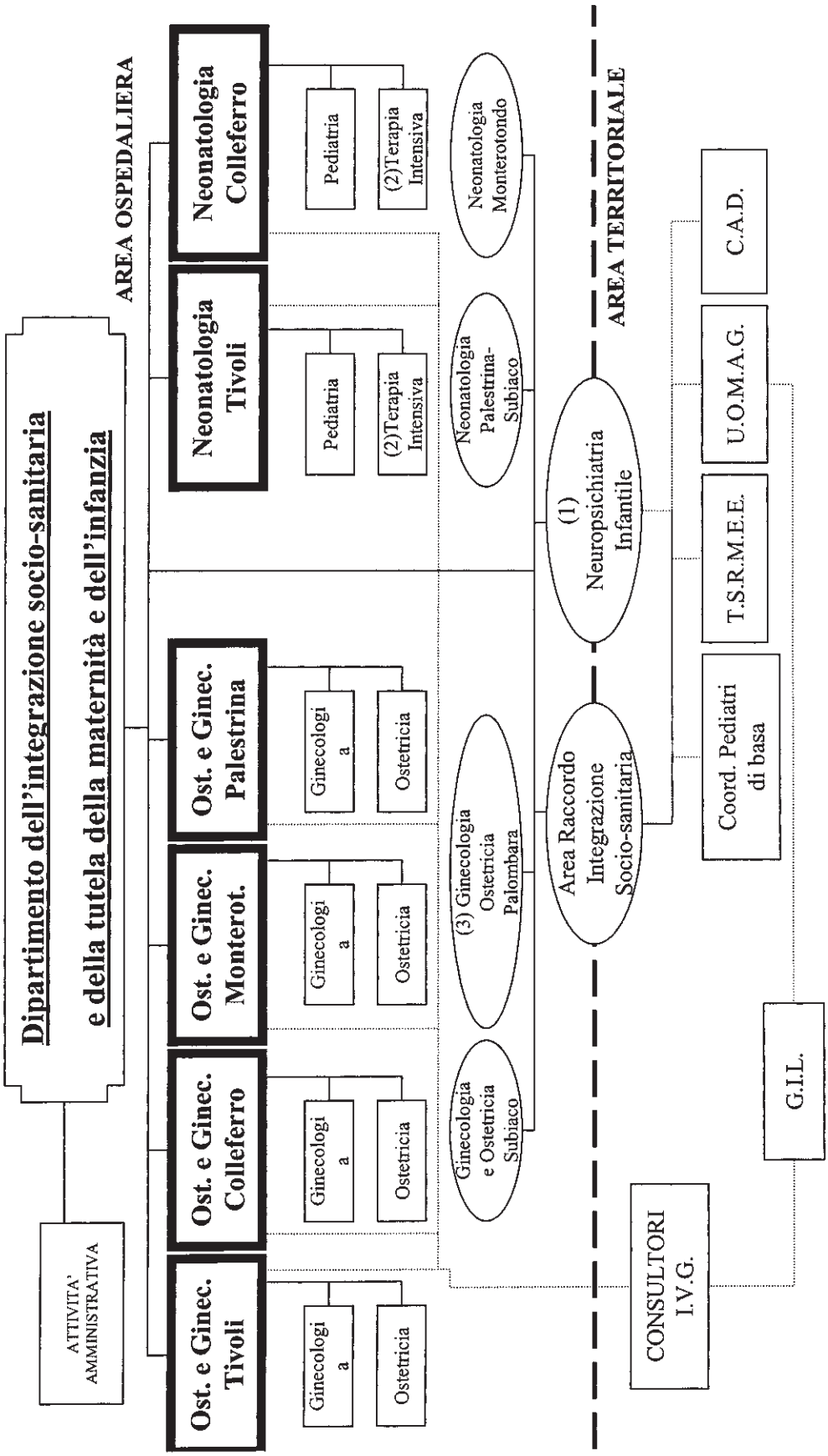


Per l'attività urologica è previsto Day Surgery a Zagarolo, Palombara e Subiaco.

(1) È presente l'impianto per la litotrisia.

(2) Nelle more dell'attivazione della SOC di urologia di Tivoli viene istituita una SOS di urologia nell'ambito della chirurgia generale di Monterotondo.

(3) Nelle more dell'attivazione della SOC di urologia di Tivoli viene istituita una SOS di urologia il cui servizio viene assicurato dal responsabile della SOD di Palombara.



La linea tratteggiata indica il rapporto funzionale tra strutture operative all'interno del dipartimento

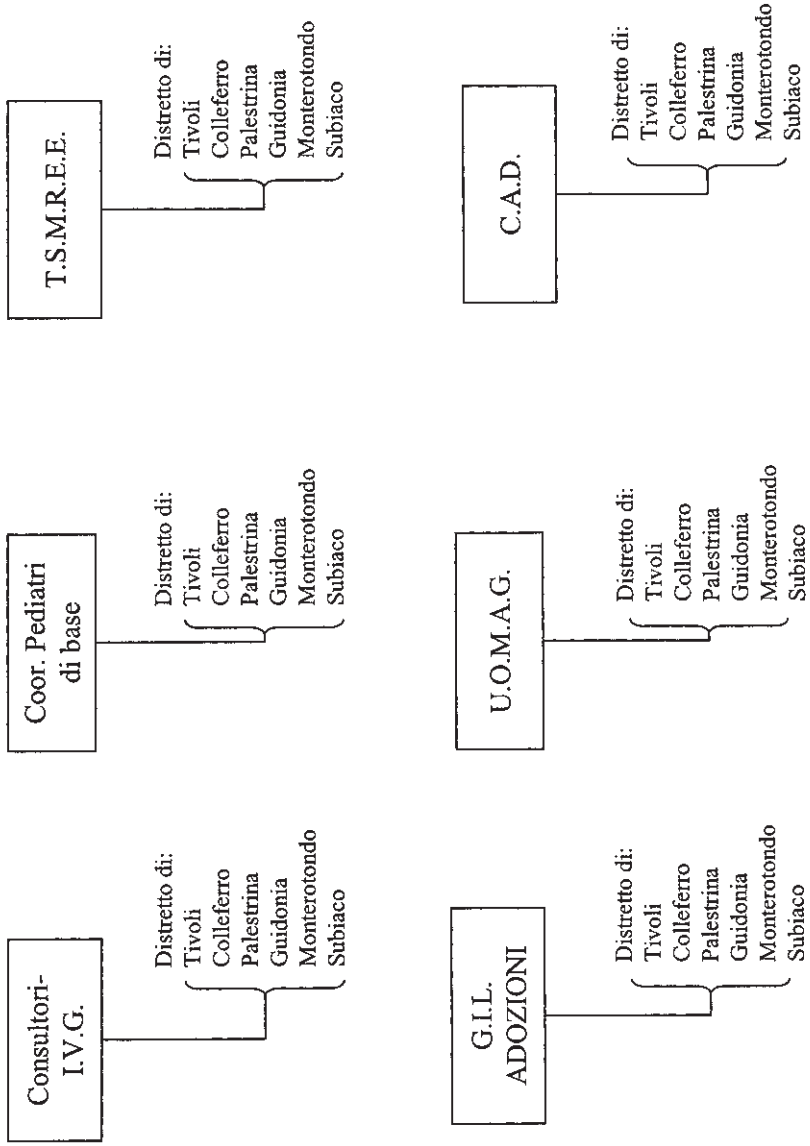
(1) Provvede a sovrintendere e coordinare la relativa attività sul tutto il territorio aziendale sia per gli aspetti ospedalieri che territoriali comprensivi dei profili riabilitativi.

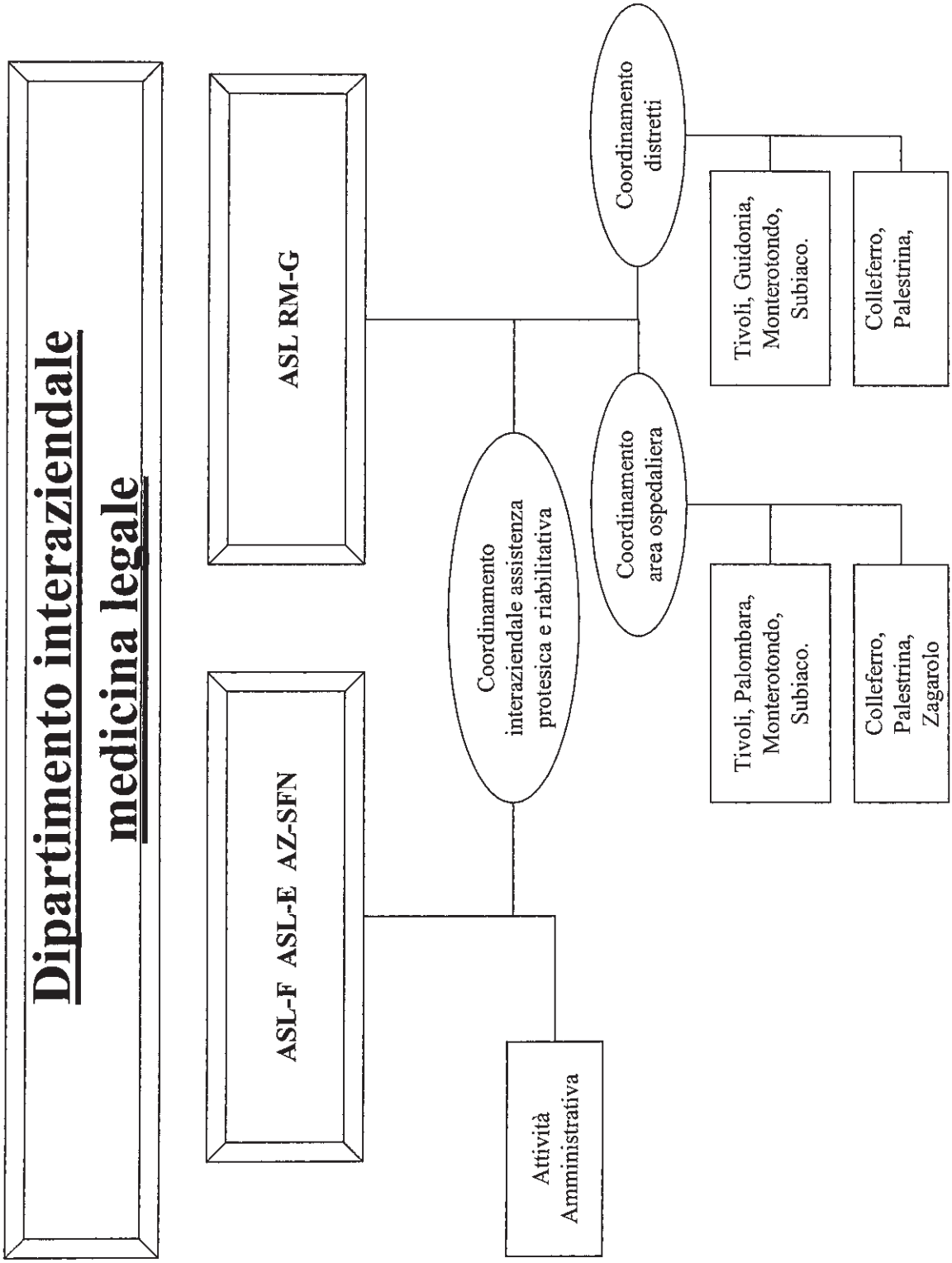
(2) Le strutture di terapia intensiva dipendono funzionalmente dal D.E.A. (vedi d.r.l. num.1004 del 1996)

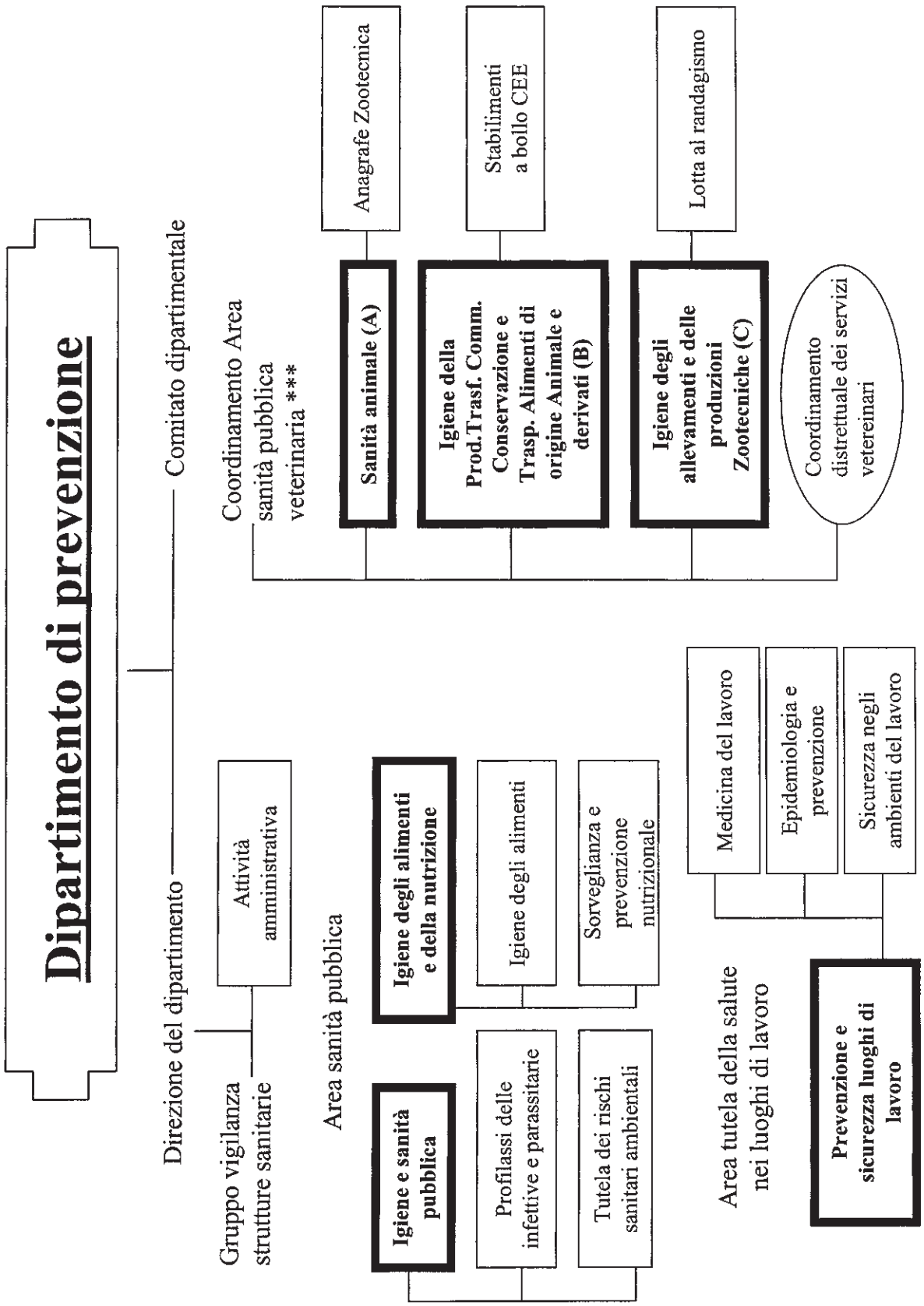
(3) L'attività di ostetricia è effettuata in DH.

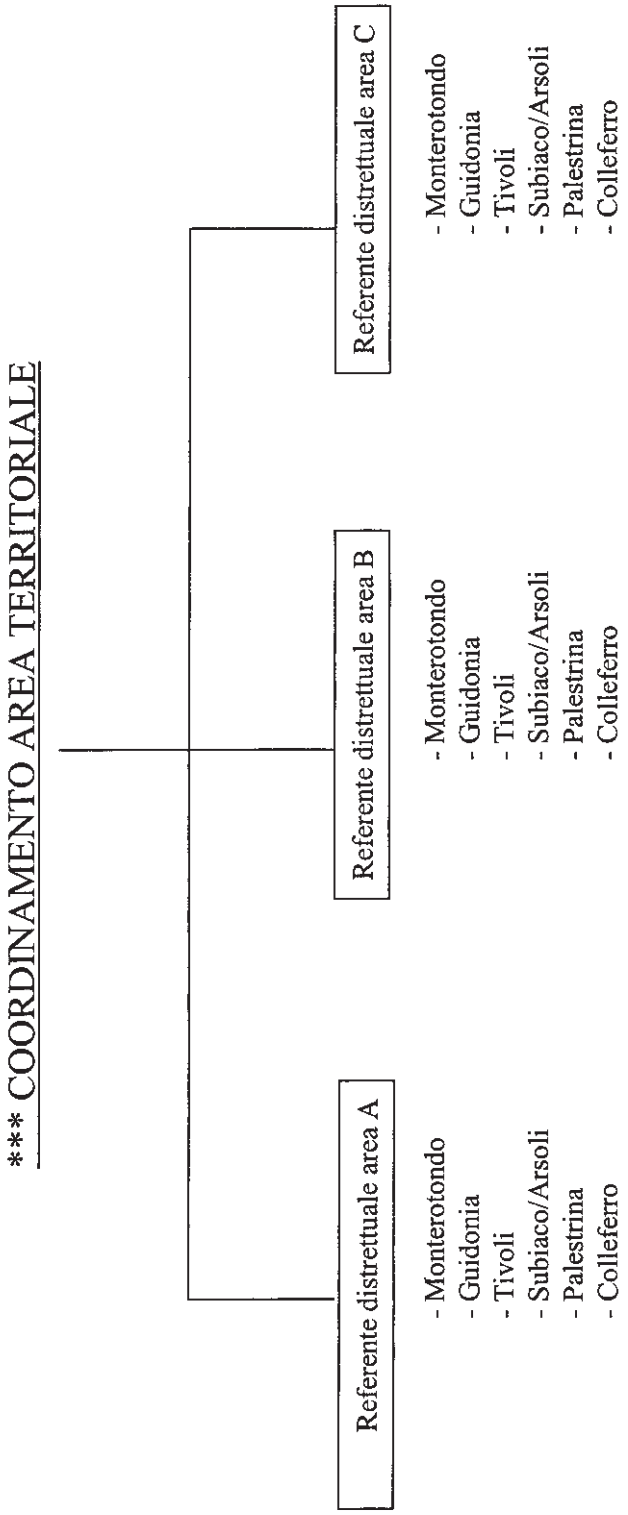
Dipartimento dell'integrazione socio-sanitaria e della tutela della maternità e dell'infanzia

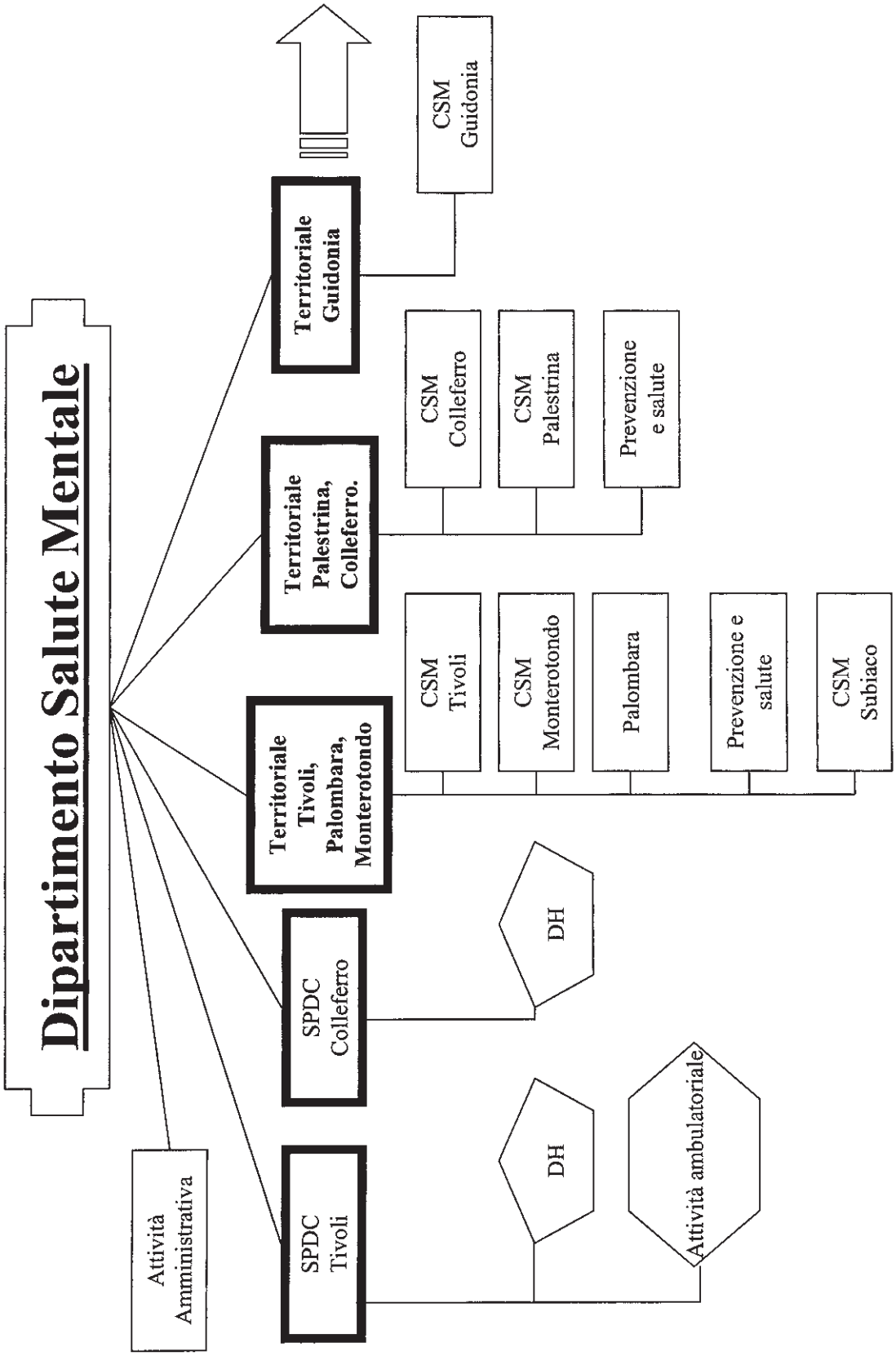
Area territoriale: descrizione analitica

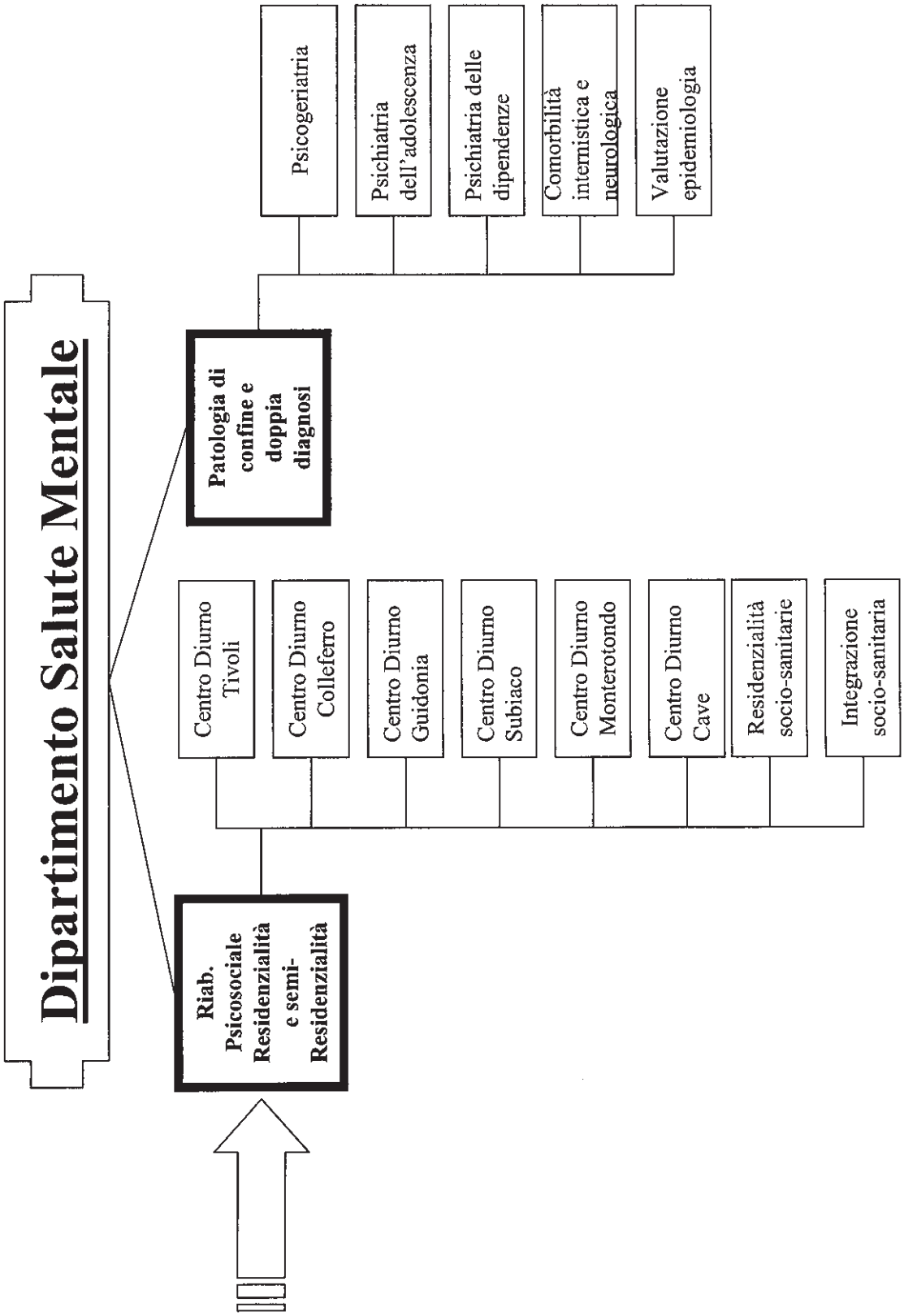



Dipartimento interaziendale
medicina legale
ASL RM-G
ASL-F ASL-E AZ-SFN
Coordinamento interaziendale assistenza protesica e riabilitativa
Attività Amministrativa
Coordinamento distretti
Coordinamento area ospedaliera
Tivoli, Guidonia, Monterotondo, Subiaco.
Colleferro, Palestrina,
Tivoli, Palombara, Monterotondo, Subiaco.
Colleferro, Palestrina, Zagarolo

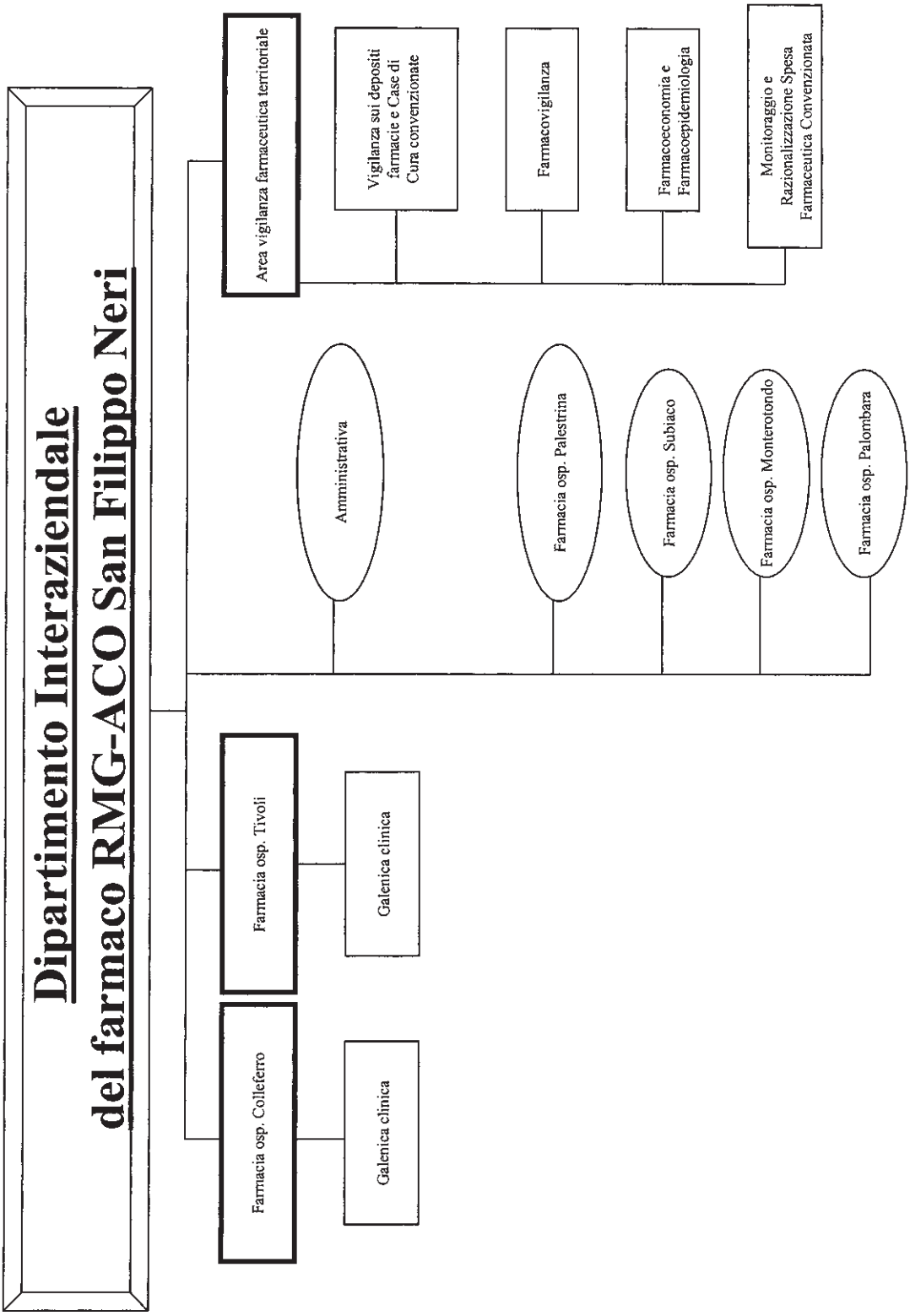

Dipartimento di prevenzione
Comitato dipartimentale
Coordinamento Area sanità pubblica veterinaria ***
Anagrafe Zootecnica
Stabilimenti a bollo CEE
Lotta al randagismo
Sanità animale (A)
Igiene della Prod.Trasf. Comm. Conservazione e Trasp. Alimenti di origine Animale e derivati (B)
Igiene degli allevamenti e delle produzioni Zootecniche (C)
Coordinamento distrettuale dei servizi vetereinari
Direzione del dipartimento
Attività amministrativa
Gruppo vigilanza strutture sanitarie
Area sanità pubblica
Igiene degli alimenti e della nutrizione
Igiene degli alimenti
Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
Igiene e sanità pubblica
Profilassi delle infettive e parassitarie
Tutela dei rischi sanitari ambientali
Area tutela della salute nei luoghi di lavoro
Medicina del lavoro
Epidemiologia e prevenzione
Sicurezza negli ambienti del lavoro
Prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro


*** COORDINAMENTO AREA TERRITORIALE
Referente distrettuale area A
- Monterotondo
- Guidonia
- Tivoli
- Subiaco/Arsoli
- Palestrina
- Colleferro
Referente distrettuale area B
- Monterotondo
- Guidonia
- Tivoli
- Subiaco/Arsoli
- Palestrina
- Colleferro
Referente distrettuale area C
- Monterotondo
- Guidonia
- Tivoli
- Subiaco/Arsoli
- Palestrina
- Colleferro

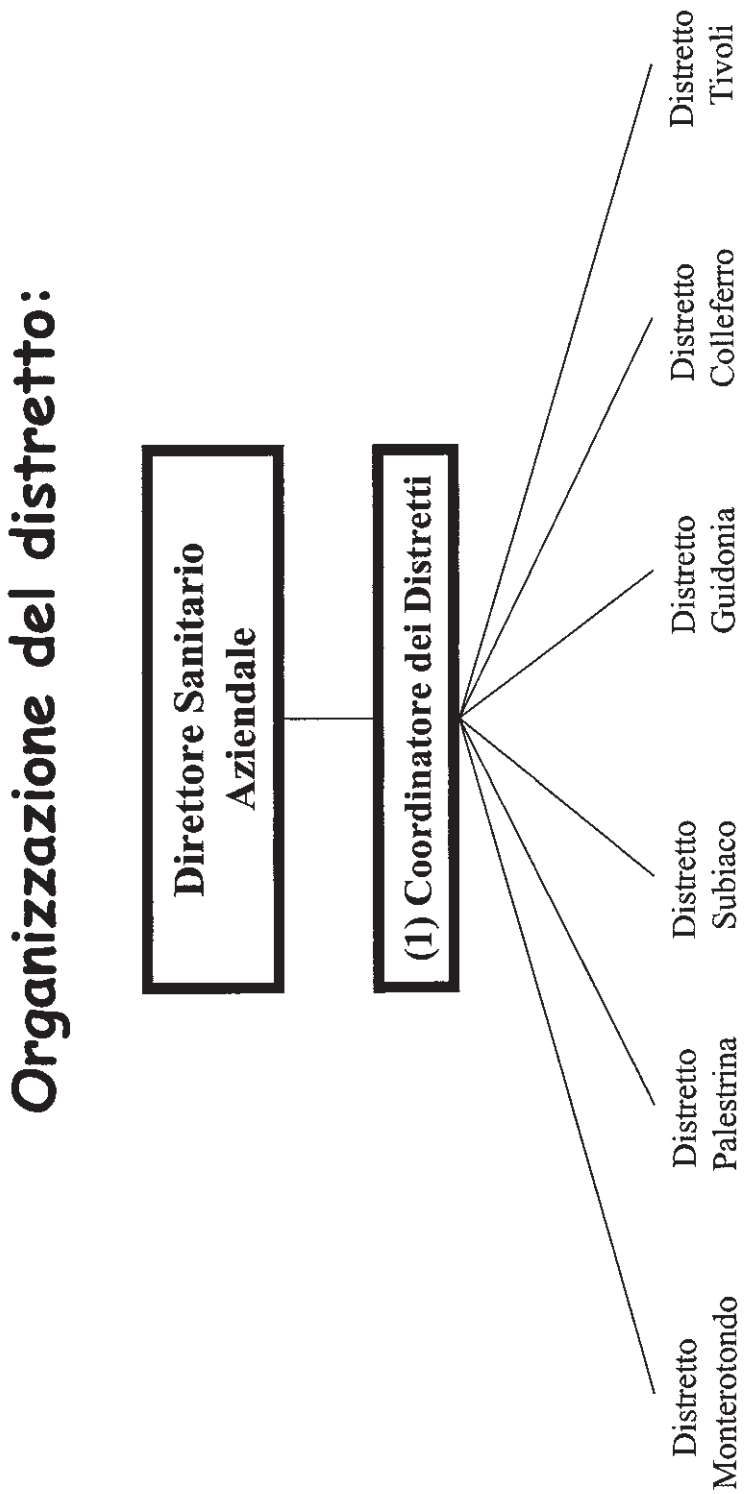

Dipartimento Salute Mentale
Attività Amministrativa
SPDC Tivoli
SPDC Colleferro
Territoriale Tivoli, Palombara, Monterotondo
Territoriale Palestrina, Colleferro.
Territoriale Guidonia
DH
DH
Attività ambulatoriale
CSM Tivoli
CSM Monterotondo
Palombara
Prevenzione e salute
CSM Subiaco
CSM Colleferro
CSM Palestrina
Prevenzione e salute
CSM Guidonia



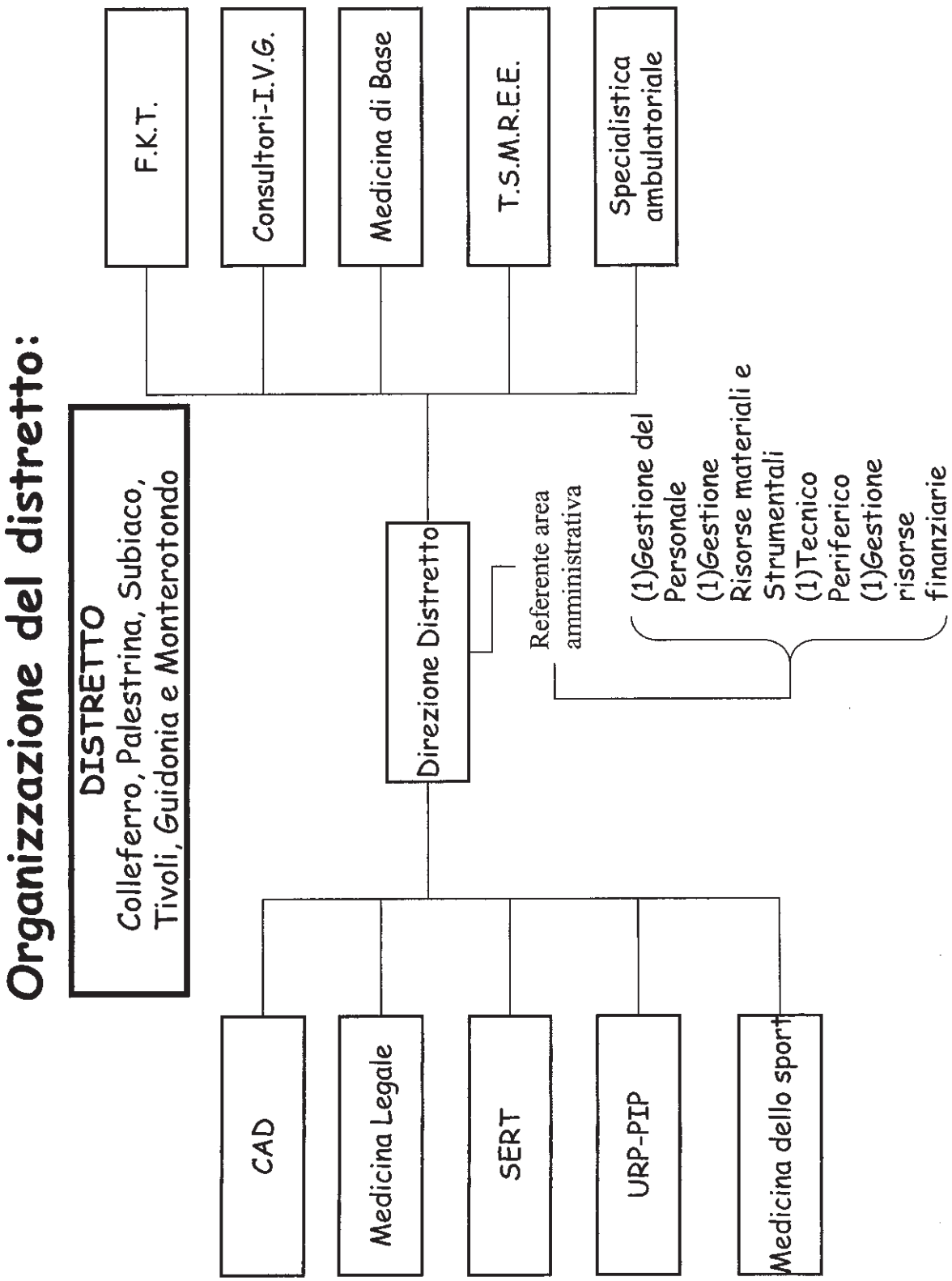
La S.O.C. di riabilitazione psicosociale, residenzialità e semiresidenzialità è coordinata da un dirigente psicologo di II livello o da un dirigente psichiatra di II livello.
La S.O.C. territoriale di Guidonia e la S.O.C.. di patologia di confine e doppia diagnosi, considerata identità di riferimento territoriale prevalente per quest'ultima nel territorio di Guidonia (presenza delle I.H.G.) possono essere accorpate con un unico dirigente psichiatra di II livello



Gli armadi farmaceutici del P.O. di Valmontone e P.O Zagarolo verranno vigilati e controllati rispettivamente da S.O.C. di Colleferro e S.O.D. Palestrina, tenendo presente che nell'ambito del processo di riconversione dei P.O. diventeranno Poliambulatori quindi di competenza territoriale.



(1) Le funzioni di coordinamento sono svolte da uno dei direttori del distretto.



(1) *Gli uffici periferici decentrati relativi alla gestione del personale, della contabilità, dei servizi economato e tecnici, rispondono al Coordinatore di appartenenza entro un mese dopo l'approvazione regionale. Le relative competenze vengono attivate oltre che dal responsabile della S.O.C. anche dal dal direttore del distretto secondo le disposizioni contenute nel relativo regolamento.*

Indice

1. Organigramma ASL RMG
2. Legenda
3. Direzione Aziendale
4. Servizi amministrativi centrali e periferici
5. Coordinamento gestione risorse umane
6. Coordinamento gestione risorse finanziarie
7. Coordinamento gestione risorse materiali e strumentali
8. Coordinamento area tecnica-patrimonio
9. Direzioni sanitarie nei presidi ospedalieri
10. Dipartimento emergenza accettazione
11. Dipartimento area medica *medicina generale-geriatria
12. Dipartimento area medica *cardiologia
13. Dipartimento area medica *malattie dell'apparato respiratorio
14. Dipartimento area medica * nefrologia e dialisi
15. Dipartimento area medica *endocrinologia
16. Dipartimento area medica *neurologia
17. Dipartimento area medica *immunoematologia e medicina trasfusionale
18. Dipartimento area medica *radiologia e diagnostica per immagine
19. Dipartimento area medica *laboratorio di analisi-medicina di laboratorio
20. Dipartimento area medica *anatomia patologica
21. Dipartimento area medica *oncologia
22. Dipartimento chirurgia generale-specialistica *chirurgia generale e d'urgenza
23. Dipartimento chirurgia generale-specialistica *ortopedia e traumatologia
24. Dipartimento chirurgia generale-specialistica *oculistica
25. Dipartimento chirurgia generale-specialistica *O.R.L.
26. Dipartimento chirurgia generale-specialistica *anestesia
27. Dipartimento chirurgia generale-specialistica *urologia
28. Dipartimento dell'integrazione socio sanitaria e della tutela della maternità e dell'infanzia (area ospedaliera e territoriale)
29. Dipartimento dell'integrazione socio sanitaria e della tutela della maternità e dell'infanzia (area territoriale: descrizione analitica)
30. Dipartimento interaziendale medicina legale
31. Dipartimento di prevenzione
32. Dipartimento di prevenzione (coordinamento area territoriale)
33. Dipartimento salute mentale
34. Dipartimento salute mentale
35. Dipartimento interaziendale del farmaco
36. Organizzazione del distretto
37. Organizzazione del distretto

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA/G Tivoli

ALLEGATO N.6

FUNZIONIGRAMMA

DIRETTORE GENERALE	SOS Coordinamento segreterie
	SOS Marketing immagine
	SOS Porogrammazione pluriennale
	SOD Sistemi informativi SIO SIAS SIES
	SOC Controllo di gestione e nucleo di controllo interno
COLLEGIO SINDACALE	
COLLEGIO DIREZIONE	
COLLEGIO DEI SANITARI	
COMITATO ETICO	
DIRETTORE SANITARIO	Coordinamento del distretto
	Coordinamento dei presidi ospedalieri
	SOS Servizio delle professioni sanitarie
	SOS Fisica sanitaria
	SOS Prevenzione e protezione aziendale
	SOS Ufficio libera professione intramoenia e attività ambulatoriale aziendale
	SOD Autorizzazione e accreditamento struttura pubbblica e privata
	SOS Assistenza sanitaria di base e medicina specialistica
	SOS Formazione del presonale
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Referente area amministrativa-presidi ospedalieri e distretti
	SOS Ufficio libera professione intramoenia e attività ambulatoriale aziendale
	SOD Autorizzazione e accreditamento struttura pubbblica e privata
	SOS Affari legali
	SOS Affari generali
	SOS Relazioni con il pubblico
	SOS Formazione del personale
	SOS CUP aziendale
COOR.GEST.RISORSE UMANE	SOC Personale dipendente e stato giuridico
	SOS Area Comparto
	Uff.reclutamento
	Uff.stato matricolare
	Uff.previdenza e quiescenza
	SOS Area dirigenza
	Uff.reclutamento
	Uff.stato matricolare
	Uff.previdenza e quiescenza
	SOS Personale a convenzione
	Uff.stato giuridico
	Uff.trattamento economico
	Uff.stato matricolare
	SOS Contenzioso extra giudiziale
	Uff.contenzioso extra giudiziale e personale dipendente
	Uff.contenzioso extra giudiziale del personale a convenzione
	SOD Unità Organizzativa Periferica
	SOS Coordinatore area ospedaliera
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli-Palombara
	Uff.Monterotondo
	Uff.struttura diurna Zagarolo
	SOS Coordinatore area distrettuale
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli
	Uff.Monterotondo
	Uff.Guidonia
	SOC Personale dipendente trattamento economico
	SOS Area dirigenziale
	SOS Area Comparto
	SOD Unità Organizzativa Periferica
COOR.GEST.RISORSE FINANZIARIE	SOC Unità org. Centrale
	SOS Contabilità generale bilancio
	SOS Contabilità fornitori mandati e reversali
	SOD Contabilità separata
	SOS Coordinatore area ospedaliera
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli-Palombara
	Uff.Monterotondo
	Uff.struttura diurna Zagarolo
	SOS Coordinatore area distrettuale
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli
	Uff.Monterotondo
	Uff.Guidonia

COOR.GEST.RISOR. MAT. E STRUM.	SOC Acquisizione beni e servizi
	SOS Beni di consumo e servizi
	SOS Apparecchiature elettromedicali
	SOD Economato Generale
	Uff.Gestione autoparco
	SOS Coordinatore area ospedaliera
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli-Palombara
	Uff.Monterotondo
	Uff.struttura diurna Zagarolo
	SOS Coordinatore area distrettuale
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli
	Uff.Monterotondo
	Uff.Guidonia
COOR.AREA TECNICA-PATRIMONIO	SOC Gestione Area Patrimonio
	SOS Ingegneria clinica
	SOS Ex articolo 25
	SOS Gestione inventario e rendite
	SOD Ufficio tecnico periferico
	SOS Coordinatore area ospedaliera
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli-Palombara
	Uff.Monterotondo
	Uff.struttura diurna Zagarolo
	SOS Coordinatore area distrettuale
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli
	Uff.Monterotondo
	Uff.Guidonia
	SOC Gestione Area Tecnica
	SOS Ingegneria clinica
	SOS Vigilanza lavori
	SOS Vigilanza appalti e servizi
	SOD Ufficio tecnico periferico
	SOS Coordinatore area ospedaliera
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli-Palombara
	Uff.Monterotondo
	Uff.struttura diurna Zagarolo
	SOS Coordinatore area distrettuale
	Uff.Colleferro
	Uff.Palestrina
	Uff.Subiaco
	Uff.Tivoli
	Uff.Monterotondo
	Uff.Guidonia

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SOC Presidio Ospedaliero Tivoli
	SOD Presidio di Palombara
	SOD Presidio di Subiaco
DIPAR. EMERGENZA ACCETTAZIONE	SOC Med. Urg. Tivoli
	SOS Osservazione breve
	SOS UTIC
	SOS UTIN Neonatologia
	SOS Rianimazione
DIPAR. AREA MEDICA	
Medicina Generale-Geriatria	SOC Med. Gen. Tivoli
	SOD Med. Gen. Palombara
	SOD Diabetologia
	SOS Angiologia
Cardiologia	SOC Cardiologia Tivoli
	SOD Cardiologia Subiaco
	SOS Aritmologia
	SOS Elettrofisiologia
	SOS Elettrostimolazione
Malattie Apparato Respiratorio	SOC Malattie Apparato Respiratorio presidio Tivoli
	Attiv.Amb.sui presidi di Tivoli, Colleferro, Palestrina e Monterotondo
	SOS Fisiopatologia respiratoria
	SOS Allergia respiratoria
	SOS Patologia acuta dell'albero respiratorio
	Attiv.Amb.di endoscopia bronchiale Palombara
	SOS Polisonnografia
	SOS Riabilitazione Cardiorespiratoria
Nefrologia e Dialisi	SOC Nefrologia e Dialisi Tivoli
	Attiv.Amb.di Subiaco
	SOS Nefrologia
	SOS Dialisi
	SOD Nefrologia e Dialisi Palombara
Endocrinologia	SOC Endocrinologia Tivoli
	SOS Endocrinologia Monterotondo
	SOS Endocrinologia Tivoli-Palombara-Subiaco
	SOS Endocrinologia Colleferro-Palestrina
Neurologia	SOC Neurologia Tivoli
	SOS Neurofisiopatologia Tivoli
	SOS Neurofisiopatologia Colleferro
Immunoematol.e med.trasfusfusionale	SOC SIMT Tivoli
	SOS Gestione raccolta donazione sangue
	SOS Immunoematologia e trasfusione
	SOS Ass. di ematologia, med. trasfusionale e patologia dell'emostasi
	SOS Donazione e terapia trasfusionale alternativa
	SOS SIT Tivoli
Radiologia e diagnostica per immagine	SOC Tivoli
	SOD Palombara
Labor. di analisi-medicina di laboratorio	SOC Laboratorio di analisi Tivoli
	SOD Palombara
	Ufficio strutture afferenti al distretto sanitario di Guidonia
Anatomia patologica	SOC Anatomia patologica Tivoli
	SOS Presidio Palombara, Monterotondo, Subiaco
Oncologia	SOC Tivoli
DIPAR. CHIRURGIA GEN.-SPECIAL.	
Chirurgia generale e d'urgenza	SOC Chirurgia gen. e d'urgenza Tivoli
	SOS Chirurgia generale
	SOS Endoscopia chirurgica
	SOS Chirurgia plastica
	SOD Chirurgia generale Palombara
Ortopedia e traumatologia	SOC Ortopedia e traumatologia Tivoli
	SOS Ortopedia
	SOS Traumatologia
	SOS Orto-traumatologia d'urgenza
	D.S. Palombara
Oculistica	SOC Oculistica Tivoli
	SOS Palombara
	D.S. Palombara
	D.S. Subiaco

O.R.L.	SOC O.R.L. Tivoli
	SOS Otorino
	SOS Audiologia
	Attiv.ambulatoriale di odontoiatria
	SOD Coordinamento
	D.S. Palombara
	D.S. Monterotondo
	D.S. Subiaco
Anestesia	SOC Anestesia Tivoli
	SOS Anestesia
	SOD Terapia antalgica ed anestesia Palombara
Urologia	SOC Tivoli
	SOS Monterotondo
	SOS Subiaco
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOC Ostetricia e ginecologia Tivoli
	SOD Ginecologia e ostetricia Palombara
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
Neonatologia	SOC Neonatologia Tivoli
	SOS Terapia intensiva
	SOS Pediatria
DIPAR. SALUTE MENTALE	SOC Ospedaliera Tivoli
	SOS SPDC Tivoli
	DH
	Attiv.ambulatoriale
	SOC Territoriale Tivoli, Palombara, Monterotondo
	SOS CSM Tivoli
	SOS Centro diurno Tivoli

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SOC Presidio Ospedaliero Colleferro
DIPAR. EMERGENZA ACCETTAZIONE	SOC Med. Urg. Colleferro
	SOS Osservazione breve
	SOS UTIC
	SOS UTIN Neonatologia
	SOS Rianimazione
DIPAR. AREA MEDICA	
Medicina Generale-Geriatria	SOC Med. Gen. Colleferro
	SOS Diabetologia
	SOS Angiologia
Cardiologia	SOC Cardiologia Colleferro
	SOS Aritmologia
	SOS Elettrofisiologia
	SOS Elettrostimolazione
Malattie Apparato Respiratorio	SOC Malattie Apparato Respiratorio presidio Colleferro
	D.S.&D.H. Attiv.Amb.sui presidi di Tivoli, Colleferro, Palestrina e Monterotondo
	SOS Fisiopatologia respiratoria
	SOS Allergia respiratoria
	SOS Patologia acuta dell'albero respiratorio
	SOS Polisonnografia
	SOS Riabilitazione Cardiorespiratoria
Nefrologia e Dialisi	SOC Nefrologia e Dialisi Colleferro
	SOS Nefrologia
	SOS Dialisi
Immunoematol.e med.trasfusfusionale	SOC SIMT Colleferro
	SOS Gestione raccolta donazione sangue
	SOS Immunoematologia e trasfusione
	SOS Ass. di ematologia, med. trasfusionale e patologia dell'emostasi
	SOS Donazione e terapia trasfusionale alternativa
	SOS SIT Colleferro
Radiologia e diagnostica per immagine	SOC Colleferro
Labor. di analisi-medicina di laboratorio	SOC Laboratorio di analisi Colleferro
Anatomia patologica	SOC Anatomia patologica Colleferro
Oncologia	SOC Colleferro
DIPAR. CHIRURGIA GEN.-SPECIAL.	
Chirurgia generale e d'urgenza	SOC Chirurgia gen. e d'urgenza Colleferro
	SOS Chirurgia generale
	SOS Endoscopia chirurgica
	SOS Chirurgia plastica
	SOD Chirurgia generale Palestrina
	D.S. struttura diurna Zagarolo
Ortopedia e traumatologia	SOC Ortopedia e traumatologia Colleferro
	SOS Ortopedia
	SOS Traumatologia
Oculistica	SOC Oculistica Colleferro
	D.S. Zagarolo
O.R.L.	SOC O.R.L. Colleferro
	SOS Otorino
	SOS Audiologia
	Attiv.ambulatoriale di odontoiatria
	SOD Coordinamento
	D.S. Palestrina e Zagarolo
Anestesia	SOC Anestesia Colleferro
	SOS Anestesia
	SOD Terapia antalgica ed anestesia Palombara
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOC Ostetricia e ginecologia Colleferro
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
Neonatologia	SOC Neonatologia Colleferro
	SOS Pediatria
	SOS Terapia intensiva
DIPAR. SALUTE MENTALE	SOC Ospedaliera Colleferro
	DH
	SOC Palestrina Colleferro
	SOS CSM Colleferro
	SOS Centro diurno Colleferro

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SOC Presidio Ospedaliero Palestrina
	SOD Struttura diurna Zagarolo
DIPAR. EMERGENZA ACCETTAZIONE	SOC Med. Urg. Palestrina
	SOS Osservazione breve
	SOS UTIN Neonatologia
	SOS Rianimazione
DIPAR. AREA MEDICA	
Medicina Generale	SOD Struttura diurna Zagarolo
Cardiologia	SOD Palestrina
Nefrologia e Dialisi	SOD Palestrina
Radiologia e diagnostica per immagine	SOC Palestrina
Labor. di analisi-medicina di laboratorio	SOD Palestrina
	Strutture afferenti al distretto sanitario di Palestrina
DIPAR. CHIRURGIA GEN.-SPECIAL.	
Chirurgia generale e d'urgenza	SOD Palestrina
	DS Struttura diurna Zagarolo
Ortopedia e traumatologia	SOC Ortopedia e traumatologia Palestrina
	SOS Ortopedia
	SOS Traumatologia
	D.S. struttura diurna Zagarolo
O.R.L.	D.S. Palestrina e Zagarolo
Anestesia	SOD Palestrina
Urologia	SOD Palestrina-Zagarolo
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOC Ostetricia e ginecologia Palestrina
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
DIPAR. SALUTE MENTALE	SOC Palestrina Colleferro
	SOS CSM Palestrina
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SOC Presidio Ospedaliero Monterotondo
DIPAR. EMERGENZA ACCETTAZIONE	SOC Med. Urg. Monterotondo
	SOS Osservazione breve
	SOS UTIC
	SOS Rianimazione
DIPAR. AREA MEDICA	
Medicina Generale-Geriatria	SOC Med. Gen. Monterotondo
	SOS Diabetologia
	Attiv.ambulatoriale di gastroenterologia e epatologia
Cardiologia	SOC Cardiologia Monterotondo
	SOS Aritmologia
	SOS Elettrofisiologia
	SOS Elettrostimolazione
Radiologia e diagnostica per immagine	SOC Monterotondo
Labor. di analisi-medicina di laboratorio	SOD Monterotondo
Oncologia	SOC Monterotondo-Palombara
DIPAR. CHIRURGIA GEN.-SPECIAL.	
Endoscopia Chirurgica	SOC Chirurgia gen. e d'urgenza Monterotondo
	SOS Chirurgia generale
	SOS Chirurgia d'urgenza
Ortopedia e traumatologia	SOC Ortopedia e traumatologia Monterotondo
	SOS Ortopedia
	SOS Traumatologia
Anestesia	SOC Anestesia Monterotondo
	SOS Anestesia
	SOD Terapia antalgica ed anestesia Palombara
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOC Ostetricia e ginecologia Monterotondo
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
DIPAR. SALUTE MENTALE	SOC Territoriale Tivoli, Palombara, Monterotondo
	SOS CSM Monterotondo
	SOS Centro diurno Monterotondo

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SOD Presidio di Palombara
DIPAR. AREA MEDICA	
Medicina Generale-Geriatria	SOD Med. Gen. Palombara
Malattie Apparato Respiratorio	Attiv.Amb.di endoscopia bronchiale Palombara
Nefrologia e Dialisi	SOD Nefrologia e Dialisi Palombara
Endocrinologia	SOS Endocrinologia Tivoli-Palombara-Subiaco
Radiologia e diagnostica per immagine	SOD Palombara
Labor. di analisi-medicina di laboratorio	SOD Palombara
	Ufficio strutture afferenti al distretto sanitario di Guidonia
Anatomia patologica	SOS Presidio Palombara, Monterotondo, Subiaco
DIPAR. CHIRURGIA GEN.-SPECIAL.	
Chirurgia generale e d'urgenza	SOD Chirurgia generale Palombara
Ortopedia e traumatologia	D.S. Palombara
Oculistica	D.S. Palombara
O.R.L.	D.S. Palombara
Anestesia	SOD Terapia antalgica ed anestesia Palombara
Urologia	SOD Palombara
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOD Ginecologia e ostetricia Palombara
DIPAR. SALUTE MENTALE	SOC Territoriale Tivoli, Palombara, Monterotondo
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SOS Presidio di Subiaco
DIPAR. EMERGENZA ACCETTAZIONE	SOC Med. Urg. Subiaco
	SOS UTIC
	SOS Rianimazione
DIPAR. AREA MEDICA	
Medicina Generale-Geriatria	SOC Geriatria Subiaco
Ortopedia e traumatologia	SOD Ortopedia e traumatologia Subiaco
Cardiologia	SOD Cardiologia Subiaco
Nefrologia e Dialisi	Attiv.Amb.di Subiaco
Endocrinologia	SOS Endocrinologia Tivoli-Palombara-Subiaco
Radiologia e diagnostica per immagine	SOD Subiaco
Labor. di analisi-medicina di laboratorio	SOD Subiaco
	Ufficio strutture afferenti al distretto sanitario di Subiaco
Anatomia patologica	SOS Presidio Palombara, Monterotondo, Subiaco
DIPAR. CHIRURGIA GEN.-SPECIAL.	
Chirurgia generale e d'urgenza	SOD Chirurgia generale Subiaco
Oculistica	D.S. Subiaco
O.R.L.	D.S. Subiaco
Anestesia	SOD Anestesia Subiaco
Urologia	SOS Subiaco
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOD Ginecologia e ostetricia Subiaco
Neonatologia	SOD Neonatologia Palestrina-Subiaco
	SOS Terapia intensiva
DIPAR. SALUTE MENTALE	SOS CSM Subiaco
	SOS Centro diurno Subiaco

DIPAR.MEDICINA LEGALE	
DIPAR.INTERAZ.ASL-F ASL-E AZ-SFN	SOS Attività amministrativa
	SOD Coord.interaz.assis.protesica e riabil.
DIPAR.INTERAZ.ASL-G	SOD Coord.interaz.assis.protesica e riabil.
	SOD Coord.area ospedaliera
	SOS Tivoli, Palombara, Monterotondo, Subiaco
	SOS Colleferro, Palestrina, Zagarolo
	SOD Coord.distretti
	SOS Tivoli, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
	SOS Colleferro, Palestrina
DIPAR.MEDICINA LEGALE	
DIPAR.INTERAZ.ASL-F ASL-E AZ-SFN	SOS Attività amministrativa
	SOD Coord.interaz.assis.protesica e riabil.
DIPAR.INTERAZ.ASL-G	SOD Coord.interaz.assis.protesica e riabil.
	SOD Coord.area ospedaliera
	SOS Tivoli, Palombara, Monterotondo, Subiaco
	SOS Colleferro, Palestrina, Zagarolo
	SOD Coord.distretti
	SOS Tivoli, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
	SOS Colleferro, Palestrina
DIPAR.DELL'INTEGR.SOCIO-SANIT. E DELLA TUTELA DELLA MATER.E INFANZIA	SOD Neuropsichiatria infantile
(Area Ospedaliera)	SOD Area raccordo ed integrazione socio-sanitaria
	SOS Attività amministrativa
Ostetricia e ginecologia	SOC Ostetricia e ginecologia Tivoli
	SOD Ginecologia e ostetricia Palombara
	SOD Ginecologia e ostetricia Subiaco
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
	SOC Ostetricia e ginecologia Colleferro
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
	SOC Ostetricia e ginecologia Monterotondo
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
	SOC Ostetricia e ginecologia Palestrina
	SOS Ostetricia
	SOS Ginecologia
Neonatologia	SOC Neonatologia Tivoli
	SOD Neonatologia Monterotondo
	SOD Neonatologia Palestrina-Subiaco
	SOS Terapia intensiva
	SOS Pediatria
	SOS Terapia intensiva
	SOC Neonatologia Colleferro
	SOS Pediatria
	SOS Terapia intensiva
	SOS C.A.D.
(Area Territoriale)	SOS Consultori-I.V.G.
	Uff. di Tivoli, Colleferro, Palestrina, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
	SOS Coordinamento pediatri di base
	Uff. di Tivoli, Colleferro, Palestrina, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
	SOS T.S.M.R.E.E.
	Uff. di Tivoli, Colleferro, Palestrina, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
	SOS G.I.L. adozioni
	Uff. di Tivoli, Colleferro, Palestrina, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
	SOS U.O.M.A.G.
	Uff. di Tivoli, Colleferro, Palestrina, Guidonia, Monterotondo, Subiaco
DIPAR.PREVENZIONE	
Comitato dipartimentale	
Direzione del dipartimento	
	SOS Attività Amministrativa
Gruppo vigilanza strutture sanitarie	
	SOS Attività Amministrativa
(Area sanità pubblica)	SOC Igiene e sanità pubblica
	SOS Profilassi delle infettive e parassitarie
	SOS Tutela dei rischi sanitari e ambientali
	SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione
	SOS Igiene degli alimenti
	SOS Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
(Area tutela della salute nei luoghi di lavoro)	SOC Prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro
	SOS Medicina del lavoro
	SOS Epidemiologia e prevenzione
	SOS Sicurezza negli ambienti del lavoro
(Coord.area sanità pubblica veterinaria	SOC Sanità animale (A)
e area territoriale)	SOS Anagrafe zootecnica
	SOS Referente distrettuale area A
	Monterotondo
	Guidonia
	Tivoli
	Subiaco/Arsoli
	Palestrina
	Colleferro
	SOC Igiene della prod.trasf.comm.conser.e trasp.
	alimenti di origine animale e derivati (B)
	SOS Stabilimenti a bollo CEE
	SOS Referente distrettuale area B
	Monterotondo
	Guidonia
	Tivoli
	Subiaco/Arsoli
	Palestrina
	Colleferro
	SOC Igiene degli allevamenti e delle produz.zootecniche (C)
	SOS Lotta al randagismo
	SOS Referente distrettuale area C
	Monterotondo
	Guidonia
	Tivoli
	Subiaco/Arsoli
	Palestrina
	Colleferro
	SOD Coordinamento distrettuale dei servizi veterinari

DIPAR. SALUTE MENTALE	SOS Attività amministrativa
	SOC Ospedaliera Tivoli
	SOS SPDC Tivoli
	DH
	Attiv.ambulatoriale
	SOC Ospedaliera Colleferro
	DH
	SOC Territoriale Tivoli, Palombara, Monterotondo
	SOS CSM Tivoli
	SOS CSM Monterotondo
	SOS Palombara
	SOS Valutazione epidemiologia
	SOS Prevenzione e salute
	SOS CSM Subiaco
	SOC Palestrina Colleferro
	SOS CSM Colleferro
	SOS CSM Palestrina
	SOS Valutazione epidemiologia
	SOS Prevenzione e salute
	SOC Territoriale Guidonia
	SOS CSM Guidonia
	SOS Valutazione epidemiologia
	SOC Riab.psicosociale residenz.e semi-residenz.
	SOS Centro diurno Tivoli
	SOS Centro diurno Colleferro
	SOS Centro diurno Guidonia
	SOS Centro diurno Monterotondo
	SOS Centro diurno Cave
	SOS Centro diurno Subiaco
	SOS Residenz.socio-sanitarie
	SOS Integrazione socio-sanitaria
	SOS Valutazione epidemiologia
	SOC Patologia di confine e doppia diagnosi
	SOS Psicogeriatria
	SOS Psichiatria dell'adolescenza
	SOS Psichiatria delle dipendenze
	SOS Comorbilità internistica e neurologica
	SOS Valutazione epidemiologia
DIPAR.INTERAZ.DEL FARMACO	SOS Dip.interazien.del farmaco osp. RM/G e San Filippo
(Area Ospedaliera)	SOC Farmacia Colleferro
	SOD Farmacia Palestrina
	SOS Nutrizione artificiale p.
	SOC Farmacia Tivoli
	SOD Farmacia Monterotondo
	SOD Farmacia Palombara
	SOD Amministrativa
(Area Territoriale)	SOS Dip.interazien.del farmaco terr. RM/G
	SOC Area vigilanza farmaceutica territoriale
	SOS Vigilanza catena distributiva
	SOS Vigilanza esercizio professionale
	SOS Farmacovigilanza
	SOC Monitoraggio e razionalizzazione spesa farmac.convenz.
	SOS Vigilanza convenzione farmaceutica
	SOS Sperimentazione clinica MMG e PLS
	SOS Farmacoeconomia e farmacoepidemiologia
	SOD Amministrativa
DISTRETTO	Colleferro
(Organizzazione)	Palestrina
	Subiaco
	Tivoli
	Guidonia
	Monterotondo
(schema uguale per tutti)	
	SOS Direzione Distretto
	Referente area amministrativa
	Uff.Gestione del personale
	Uff.Gestione risorse materiali e strumentali
	Uff. Tecnico periferico
	Uff. Gestione risorse finanziarie
	SOS CAD
	SOS Medicina legale
	SOS URP-PIP
	SOS Medicina dello sport
	SOS F.K.T.
	SOS Consultori-I.V.G.
	SOS Medicina di base
	SOS T.S.M.R.E.E.
	SOS Specialistica ambulatoriale