

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA - ROMAGNA**  
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna  
Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico



**ALLEGATO N. 1 ALLA DELIBERA N. 271 DEL 21/07/2014**

# **REGOLAMENTO ORGANIZZATIVO RIZZOLI (ROR)**

Quinta Edizione

*Luglio 2014*

## **INDICE**

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1 LE ATTIVITÀ DELLO IOR.....</b>	<b>4</b>
<b>2 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>4</b>
2.1. Articolazione organizzativa a "matrice": i dipartimenti e le linee di ricerca .....	4
2.2. Articolazioni organizzative di "line" e di staff .....	5
2.3. Definizioni .....	5
2.4. Legenda .....	7
<b>3 LA MACROSTRUTTURA DELLO IOR.....</b>	<b>8</b>
3.1. Le direzioni e gli staff .....	8
3.1.1. <i>La Direzione Generale</i> .....	9
3.1.2. <i>La Direzione Scientifica</i> .....	10
3.1.3. <i>Lo Staff della Direzione Generale e della Direzione Scientifica</i> .....	10
3.1.4. <i>La Direzione Amministrativa</i> .....	10
3.1.5. <i>La Direzione Sanitaria</i> .....	12
3.1.6. <i>La Direzione del Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione (SAITR)</i> .....	19
3.2. La macrostruttura dei Dipartimenti.....	22
3.3. Le Linee di Ricerca .....	22
3.4. Le relazioni tra Dipartimenti e Linee di Ricerca .....	22
<b>4 I SISTEMI OPERATIVI .....</b>	<b>24</b>
4.1. La gestione del personale .....	24
4.1.1. <i>Attribuzione degli incarichi</i> .....	24
4.1.2. <i>Sistemi di valutazione degli incarichi</i> .....	28
4.1.3. <i>Revoca degli incarichi della dirigenza</i> .....	29
4.1.4. <i>La libera professione</i> .....	29
4.2. I ruoli e le responsabilità .....	30
4.3. Il Governo Clinico.....	30
4.3.1. <i>La qualità e l'accreditamento</i> .....	31
4.3.2. <i>La gestione del rischio e la sicurezza</i> .....	32
4.4. Il governo organizzativo ed economico .....	32
4.4.1. <i>Il processo di delega</i> .....	32
4.4.2. <i>Il processo di Programmazione e Controllo</i> .....	33
4.4.3. <i>La correlazione tra gli obiettivi di budget, il sistema premiante e il sistema di valutazione</i> .....	37
<b>5 IL SISTEMA DOCUMENTALE DELLO IOR .....</b>	<b>37</b>
<b>6 DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI.....</b>	<b>38</b>
<b>7 ALLEGATI AL ROR.....</b>	<b>38</b>

## Premessa

Il processo di riorganizzazione dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli (di seguito IOR) ha preso avvio con la formalizzazione dell'Atto Aziendale in cui sono presentati i principi che ispirano l'operato d'Istituto, il modello organizzativo e i principali strumenti di gestione. Con il Regolamento Organizzativo Rizzoli (R.O.R.) si procede a declinare tale modello attraverso le specifiche relative agli assetti organizzativi delle diverse articolazioni aziendali.

Le scelte relative alle diverse articolazioni si ispirano e trovano le proprie fonti nelle seguenti dimensioni progettuali:

- risposta ai principali fabbisogni determinati dalla complessità dell'Istituto (compresenza di ricerca, assistenza e didattica, dimensione, infrastrutture e logistica) e dalle aspettative sociali ed istituzionali collegate alle finalità aziendali;
- coerenza con il quadro normativo-istituzionale di riferimento (D.Lgs. 502/92 e s.m.i., D.Lgs. 288 del 16.10.2003, L.R. 29/2004 e successive modifiche ed integrazioni e sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 2005).

Nel presente documento vengono **esplicata le responsabilità** delle articolazioni organizzative dell'Istituto, mentre si rimanda a successivi documenti per quanto attiene le attività di competenza delle singole strutture.

Il ROR, infatti, cerca di rispondere alle richieste di un nuovo governo dell'Istituto, basato sulla evoluzione recente della legislazione e di contemperare le attività di assistenza, ricerca e didattica.

Al fine di fornire una chiara illustrazione di alcuni aspetti organizzativi specifici, sono allegati al presente: il *Regolamento del Collegio di Direzione*, il *Regolamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)*, il *Regolamento del Dipartimento Rizzoli RIT-Research, Innovation & Technology*, il *Regolamento del Dipartimento Rizzoli-Sicilia*, il *Regolamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico*, l'afferenza delle strutture ai Dipartimenti, la graduazione degli incarichi gestionali e professionali.

Per tutti gli aspetti organizzativi non esplicitamente definiti dal presente documento, si rimanda a:

- successive disposizioni attuative del Direttore Generale inerenti regole applicative conseguenti al ROR. Se tali regole sono materia di contrattazione ai sensi del CCNL, queste seguiranno l'iter sindacale previsto dalla normativa vigente;
- disposizioni normative di riferimento (leggi nazionali, regionali, linee guida, ecc.), che si applicano in assenza di disposizioni più specifiche presenti in questo o in altri documenti di organizzazione dell'Istituto;
- regolamenti specifici, piani di sviluppo organizzativo e programmi delle attività che saranno stilati dai responsabili dei dipartimenti o di altre articolazioni organizzative, le cui disposizioni dovranno essere coerenti con quanto definito nell'Atto Aziendale e nel presente Regolamento Organizzativo.

## 1 Le attività dello IOR

Come esplicitato nell'Atto Aziendale<sup>1</sup>, lo IOR rappresenta un punto di riferimento per l'area ortopedica all'interno della rete nazionale e internazionale, per le attività di eccellenza sviluppate in campo **clinico-assistenziale** e di **ricerca**.

Lo IOR inoltre rappresenta un ruolo importante nel campo della **didattica**: in attuazione del *Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio-Emilia e Parma*<sup>2</sup>, l'*Accordo Attuativo Locale* tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna definisce forme e modalità di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica<sup>3</sup>.

Inoltre lo IOR partecipa alla realizzazione di un tecnopolo di attività di ricerca industriale nell'ambito della Rete Regionale dell'Alta Tecnologia, organizzata in ASTER, Associazione Scienza e Tecnologia dell'Emilia-Romagna", come sancito nell'"Addendum tra la Regione e Istituto Ortopedico Rizzoli all'accordo di programma quadro tra la regione, le Università e gli Enti di Ricerca per la realizzazione della rete regionale di alta tecnologia nell'ambito dell'attuazione dell'asse I attività 1.1 del POR FESR 2007-2013 approvato con DGR 1189/09" (del. n. 628 del 03/11/2009) e nell'"Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli".

## 2 La struttura organizzativa

La struttura organizzativa definisce le articolazioni dell'Istituto, le relazioni gerarchiche tra le stesse ed individua in modo coordinato le **responsabilità** assegnate ad ognuna di esse. La struttura organizzativa è graficamente descritta attraverso gli organigrammi che rappresentano le relazioni di sovraordinazione o subordinazione. All'organigramma seguiranno altri documenti, come i regolamenti di funzionamento, che definiscono attività, compiti o procedure ai quali devono conformarsi le varie articolazioni organizzative.

### 2.1. *Articolazione organizzativa a "matrice": i dipartimenti e le linee di ricerca*

In riferimento a quanto definito nell'Atto Aziendale (titolo 3 - parag. 3.2 e 3.3), le articolazioni organizzative dello IOR si distinguono in:

- **articolazioni gestionali**, presso le quali è decentrata la gestione di fattori produttivi significativi per quantità e valore economico, ed il cui obiettivo principale è il management (inteso come programmazione, controllo, organizzazione, ecc.) efficiente ed efficace delle risorse ad esse assegnate,

---

<sup>1</sup> V. Atto Aziendale – parag.1.5.

<sup>2</sup> approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 297/2005.

<sup>3</sup> V. "Accordo Attuativo Locale tra IOR e Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna".

finalizzate all'erogazione delle attività. Le articolazioni gestionali hanno autorità sovra-ordinata rispetto alle strutture che le compongono.

- **articolazioni funzionali**, che hanno compiti prevalenti di tipo tecnico-scientifico, operano come tecnostrutture con funzioni di coordinamento, di produzione di indirizzi tecnico-scientifici, di elaborazione di linee guida e protocolli, di supervisione di eventuali progetti di ricerca, di programmazione della formazione di tipo specialistico. Queste articolazioni possono avere risorse assegnate finalizzate agli specifici obiettivi, ma di entità minore rispetto alle articolazioni gestionali, in quanto operano per facilitare i compiti delle articolazioni gestionali.

## **2.2. Articolazioni organizzative di “line” e di staff**

Le articolazioni organizzative aziendali sono distinte in:

- **Articolazioni con funzioni di “line”**, collegate lungo la catena gerarchica (la “line”) e **partecipano direttamente** o come supporto indispensabile **alla produzione**. Comprendono le Strutture dell'Area Clinico-Assistenziale e della Ricerca e la tecnostruttura amministrativa, ovvero i Servizi amministrativi, Tecnici e di supporto fondamentali per il funzionamento dell'attività caratteristica dell'Istituto (assistenza, ricerca e didattica).
- **Articolazioni di staff**, di supporto metodologico ed operativo al funzionamento dell'Istituto e delle articolazioni organizzative di “line”.

Di norma, nelle rappresentazioni grafiche delle strutture organizzative, gli organi che svolgono funzioni di “line” sono rappresentate lungo la linea verticale, quelle di staff su quella orizzontale.

## **2.3. Definizioni**

### **Struttura Complessa**

Si definiscono Strutture Complesse le strutture organizzative che:

- effettuano attività di Ricerca o Clinico-assistenziale, fanno riferimento a un sistema tecnico, normalmente riconducibile a discipline normativamente riconosciute, e mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;
- sono contrassegnate da una struttura di produzione con significativo valore economico, sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate;
- esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla Direzione strategica e ehe si articolano in più funzioni riguardanti attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Istituto;
- esercitano funzioni di amministrazione per settori di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare.

Le strutture complesse si identificano in Centri di Responsabilità (CDR).

## **Struttura Semplice**

Si definiscono Strutture Semplici le strutture con autonomia organizzativa che:

- assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione;
- sono chiaramente individuabili nell'ambito della struttura complessa di riferimento;
- sono contrassegnate da una struttura di produzione con significativo valore economico, sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate, sebbene inferiore a quello che di norma caratterizza una struttura complessa.

Le Strutture Semplici sopra identificate si distinguono in:

- ❖ **Strutture Semplici Dipartimentali**, che si identificano in Centro di Responsabilità, negoziano autonomamente il budget e presiedono all'erogazione di servizi non inquadrabili nella linea di produzione caratteristica di una sola Struttura.
- ❖ **Strutture Semplici afferenti a Strutture Complesse**, che si identificano con Centro di Costo (afferenti a Centri di Responsabilità), e non partecipano alla negoziazione di budget.

## **Incarichi professionali**

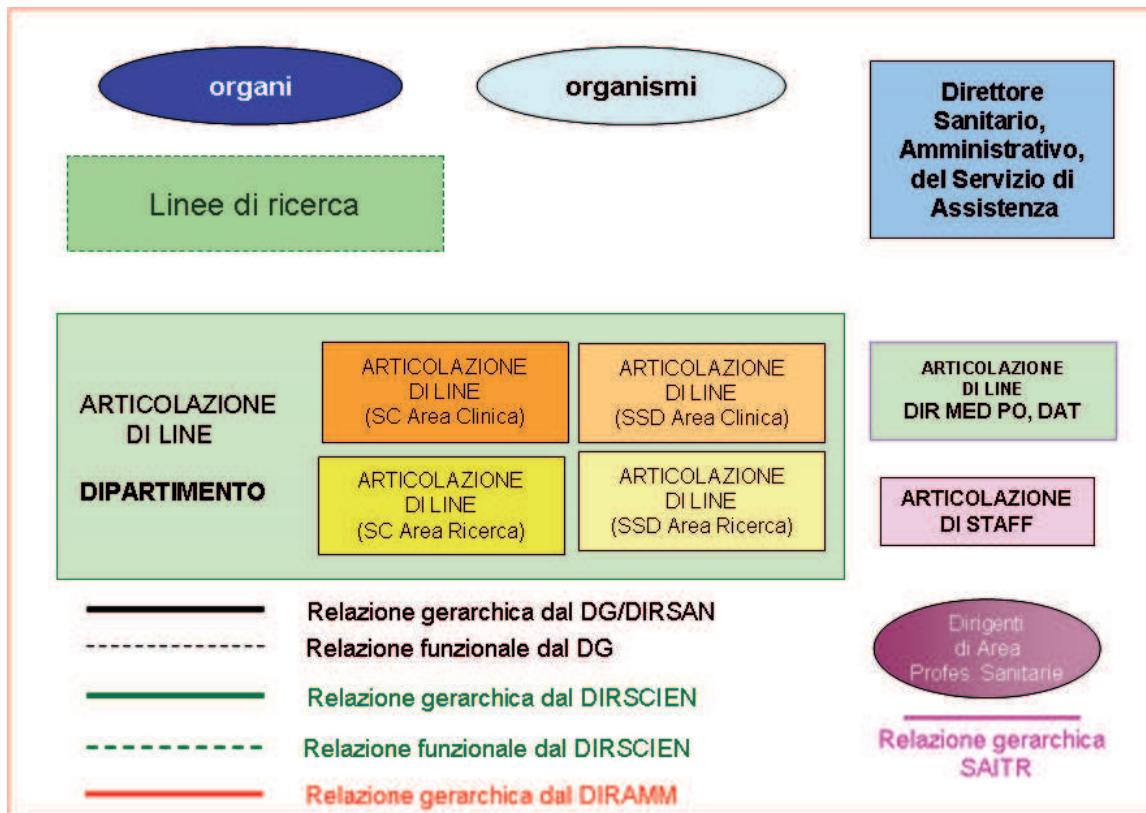
In un contesto di alta professionalità e di elevata qualità della ricerca traslazionale quale quella del Rizzoli, gli incarichi professionali assumono un valore più importante rispetto a quello tradizionale attribuito nelle Aziende Sanitarie. Inoltre, la limitata dimensione dell'Istituto deve favorire più lo sviluppo di alte professionalità che la moltiplicazione delle strutture gestionali. In quest'ottica gli incarichi professionali sono così articolati:

- 1 incarichi di Responsabile di Linea di Ricerca;
- 2 incarichi di Coordinatore di Centro di Riferimento Specialistico;
- 3 incarichi di natura professionale di alta specializzazione;
- 4 incarichi di natura professionale di livello A e di livello B;
- 5 incarichi professionali di base.

Per gli incarichi professionali si rimanda al paragrafo 4.1.1.2.

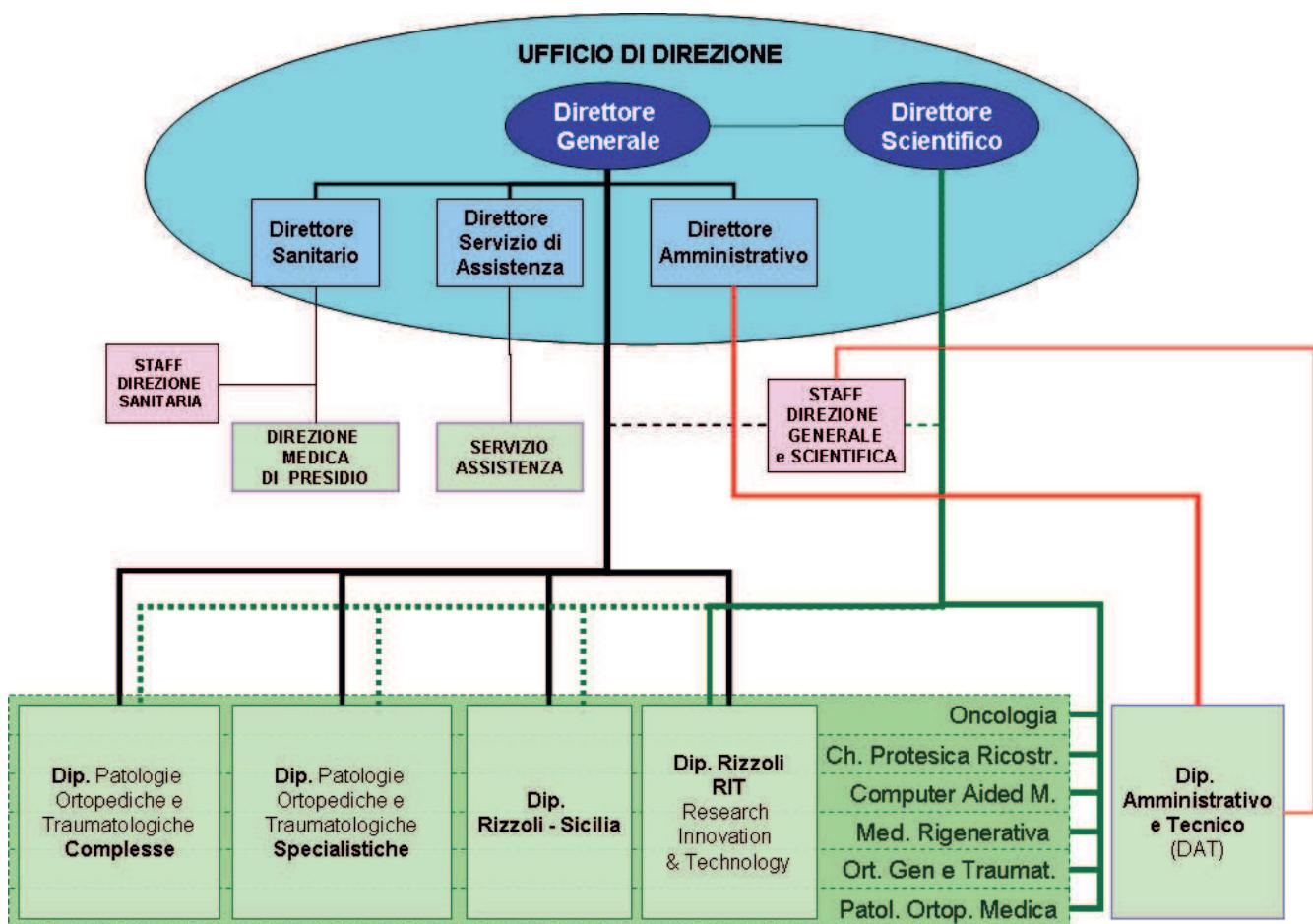
## 2.4. Legenda

Di seguito è raffigurata la legenda utilizzata per descrivere gli organigrammi presenti nel ROR e nei regolamenti ad esso allegati:



### 3 La macrostruttura dello IOR

In coerenza con quanto definito nell'Atto Aziendale, di seguito si delineano le strutture di direzione, le articolazioni organizzative da esse dipendenti, la macrostruttura dei Dipartimenti e delle Linee di Ricerca, che insieme costituiscono la struttura organizzativa dello IOR. Particolare rilevanza è il ruolo del Consiglio di Indirizzo e Verifica che pur non avendo responsabilità gestionali, svolge funzioni di indirizzo e controllo con particolare riferimento alle scelte strategiche dell'Ente e alla valorizzazione del patrimonio.



#### 3.1. Le direzioni e gli staff

L'ufficio di direzione, costituito quale momento collegiale di lavoro, è composto dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico (organi dell'Istituto) e dai Direttori Sanitario, Amministrativo e del Servizio di Assistenza infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione.

### 3.1.1. La Direzione Generale

Il **Direttore Generale** rappresenta legalmente l'Istituto e ne assicura il perseguitamento della missione avvalendosi dell'attività degli organismi e delle strutture organizzative. Egli garantisce la gestione complessiva dell'Istituto, presidiando lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione.

In particolare, egli è responsabile:

- della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa dell'Istituto incluse l'organizzazione e la gestione del personale;
- del raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica ed assume le determinazioni e le delibere in ordine alla realizzazione dei piani e programmi adottati;
- della realizzazione dei piani e dei progetti strategici con riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sanitario Nazionale<sup>4</sup>.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal:

- **Direttore Scientifico**, responsabile delle attività di ricerca scientifica, con il quale negozia annualmente il budget complessivo della ricerca e in collaborazione con il quale indirizza le strategie per i Laboratori di ricerca e i Centri di Riferimento Specialistico di particolare rilevanza per la ricerca, afferenti ai dipartimenti;
- **Direttore Sanitario**, responsabile dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi tecnico-sanitari in relazione alle esigenze tecnico-organizzative dei Dipartimenti e delle strutture ad essi afferenti. È responsabile del governo clinico complessivo aziendale e, anche attraverso la Direzione Medica di Presidio, dirige i servizi sanitari a fini organizzativi ed igienico-sanitari;
- **Direttore Amministrativo**, responsabile del governo economico-finanziario-patrimoniale aziendale e della legittimità dell'azione amministrativa, dei sistemi e delle organizzazioni di supporto alla erogazione dell'assistenza sanitaria ed allo sviluppo della ricerca;
- **Direttore del Servizio di Assistenza**, responsabile del governo complessivo dell'Assistenza Infermieristica, Riabilitativa e Tecnico sanitaria e collabora alla definizione, direzione e valutazione del sistema di governo assistenziale.

Dal Direttore Generale dipendono il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore del Servizio di Assistenza ed i Direttori di Dipartimento, ad eccezione del Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, che dipende gerarchicamente dal Direttore Amministrativo.

Come esplicitato nell'Atto Aziendale, il Direttore Generale, a supporto delle proprie funzioni strategiche e per sviluppare e sostenere particolari attività o progetti, si avvale di funzioni di staff.

---

<sup>4</sup> Da Atto Aziendale IOR

### **3.1.2. La Direzione Scientifica**

Il Direttore Scientifico promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca (di cui all'art. 12 bis del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche) e con quanto previsto dalla LR 29/2004 in materia di Ricerca, identificata quale mission delle Aziende Sanitarie del SSR. Il Direttore Scientifico gestisce il budget della ricerca, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica<sup>5</sup>. Il Direttore Scientifico è responsabile dello sviluppo complessivo della ricerca svolta dai professionisti dell'Istituto.

Dal Direttore Scientifico dipendono le Linee di Ricerca, specificate al par. 3.3 del presente documento.

Il Direttore Scientifico, per lo svolgimento delle sue attività, si avvale:

- del Servizio amministrativo della ricerca scientifica ai fini della rendicontazione tempestiva dei dati economici relativi ai finanziamenti ricevuti e della relativa contrattualistica;
- dello Staff, che supporta la direzione stessa nello sviluppo delle attività di ricerca, facilitando i processi gestionali e organizzativi relativi ai progetti di ricerca, sia essa Corrente o Finalizzata;
- del "Centro di Ricerca delle professioni sanitarie" (v. parag. 3.1.6), ai fini della divulgazione anche nell'ambito delle professioni sanitarie degli indirizzi relativi alla ricerca scientifica.

### **3.1.3. Lo Staff della Direzione Generale e della Direzione Scientifica**

Le funzioni di staff alla Direzione Generale e alla Direzione Scientifica sono integrate in una struttura organizzativa specifica che dipende funzionalmente dal Direttore Generale e dal Direttore Scientifico - che ne definiscono gli obiettivi -, e gerarchicamente dal Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico.

### **3.1.4. La Direzione Amministrativa**

La Direzione Amministrativa assicura il governo economico-finanziario-patrimoniale dell'Istituto e garantisce la legittimità dell'azione amministrativa. Garantisce il corretto svolgimento delle funzioni di supporto anche attraverso indirizzi tecnico-professionali.

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale e lo coadiuva nel ruolo strategico attraverso:

- ✓ il governo complessivo dell'efficienza dei processi produttivi, partecipando al processo di pianificazione strategica;

---

<sup>5</sup> Da Atto Aziendale IOR

- ✓ la gestione di relazioni istituzionali con gli enti sovraordinati e con altre Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana, dell'Area Vasta Emilia Centro, della Regione Emilia-Romagna e di altre Regioni italiane.

Esercita funzioni di indirizzo e controllo delle attività sviluppate dal Dipartimento Amministrativo e Tecnico, fornendo le direttive sull'attività e il funzionamento dei Servizi afferenti allo stesso, con particolare riferimento alla gestione del personale ed alla funzione di coordinamento delle politiche di acquisto di lavori, beni e servizi, tenuto conto dei processi di aggregazione a livello di Area Vasta e di livello regionale (INTERCENT-ER).

Il Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, oltre alle responsabilità inerenti la gestione del Dipartimento stabilite ai sensi dell'art. 17 bis del D. Lgs. 502 del 1992 e dettagliate nel Regolamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, ha le seguenti responsabilità specifiche:

- ✓ sviluppo e valorizzazione del personale dell'Istituto, attraverso la promozione di strumenti innovativi di empowerment del personale, knowledge management
- ✓ gestione delle relazioni di interfaccia tra la Direzione Aziendale e i Servizi afferenti al Dipartimento
- ✓ promozione di azioni di sviluppo sostenibile, inerenti i temi del Mobility management e dell'Energy management, secondo le indicazioni previste dal Piano Sociale e Sanitario Regionale.

Il Dipartimento Amministrativo e Tecnico aggrega tutte le funzioni Amministrative e Tecniche dell'Istituto assicurando:

- la completezza, la correttezza e la trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Istituto;
- la legittimità e la trasparenza degli atti nel quadro delle competenze/responsabilità decentrate ai Dirigenti in esecuzione di atti specifici

e ha il compito di presidiare i seguenti processi:

- acquisizione e gestione del personale, con particolare riferimento alla formazione ed alla valorizzazione dello stesso;
- acquisizione e gestione delle tecnologie, partecipando ai processi di Health Technology Assessment;
- acquisizione e gestione dei beni mobili ed immobili, con particolare riferimento alle azioni strategiche di Energy Management (risparmio energetico);
- acquisizione e gestione dei Sistemi Informativi, con particolare attenzione alla sensibilizzazione a tutto il personale sull'utilizzo e la conoscenza delle potenzialità degli applicativi informatici in uso;
- predisposizione del Bilancio di Esercizio, del Bilancio di Previsione del Piano Pluriennale Programmatico;
- predisposizione degli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo e rendicontazione della gestione aziendale agli Enti sovraordinati e agli Organi ed Organismi dell'Istituto;
- gestione del "sistema delle regole aziendali" orientate allo sviluppo organizzativo;
- predisposizione delle azioni amministrativo-tecniche necessarie al buon funzionamento dei Dipartimenti ed ai CDR a essi afferenti;

- gestione, studio e capillare azione informativa correlata agli aspetti giuridico-legali;
  - gestione amministrativa ed economico-finanziaria dei Fondi di Ricerca e dei progetti di Ricerca, dalla loro presentazione alla rendicontazione;
  - gestione del Sistema Documentale e dei rapporti in convenzione con altri Enti, Istituzioni, Aziende, Consorzi;
  - gestione dei rapporti di Contenzioso e del processo di Autoassicurazione;
  - gestione delle attività economici e di approvvigionamento;
- e, per ciascun ambito specifico, gestire le relazioni con i servizi omologhi delle Aziende dell'Area metropolitana e dell'Area Vasta Emilia Centro.

Le responsabilità di competenza di ciascuna funzione afferente al Dipartimento sono esplicitate nel "Regolamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico".

### **3.1.5. La Direzione Sanitaria**

La struttura organizzativa della direzione sanitaria, con a capo il Direttore Sanitario, prevede un legame gerarchico con la macroarticolazione organizzativa della Direzione Medica di Presidio.

Il Direttore Sanitario ha funzioni di ***Medical Affairs***: responsabilità di governo clinico e risk management (in collaborazione con il Direttore Scientifico, i Direttori di Dipartimento, il Direttore del Servizio di Assistenza), rapporto con i dipartimenti in materia di negoziazione (supportato dalla Direzione Medica di Presidio), relazioni con Regione Emilia-Romagna, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), e altre Aziende Sanitarie e Regioni, per la realizzazione di reti integrate, accordi di fornitura e, in generale, programmi di governo clinico.

Rientra tra le responsabilità del Direttore Sanitario la promozione delle conoscenze e competenze professionali – anche in qualità di Presidente del Collegio di Direzione -, presidiando lo sviluppo e la valutazione del Piano Aziendale della Formazione.

Nei rapporti con i dipartimenti, il Direttore Sanitario, attraverso la direzione medica di presidio:

- verifica il conseguimento degli obiettivi aziendali negoziati, nel rispetto del ruolo dei direttori di dipartimento;
- svolge funzioni di interlocutore per le proposte dei direttori dei dipartimenti rispetto alla programmazione aziendale;
- svolge funzioni di supporto tecnico all'attività dei dipartimenti, per gli aspetti organizzativi e gestionali;
- esprime valutazioni tecniche ed organizzative sulla costruzione, ristrutturazione e ampliamento degli spazi comuni assegnati ai dipartimenti;
- esprime valutazioni tecniche ed organizzative sulle proposte di acquisto di attrezzature biomedicali, attraverso la funzione di Ingegneria Clinica e HTA.

La Direzione sanitaria ha infine il compito di gestire la Libera Professione. A tal fine è istituito presso la Direzione Medica di Presidio, l'Ufficio Libera Professione con il

compito di gestire complessivamente (aspetti sanitari e amministrativi) le attività ad essa correlate (v. par. 3.1.5.1).

Sono in Staff al Direttore Sanitario funzioni che si integrano con tutta l'organizzazione e fungono da interfaccia tra l'Ufficio di Direzione e le strutture aziendali, lavorando in un'ottica di "sistema integrato di gestione".

In particolare, le funzioni di staff della Direzione Sanitaria si articolano in:

○ Qualità e Accreditamento Aziendale

con la responsabilità di garantire l'implementazione, lo sviluppo, la verifica e la promozione del Sistema di Gestione della Qualità, secondo le linee aziendali ed in coerenza con le indicazioni regionali e ministeriali relativamente all'accreditamento istituzionale, all'accreditamento industriale dei laboratori del Dipartimento Rizzoli RIT ed alla certificazione degli IRCCS; a tal fine coordina la rete qualità aziendale. Con particolare riferimento al Dipartimento Rizzoli-Sicilia, la funzione è responsabile delle attività inerenti l'autorizzazione e l'accreditamento.

○ Risk Management

con la responsabilità di:

- coordinare, sviluppare e presidiare il Programma Aziendale di Gestione Integrata del Rischio secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dalle linee di indirizzo regionali;
- coordinare il CAGIR (Comitato Aziendale Gestione Integrata del Rischio), momento di integrazione tra tutte le funzioni che si occupano di gestione del rischio, e la rete dei referenti del Risk Management.

Con particolare riferimento al Dipartimento Rizzoli-Sicilia, la funzione è responsabile delle attività inerenti il Risk management.

○ Servizio Prevenzione e Protezione

con la responsabilità di:

- garantire quanto previsto dal Testo Unico previsto dal d.lgs 81 del 9/4/2008;
- collaborare con il Datore di Lavoro (D.L.) nel perseguire il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza in tutte le aree dell'Istituto;
- effettuare, per conto del D.L., l'analisi e la valutazione dei fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro per la sicurezza e la salute degli operatori, dipendenti e non;
- elaborare sulla base della valutazione dei rischi un piano di interventi per la prevenzione e la protezione degli operatori presenti in tutti i settori lavorativi e inviarlo almeno annualmente - e comunque ad ogni richiesta di aggiornamento -, alla Direzione Aziendale per la programmazione e la realizzazione;
- implementare il sistema gestionale della sicurezza e informare e formare sui rischi residui tutto il personale;
- gestire i rapporti con il Patrimonio e Attività Tecniche, con l'Ingegneria Clinica e con il Risk Management per gli ambiti di competenza.

Con particolare riferimento al Dipartimento Rizzoli-Sicilia, la funzione è responsabile delle attività inerenti la prevenzione e la protezione secondo la normativa vigente.

- Mobilità Sanitaria, Flussi Sanitari e Controllo Codifica di Ricovero

Struttura semplice con la responsabilità di:

- ✓ garantire il recepimento delle indicazioni regionali in merito alla mobilità sanitaria e alla codifica di ricovero;
- ✓ gestire le attività di controdeduzione alle contestazioni sanitarie;
- ✓ integrazione con le U.O. per ciò che riguarda i problemi di codifica di ricovero e relativa attività di formazione ai professionisti;
- ✓ assicurare:
  - il monitoraggio dei ricavi derivanti dalle attività sanitarie di ricovero, specialistica ambulatoriale ed erogazione diretta dei farmaci;
  - il monitoraggio delle voci di costo a carico dell'attività Sanitaria;
- ✓ controllare e validare i dati sanitari necessari al monitoraggio delle attività dei dipartimenti (budget, accordi di fornitura,...) e alle relazioni con le altre regioni.

Con particolare riferimento al Dipartimento Rizzoli-Sicilia, la struttura è responsabile della formazione al personale medico riguardo alla correttezza della codifica, del monitoraggio della stessa e della pianificazione di interventi migliorativi ove necessari.

- Ingegneria Clinica, con la responsabilità di:

- supportare nel processo di budgeting le decisioni riguardo all'acquisizione di tecnologie, attraverso l'utilizzo del Technology Assessment (HTA), in stretto collegamento con l'Osservatorio regionale per l'Innovazione (ORI)
- supportare le procedure d'acquisto ed i controlli di qualità delle apparecchiature;
- fornire indicazioni tecniche al Servizio Patrimonio Attività Tecniche riguardo alla manutenzione delle apparecchiature sanitarie e biomediche;
- monitorare le attività di manutenzione delle apparecchiature anche ai fini della prevenzione dei rischi.

La ingegneria clinica svolge funzioni di HTA e di supporto alle decisioni aziendali nel campo delle apparecchiature e delle tecnologie operando in stretta connessione con i Dipartimenti, il Servizio Patrimonio e Attività Tecniche e con la Direzione Medica di presidio Ospedaliero.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle attività e i controlli sulle apparecchiature opera in stretta collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

- Ufficio Libera Professione (ULP), a supporto della Direzione Sanitaria nelle attività descritte in precedenza. A tal fine l'Ufficio unisce al suo interno le diverse professionalità (sanitarie e amministrative) che a vario titolo si occupano dell' Attività Libero professionale.

### **3.1.5.1. Direzione Medica di Presidio (DMP)**

Le funzioni e i compiti del Direttore Medico di Presidio sono svolti dal Direttore Sanitario, ai sensi e per effetto dell'art. 15, comma 13, lett. f-bis), D.L 6 luglio 2012, n. 95, convertito con L. 7 agosto 2012, n. 135.

Le competenze della Direzione Medica di Presidio sono:

- gestionali-organizzative;
- igienico sanitarie e di prevenzione;
- medico legali.

Relativamente all'area gestionale-organizzativa la Direzione Medica di Presidio:

- supporta i direttori di dipartimento nella valutazione della verifica dei risultati ottenuti, compreso il monitoraggio degli obiettivi di budget per le specifiche aree di competenza;
- supporta i direttori di dipartimento, delle strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali afferenti all'area clinico-assistenziale, promuovendo l'integrazione delle strutture all'interno del presidio.

In quest'ambito la Direzione Medica di Presidio ha responsabilità di *Operation Management* che si realizza nel:

- supportare con competenze organizzative e gestionali i dipartimenti e le strutture complesse per le attività sanitarie di competenza, al fine di favorire lo sviluppo e la implementazione di strumenti per il governo clinico, per assicurare lo sviluppo ed il miglioramento della qualità e della sicurezza, la continuità e l'appropriatezza dei processi clinico – assistenziali, secondo gli indirizzi espressi dal direttore sanitario;
- gestire ed organizzare il presidio;
- gestire la logistica e il *patient flow*: gestione delle liste di attesa, dei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale, delle procedure di accettazione e dimissione, della logistica dei beni e ottimizzazione del blocco operatorio, collaborazione operativa alla gestione integrata del rischio.

Rientrano inoltre tra gli aspetti organizzativi della Direzione Medica di Presidio:

- la gestione degli aspetti sanitari legati all'attività di Teleconsulto;
- l'Integrazione socio-sanitaria, attraverso la definizioni dei piani assistenziali ai fini della continuità delle cure del paziente, con utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse disponibili extraospedaliere (compresi i rapporti con le Case di Cura)
- le attività logistiche e di promozione del comfort alberghiero (con il supporto operativo del personale del SAITR), attraverso la realizzazione di progetti per il miglioramento della qualità degli ambienti e monitorando la destinazione d'uso degli spazi, secondo quanto definito dai requisiti di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie.

Relativamente all'area igienico-sanitaria e di prevenzione la Direzione Medica di Presidio ha responsabilità di gestione della Igiene e Prevenzione per gli ambiti di competenza stabilita dalla normativa vigente e delegati dalla Direzione Sanitaria limitatamente a quanto stabilito dalla normativa stessa.

Tale gestione, per gli aspetti operativi e tecnici, comprende attività svolta da professionisti del SAITR che, ferme restando le responsabilità mediche della Direzione Medica di Presidio, operano in modo integrato al fine del raggiungimento degli obiettivi igienico-sanitari dell'Istituto. In particolare, i medici della Direzione Medica di Presidio hanno, su delega del Direttore Sanitario e nel rispetto delle funzioni previste dalla normativa, responsabilità di presidiare la gestione operativa di professionisti del SAITR relativamente agli aspetti di:

- infezioni ospedaliere, presiedendo il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO);
- sorveglianza ai fini della prevenzione di malattie trasmissibili, con particolare riferimento alle aree critiche;
- tutela dello statuto igienico-sanitario dell'ospedale e dell'ambiente, compreso il controllo della gestione dei rifiuti;
- Medicina del Lavoro secondo quanto previsto dal Testo Unico d.lgs. 81 del 9/4/2008, attraverso una attività di sorveglianza sanitaria, di promozione della sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, di informazione e formazione del personale, ai sensi del D.Lgs. 626/94 s.m., D.Lgs. 230/95, D.Lgs. 155/07, e D.Lgs.241/00 per la tutela della salute degli operatori sul luogo di lavoro.

Sempre in quest'ambito, la Direzione Medica di Presidio ha inoltre responsabilità di:

- garantire la sorveglianza sanitaria dalle radiazioni ionizzanti attraverso le attività di Fisica sanitaria al fine di garantire la radioprotezione di lavoratori e pazienti, sia nell'impiego degli impianti radiogeni, di risonanza magnetica nucleare e di altre energie fisiche normate, sia nella progettazione e implementazione del programma di garanzia degli standard di qualità e sicurezza in diagnostica per immagini, secondo la normativa vigente;
- programmare e coordinare le attività della Dietetica, attraverso una verifica degli aspetti igienico nutrizionali degli alimenti, l'applicazione e lo sviluppo dell'attività di dietoterapia, la programmazione e controllo del servizio ristorazione al fine di verificare gli standard di qualità attesi;
- Promuovere la salute e il benessere psicologico di operatori, utenti e cittadini, attraverso interventi e tecniche di natura psico-pedagogica;
- gestire l'accesso degli stranieri all'Istituto, in coerenza con la regolamentazione nazionale e regionale in materia.

Relativamente all'area Medico-Legale la Direzione Medica di Presidio ha responsabilità di:

- adempiere ai provvedimenti di polizia mortuaria;
- svolgere attività di organizzazione e di vigilanza nell'ambito delle attività inerenti il prelievo d'organi, partecipando, se necessario, quale membro al collegio medico per l'accertamento della morte, compiendo, inoltre,

- ogni ulteriore atto di competenza. Sovrintendere, nel rispetto degli indirizzi del coordinatore regionale trapianti, alle attività organizzative del coordinatore locale;
- inoltrare ai competenti organi le denunce obbligatorie;
  - supportare l’attività di valutazione del rischio clinico;
  - vigilare sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari;
  - vigilare sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprimere parere obbligatorio su raccolta, elaborazione e trasmissione di dati sanitari, con particolare riguardo ai mezzi informatici e telematici;
  - vigilare sulla corretta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e di tutta la documentazione sanitaria;
  - rispondere, dal momento della consegna all’archivio centrale, della corretta conservazione della documentazione sanitaria;
  - rilasciare agli aventi diritto, secondo modalità stabilite dall’azienda e nel rispetto della normativa vigente, copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria e certificazioni.

In relazione agli ultimi tre punti sopra elencati, la Direzione Medica di Presidio si avvale del personale amministrativo afferente gerarchicamente al Dipartimento Amministrativo e Tecnico, a cui fornisce indicazioni in rispetto alla normativa vigente. Analogamente, per la gestione degli archivi, compreso l’archivio radiologico, il personale amministrativo svolge funzioni a supporto della Direzione Medica di Presidio e della Radiologia, che hanno responsabilità ben definite dalla normativa vigente.

Nell’adempimento delle proprie responsabilità, la Direzione Medica di Presidio si avvale delle professionalità afferenti al proprio Staff e a quello della Direzione Sanitaria, al Servizio di Assistenza (cui competono operativamente alcune delle attività sopra elencate), allo Staff di Direzione Generale e Direzione Scientifica e al Dipartimento Tecnico Amministrativo.

Dalla Direzione Medica di Presidio dipendono in linea gerarchica la Farmacia e la Sala Operatoria:

#### Farmacia

con la responsabilità di:

- monitorare e vigilare sulle prescrizioni dei farmaci e sull’uso dei dispositivi medici al fine sanitario-epidemiologico e gestionale-amministrativo;
- supportare la direzione ed i dipartimenti nella gestione del Materiale Protesico, dei Mezzi di Osteosintesi, dispositivi medici;
- supportare il processo di acquisto e di approvvigionamento dei prodotti farmaceutici, protesici e dispositivi medici;
- monitorare i consumi ed i costi con elaborazione di reportistica finalizzata al monitoraggio dei budget, in collaborazione con l’ufficio controllo di gestione;
- gestire e allestire farmaci per sperimentazioni cliniche.

## Sala Operatoria

con la responsabilità di:

- gestire complessivamente le sale operatorie e monitorare il rispetto delle regole di funzionamento secondo quanto approvato dal Collegio di Direzione;
- controllare il corretto approvvigionamento dei materiali necessari al funzionamento delle sale ed alle attività chirurgiche, per quanto riguarda il budget, in stretta collaborazione con il CPSE della Sala;
- verificare la corretta comunicazione con i servizi che assicurano prestazioni o materiali necessari al funzionamento delle sale operatorie (Centrale di Sterilizzazione, Anatomia Patologica, Laboratorio di Patologia Medica, Servizio Trasfusionale);
- definire, verificare i protocolli e le procedure applicate, in collaborazione con i chirurghi, gli anestesiologi e il CPSE della Sala Operatoria;
- controllare e verificare i registri operatori.

Per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari e normativi, la Direzione Medica di Presidio ha responsabilità sul corretto svolgimento delle attività della Centrale di Sterilizzazione, la cui organizzazione e gestione del personale dipende dal Servizio di Assistenza (SAITR), con cui la Direzione di Presidio si integra nella assunzione di decisioni, al fine di garantire il necessario supporto alla Sala Operatoria.

Il personale delle professioni sanitarie e tecnico della Farmacia e della Sala Operatoria dipende dal Responsabile di Area Professionale di appartenenza (SAITR).

Analogamente, il personale amministrativo della Farmacia dipende dal Servizio Amministrativo dell'Area Sanitaria (SAAS- all'interno del DAT).

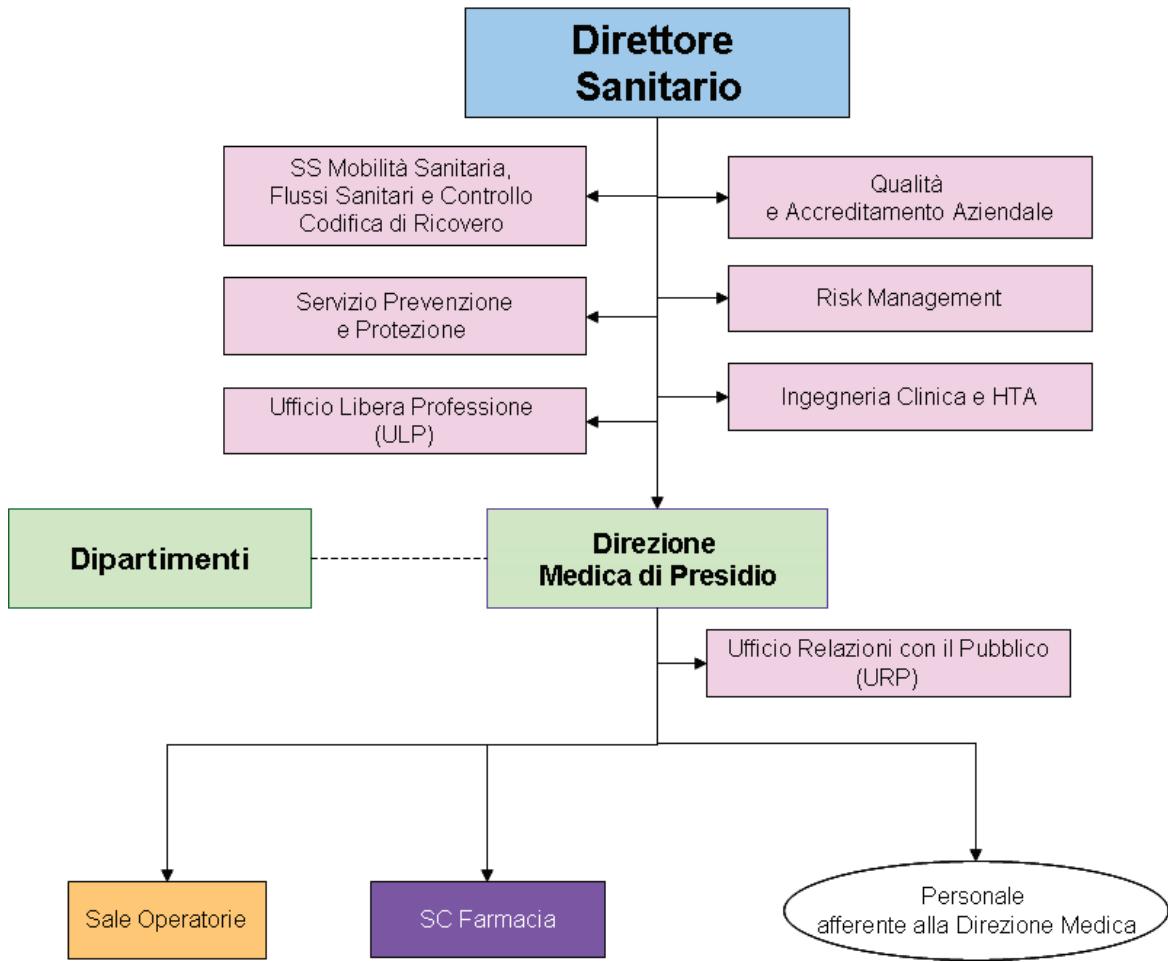
È in staff alla Direzione Medica di Presidio:

- l' "Ufficio Relazioni con il Pubblico" (URP), con la responsabilità di:
  - rilevare i bisogni ed il livello di soddisfazione dell'utenza;
  - gestire il processo di comunicazione con i cittadini (reclami, suggerimenti, elogi);
  - garantire la corretta informazione al pubblico attraverso la predisposizione e l'aggiornamento della Carta dei Servizi e degli strumenti informativi per gli utenti;
  - raccogliere, elaborare e presentare alla Direzione ed agli Organi aziendali i report elaborati e partecipare alle iniziative di miglioramento;
  - gestire le relazioni con il Comitato Consultivo Misto e supportarne l'attività all'interno dell'Istituto.

La Direzione Medica di Presidio si avvale di personale amministrativo che svolge attività relative alla gestione:

- del processo del contenzioso sanitario fornendo collaborazione ai sanitari e al servizio di medicina legale e predisponendo la documentazione sanitaria inerente i singoli casi, in sinergia con il Dipartimento Amministrativo e Tecnico;
- del processo dei ricettari standardizzati dall'approvvigionamento al rilascio;
- del percorso del personale frequentatore dell'area sanitaria.

Di seguito l'Organigramma della Direzione Sanitaria e della Direzione Medica di Presidio:



### 3.1.6. La Direzione del Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione (SAITR)

La struttura organizzativa del Servizio di assistenza infermieristica, tecnica e della riabilitazione - con a capo il Direttore del Servizio Assistenza selezionato sulla base della normativa vigente – ha responsabilità:

- di governo dei processi di assistenza e di supporto alla stessa, in un sistema integrato di cure;
- di progettazione, implementazione e sviluppo di modelli organizzativi assistenziali innovativi coerenti con l'organizzazione dell'Istituto, favorendo i processi di ricerca, valorizzazione delle risorse umane, formazione;
- della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia tecnico organizzativa delle attività assistenziali;
- di definizione del fabbisogno complessivo delle risorse di personale attinenti alle aree di competenza;
- dello sviluppo e valorizzazione delle professioni sanitarie;

- coordinamento dei tirocini degli studenti delle lauree triennali, dei Master di I livello e lauree magistrali delle Professioni Sanitarie con le Università convenzionate con lo IOR e dei corsi per operatore socio sanitario.

La direzione del servizio di assistenza svolge la propria attività in piena integrazione con la direzione sanitaria e con gli uffici di staff aziendali.

Il servizio di assistenza è articolato in diverse aree tecnico-professionali, la cui responsabilità è assegnata ad un Dirigente delle Professioni Sanitarie:

- Area infermieristica;
- Area della Riabilitazione;
- Area Tecnica di Radiologia;
- Area Tecnica di Laboratorio.

Dipendono gerarchicamente dal Direttore del Servizio di Assistenza i Dirigenti delle Professioni Sanitarie, che hanno la responsabilità di:

- verificare e valutare il fabbisogno del personale dell'area professionale afferente, nel rispetto degli obiettivi e degli indirizzi aziendali;
- promuovere, nel rispetto degli obiettivi e degli indirizzi aziendali, i livelli di competenza professionale;
- favorire la formazione continua del personale afferente e la valutazione dell'impatto della stessa nelle strutture organizzative eventualmente anche attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

Afferiscono al Servizio di assistenza infermieristica, tecnica e della riabilitazione:

- **Il responsabile del Centro Ricerca delle Professioni Sanitarie**, che ha il compito di promuovere la ricerca nell'ambito delle professioni sanitarie, secondo gli indirizzi del Direttore Scientifico.
- **Il responsabile amministratore del sistema PACS**, che ha compito di coordinare e gestire i flussi informativi in ingresso e in uscita tra le diverse modalità diagnostiche e il PACS. È inoltre:
  - Coordinatore del gruppo degli amministratori di sistema PACS;
  - Referente per lo IOR per l'integrazione del sistema RIS-PACS con i rispettivi dell'area metropolitana per quanto riguarda la responsabilità assegnata dalla Direzione generale;
  - Referente TSRM per il servizio di radiologia e diagnostica per immagini con le interfacce aziendali del sistema PACS.

**Collaboratori professionali sanitari esperti infermieri, TSRM, TSLBM e fisioterapisti (CPSE) Referenti di budget:** dipendono dai Dirigenti delle Professioni Sanitarie ed hanno funzioni di coordinamento gestione e controllo delle risorse loro attribuite. A tal fine si interfacciano con i Direttori di Struttura Complessa/Semplice per le decisioni riguardanti il coordinamento organizzativo gestionale all'interno della Struttura stessa.

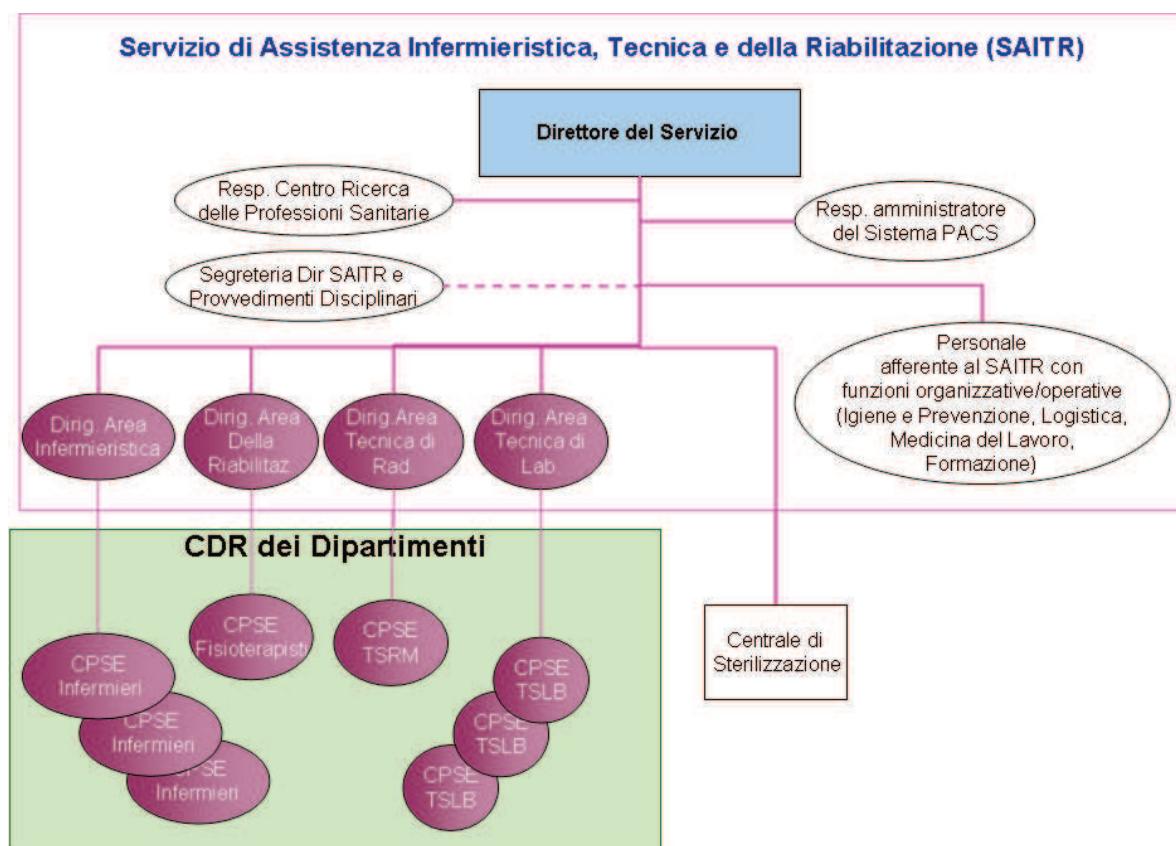
**Collaboratori professionali sanitari esperti infermieri, TSRM, TSLBM e fisioterapisti (CPSE)** dipendono dal **CPSE Referente di budget** della Struttura di

appartenenza ed assumono un ruolo professionale/organizzativo/gestionale per le attività professionali a cui sono preposti, nel rispetto degli obiettivi e degli indirizzi del CPSE responsabile di budget e del Dirigente delle Professioni Sanitarie di riferimento.

**Collaboratori professionali sanitari esperti infermieri, TSRM, TSLBM e fisioterapisti (CPSE)** collocati all'interno dei Dipartimenti afferiscono gerarchicamente ai Dirigenti delle Professioni Sanitarie.

Afferisce al SAITR la Centrale di Sterilizzazione, che ha la responsabilità di assicurare il corretto svolgimento dell'intero processo di sterilizzazione, compreso il controllo, ai fini di garantire la disponibilità dei materiali sterili alle funzioni assistenziali e alla Banca del Tessuto Muscoloscheletrico, in conformità con le normative vigenti.

L'organizzazione del SAITR e le interfacce dello stesso con i CDR dei Dipartimenti è rappresentata dall'organigramma che segue:



### **3.2. *La macrostruttura dei Dipartimenti***

Relativamente all’Organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti dello IOR, si rimanda agli specifici regolamenti nei quali sono rappresentati anche gli organigrammi dei dipartimenti stessi.

Nell’ambito di iniziative di Area Vasta (AVEC) o di progetti di Area metropolitana, è possibile la partecipazione di Strutture Complesse e/o Semplici Dipartimentali dello IOR a Dipartimenti Interaziendali in ambito metropolitano.

### **3.3. *Le Linee di Ricerca***

I Responsabili di Linea di Ricerca dipendono dal Direttore Scientifico per gli indirizzi strategici in materia di ricerca ed hanno responsabilità di:

- favorire l’interdisciplinarietà e l’integrazione tra la ricerca di base e applicata e l’attività diagnostica-terapeutica-assistenziale
- definire i percorsi e le procedure atti a valorizzare attività di ricerca avanzate in campo diagnostico, anche in termini assistenziali
- coordinare le iniziative dei singoli Centri di Responsabilità anche con Centri di Eccellenza di altri Enti e Istituti di Ricerca, al fine di reperire finanziamenti su progetti inerenti la Linea di Ricerca
- promuovere attività di aggiornamento sulle attività svolte, con programmi che coinvolgano anche specialisti esterni all’Istituto
- rendicontare l’attività di Ricerca inerente la Linea, secondo i tempi e le modalità definite dalla Direzione Scientifica
- proporre alla Direzione Scientifica nuove strategie per la valorizzazione delle attività di ricerca applicata
- valorizzare l’utilizzo coordinato della strumentazione, delle banche dati e delle casistiche inerenti la Linea di Ricerca
- individuare strumenti di incentivazione per favorire la realizzazione di *prodotti* della ricerca.

### **3.4. *Le relazioni tra Dipartimenti e Linee di Ricerca***

L’attività di ricerca traslazionale svolta dalle Linee di Ricerca è trasversale all’attività di assistenza e di ricerca effettuate dalle Strutture all’interno dei Dipartimenti, alle quali danno supporto funzionale di tipo tecnico-scientifico.

I responsabili delle Linee di Ricerca incentivano tutto il personale alla partecipazione a progetti di ricerca di interesse per l’Istituto.

L’iter di presentazione dei progetti è descritto nelle fasi seguenti:

1. Il ricercatore propone il progetto al Direttore Scientifico (in caso di partecipazione a bandi, almeno 10 giorni prima della scadenza del bando);
2. Il Direttore Scientifico, avvalendosi dei Responsabili di Linea di Ricerca, del Direttore Sanitario - e dei Direttori di Dipartimento in caso il progetto abbia un impatto organizzativo sul Dipartimento e sulle attività clinico-assistenziali – approva o meno il progetto.
  - In caso di parere positivo lo trasmette al Comitato Etico (se previsto dalla normativa vigente o comunque in tutti i casi in cui il Direttore Scientifico, il Direttore Sanitario o il proponente lo ritengano opportuno);
  - In caso di parere negativo il Direttore Scientifico motiva la decisione al proponente.

Una volta approvato, il progetto è sotto la responsabilità del ricercatore che lo ha proposto, che risponde gerarchicamente al direttore di CdR (afferente al Dipartimento) e funzionalmente, per le attività di rendicontazione e informazione scientifica, al Responsabile della Linea di Ricerca.

È prevista una relazione sui progetti di ricerca in fase di avvio, in corso o conclusi da parte dei Responsabili delle Linee di Ricerca al CTS almeno con cadenza annuale.

A tal fine, il Responsabile della Linea di Ricerca verifica i risultati dei singoli progetti in termini di:

- produzione scientifica
- utilizzo dei fondi acquisiti per lo svolgimento dei progetti.

Il Responsabile della Linea è inoltre tenuto alla verifica *in itinere* del **contributo scientifico** che il progetto porta alla Linea e all'Istituto, in termini di produzione scientifica, immagine, attrazione, ecc., secondo tempi e modalità definiti dalla direzione scientifica.

Tale attività di verifica è necessaria al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi e l'efficiente utilizzo dei fondi destinati al progetto.

Al fine di garantire al responsabile del progetto l'efficiente realizzazione del progetto in tutte le sue fasi, è necessaria la firma di condivisione - in merito all'impatto organizzativo del progetto - da parte di tutti i direttori dei CDR coinvolti nello stesso.

Il Direttore Scientifico è il responsabile della verifica del raggiungimento degli obiettivi dei progetti approvati, in termini di apporto di conoscenze scientifiche e/o di ricaduta assistenziale. Tale verifica è strettamente collegata con gli obiettivi dei CdR e dei Dipartimenti ed avviene contestualmente al Budget ed al termine del progetto, sulla base di quanto concordato con il Direttore Generale.

## 4 I sistemi operativi

I sistemi operativi evidenziano processi, metodi e strumenti connessi al funzionamento delle articolazioni organizzative, alle responsabilità gerarchiche ed alla integrazione tra le stesse.

I sistemi operativi dello IOR che, in questa sede, vengono descritti sono: gestione del personale, definizione dei ruoli e delle responsabilità, sistema delle deleghe, ciclo di programmazione e controllo e governo clinico.

### 4.1. *La gestione del personale*

#### 4.1.1. *Attribuzione degli incarichi*

##### 4.1.1.1. Incarichi gestionali della dirigenza Medica e Sanitaria

Gli incarichi gestionali prevedono:

1. incarichi di direzione di struttura complessa, in base all'art. 27, c.1, lettera a), del CCNL 1998-2001, relativi a strutture complesse caratterizzate da autonomia di budget all'interno del budget di dipartimento e responsabilizzazione sui risultati di gestione, definite nel presente documento (v. allegato 1);

Fatto salvo quanto previsto al punto 2.2 dell'Atto Aziendale, l'incarico di direzione di struttura complessa dell'area sanitaria e della ricerca è attribuito dal Direttore Generale, per un periodo di anni 5 rinnovabile, ai sensi dell'art. 8 comma 3 della L.R. n. 29 del 2004 e s.m.i. (D.G.R. RER 1722 del 16/11/2007), sulla base di una terna di candidati scelta dalla commissione di valutazione.

2. incarichi di dirigente responsabile di struttura semplice dipartimentale definite nel presente documento (v. allegato 1);

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale per un periodo di anni 3 rinnovabile, su proposta di norma del Direttore del Dipartimento, sentito il parere del Comitato di Dipartimento e del Collegio di Direzione<sup>6</sup>. L'individuazione del dirigente al quale assegnarlo avviene da parte del Direttore di Dipartimento. Il Direttore Generale può avvalersi della facoltà di designare altro dirigente, con atto motivato, sentito il parere del Collegio di Direzione. In casi particolari in cui la Struttura Semplice Dipartimentale svolga funzioni trasversali a più dipartimenti, può essere effettuata una selezione attraverso un bando interno.

---

<sup>6</sup> Come definito nell'Atto Aziendale

3. Incarichi di dirigente responsabile di struttura semplice, così come previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e dal D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. . L'incarico di responsabile di struttura semplice è attribuito dal Direttore Generale per un periodo di anni 3 rinnovabile, su proposta di attivazione e/o conferma da parte del Direttore di struttura complessa sentito il parere del Comitato di Dipartimento e del Collegio di Direzione<sup>7</sup>. Il Direttore Generale può avvalersi della facoltà di designare altro dirigente, con atto motivato, sentito il parere del Direttore di Dipartimento e del Collegio di Direzione.

In caso di necessità strategiche, previo parere del Collegio di Direzione, il Direttore Generale può proporre al Dipartimento la costituzione di strutture semplici, sentito il parere della Struttura Complessa di riferimento<sup>8</sup>, individuando il dirigente cui attribuire l'incarico di responsabile della Struttura.

#### 4.1.1.2. Incarichi professionali della dirigenza Medica e Sanitaria

Gli incarichi professionali prevedono:

- 6 incarico di direttore Responsabile di Linea di Ricerca, individuato preferibilmente tra i responsabili di struttura complessa, con particolari competenze in ambito scientifico, nominato dal Direttore Generale di concerto con il Direttore Scientifico, sentito il Collegio di Direzione; L'incarico è attribuito per un periodo di anni 3 rinnovabile, di norma, una sola volta. È soggetto a valutazione annuale. Qualora la verifica sugli obiettivi dei primi 12 mesi stabiliti dal Direttore Scientifico non desse esito positivo, ciò implica la sostituzione del Responsabile di Linea senza alcun onere da parte dell'amministrazione.
- 7 incarico di Coordinatore di Centro di Riferimento Specialistico, che può essere conferito a dirigenti con un'anzianità di servizio di almeno 10 anni, su proposta del Direttore di Dipartimento e del Direttore di Struttura Complessa a cui afferisce il professionista, sentito il parere del Comitato di Dipartimento. L'incarico è attribuito dal Direttore Generale per un periodo di anni 3 rinnovabile.
- In prima applicazione, le nomine avverranno su proposta del Direttore Scientifico per quanto riguarda i Centri di Riferimento Specialistico afferenti all'area della Ricerca e del Direttore Sanitario per quanto riguarda i Centri di Riferimento Specialistico afferenti all'area dell'Assistenza.
- Il coordinatore di Centro di Riferimento Specialistico è un professionista dell'assistenza o della ricerca con competenza clinico scientifica professionale documentata da idoneo curriculum di livello internazionale. Il limite numerico di questi incarichi è definito dal Collegio di Direzione, ma non può comunque essere superiore al numero di strutture complesse presenti.

<sup>7</sup> Come definito nell'Atto Aziendale

<sup>8</sup> V. Atto Aziendale

Il Centro di Riferimento Specialistico ha carattere professionale, tende a valorizzare le competenze super-specialistiche presenti nell'Istituto in ambiti specifici dell'assistenza e della ricerca. Utilizza le risorse presenti nelle strutture gestionali di riferimento in accordo con il Direttore della Struttura stessa. Non avendo autonomia gestionale, concorre alla realizzazione degli obiettivi di budget della Struttura di Riferimento.

Obiettivo dei Centri di Riferimento Specialistico è quello di dare evidenza all'attività superspecialistica su determinati ambiti clinici di ricerca, attraverso il coordinamento di risorse presenti nei Dipartimenti che per specifiche competenze e conoscenze possono contribuire alle attività del Centro.

Il coordinatore del Centro di Riferimento Specialistico è supportato da un sistema di collaborazione fra diverse Strutture e professionalità aziendali e si interfaccia con altre realtà extra-aziendali d'eccellenza in campo clinico e di ricerca.

#### **Centro di Riferimento Specialistico – area clinica**

L'obiettivo principale è fornire un approccio clinico innovativo e integrato di tipo multispecialistico, offrendo possibilmente ai pazienti un percorso clinico ad accesso riservato con ridotti tempi di attesa ad alcune indagini strumentali e visite specialistiche, prenotabili direttamente dal Coordinatore del Centro.

Per migliorare il percorso clinico o per affrontare eventuali compitanze ad esso correlate, il Centro può prevedere il coinvolgimento di altre competenze professionali.

#### **Centro di Riferimento Specialistico – area della ricerca**

Obiettivo principale è promuovere la ricerca nel settore di riferimento, attraverso la promozione e produzione di studi, progetti, ricerche, elaborazione di protocolli di studio interdisciplinari, la sperimentazione ed applicazione di metodiche innovative.

I Centri di Riferimento Specialistico potranno essere oggetto di sperimentazioni organizzative.

- 8 incarichi professionali di alta specializzazione, attribuibili ai dirigenti che svolgono funzioni interne alle Strutture, in possesso di elevate competenze tecnico-specialistiche che producono prestazioni quali-quantitative ritenute particolarmente rilevanti per l'Istituto, documentate da idoneo curriculum nel settore.

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale per un periodo di anni 3 rinnovabile, sentito il Direttore Scientifico, il Direttore Sanitario ed il Collegio di Direzione.

- 9 incarichi professionali che si caratterizzano per lo svolgimento di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico-funzionale nella disciplina di appartenenza. Si identificano due livelli di attività professionale:

- A. livello A: dotato di elevate competenze tecnico-professionali, svolte in piena autonomia, con spiccata partecipazione agli obiettivi aziendali e predisposizione al trasferimento delle conoscenze e competenze;
- B. livello B: dotato di buone competenze tecnico-professionali, svolte in autonomia.

Gli incarichi vengono attribuiti dal Direttore Generale per un periodo di anni 3 rinnovabile, su proposta del Direttore di struttura complessa o del Responsabile di Struttura semplice dipartimentale, sentito il Direttore Scientifico o il Direttore Sanitario in relazione all'attività prevalente (assistenza o ricerca), il Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento.

10 incarichi professionali di base attribuibili ai neo assunti al superamento del periodo di prova e fino alla maturazione di un'anzianità di servizio di almeno 5 anni.

In caso di necessità strategiche, previo parere del Collegio di Direzione, il Direttore Generale può proporre al Dipartimento l'attribuzione di specifici incarichi professionali.

#### 4.1.1.3. Incarichi gestionali della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica

Al Direttore Generale spetta il conferimento dell'incarico di Direttore/Responsabile di struttura complessa/semplice per i dirigenti dell'area amministrativa e tecnica, su proposta del Direttore Amministrativo. Il Direttore Generale può avvalersi della facoltà di designare altro dirigente, con atto motivato, sentito il parere del Collegio di Direzione.

#### 4.1.1.4. Incarichi della dirigenza delle professioni sanitarie

Al fine di valorizzare le Professioni Sanitarie, sono conferiti incarichi di dirigenza nell'ambito delle Professioni Sanitarie, sulla base del DPCM del 25 gennaio 2008 "Disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della prevenzione e della professione ostetrica".

#### 4.1.1.5. Gli incarichi del comparto

Le Posizioni Organizzative del Comparto sono individuate nei settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

In coerenza con le strategie ed i valori esplicitati nell'Atto Aziendale, la definizione dei criteri e dei sistemi di attribuzione e valutazione di Posizioni Organizzative è oggetto di trattativa con le organizzazioni sindacali.

#### **4.1.2. Sistemi di valutazione degli incarichi**

Il Sistema di valutazione degli incarichi della dirigenza prevede la valutazione degli incarichi gestionali di:

- Direttore di Dipartimento
- Direttore di Struttura Complessa
- Dirigente Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale
- Dirigente Responsabile di Struttura Semplice

e degli incarichi professionali di:

- Vice Direttore Scientifico
- Responsabile Linea di Ricerca
- Coordinatore Centro di Riferimento Specialistico
- Incarico di Alta Specializzazione
- Incarico di natura professionale livello A
- Incarico di natura professionale livello B
- Incarico di natura professionale di base.

Il Sistema di valutazione comprende l'utilizzo di metodi e strumenti, tra cui specifiche schede che sono definite in accordo con l' Organismo Valutazione Istituto Ortopedico Rizzoli (OVIOR) e deliberate con apposito atto del Direttore Generale. Da esse discendono le schede individuali per ciascun incarico.

Il processo di valutazione è strettamente collegato alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e, per i direttori di Struttura Complessa, alla valutazione degli obiettivi di carattere individuale annuali effettuata dall' OVIOR . Alla fine del periodo, triennale o quinquennale, si completa con esame e parere del competente Collegio tecnico di verifica.

Lo stretto collegamento con gli obiettivi di budget si realizza attraverso la condivisione degli stessi a livello del singolo professionista afferente al CDR e con la diffusione capillare degli obiettivi negoziati all'interno dell'Istituto, anche attraverso la rete intranet nella quale sono pubblicate le schede budget di tutti i CDR e gli stati di avanzamento/verifica (come evidenziato al par.4.4.2).

Tale atto di condivisione e la valutazione ex-post contribuiscono ad arricchire il processo di valutazione del singolo professionista rispetto al suo incarico: il sistema di valutazione dell'incarico individuale includerà quindi un mix di elementi basati sui risultati desunti dalla verifica di budget annuale, sulla valutazione del valutatore di prima istanza, su elementi resi disponibili dagli uffici aziendali (p.es. encomi, lamentele...), sul contributo offerto alla assistenza ed alla ricerca, sul raggiungimento degli obiettivi tecnico-professionali.

Per maggiori specifiche relative alla correlazione tra il sistema di valutazione, il sistema premiante e il sistema di Budget si rimanda al paragrafo 4.4.3.

Per maggiori specifiche sul ruolo del Organismo di Valutazione relativamente alla valutazione degli incarichi si rimanda al regolamento del OVIOR.

Relativamente agli incarichi dell'area del Comparto (Posizioni Organizzative) il sistema di valutazione si basa su quanto previsto dal CCNL vigente ed utilizza le schede di valutazione della PO definite in accordo con le rappresentanze sindacali.

Il Direttore del Servizio di Assistenza partecipa all'OVIOR nei momenti di valutazione degli incarichi relativi all'area delle professioni sanitarie.

#### **4.1.3. *Revoca degli incarichi della dirigenza***

Le revoca degli incarichi gestionali e/o professionali sono legate alla mancata applicazione da parte del dirigente stesso delle disposizioni previste nell'atto aziendale e nei regolamenti aziendali, nonché alla mancata realizzazione degli obiettivi assegnati nell'ambito del processo di Programmazione e Controllo (Budget annuale) o da valutazioni complessive negative scaturite dai processi di valutazione aziendali previsti al paragrafo precedente.

Tale revoca è effettuata da parte del Direttore Generale, nel rispetto della procedura prevista ai sensi della normativa vigente, dal Codice Civile e dai contratti collettivi di lavoro.

#### **4.1.4. *La libera professione***

La libera professione rappresenta una modalità di risposta ai bisogni dei cittadini che va ad integrare la risposta in regime istituzionale e, al contempo, rappresenta una opportunità professionale regolamentata a livello nazionale, regionale e di Istituto.

Per quanto riguarda l'attività libero-professionale intramuraria (nel quadro della normativa vigente, dei principi e degli obiettivi e nel rispetto dei limiti specificatamente precisati nell'apposito Atto regolamentare), va sottolineato che rappresenta per i dirigenti del ruolo sanitario a rapporto esclusivo l'esercizio di un diritto sancito a tutela di interessi professionali ed economici "propri" che si accompagnano ai doveri di fedeltà, di esclusività, di diligenza e di produttività. Rappresenta, inoltre, sinergizzando la tutela degli interessi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli e dell'utenza, anche l'adempimento di un dovere con ricadute dirette sull'immagine, sui livelli prestazionali, sulla economia dell'Istituto e sulla soddisfazione dell'utenza.

La Legge 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intra muraria e altre norme in materia sanitaria" ha disposto che ogni Azienda Sanitaria ed ogni Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico predisponga un piano aziendale dell'attività libero professionale, cui si rimanda per i contenuti, che definisca i volumi di attività istituzionale ed in libera professione oltre a modalità di prenotazione e riscossione ispirate alla totale trasparenza e tracciabilità.

La Legge 120/2007 è, inoltre, occasione per rafforzare le relazioni tra aziende sanitarie e tra regioni in modo da costruire reti integrate di supporto reciproco: l'Istituto Ortopedico Rizzoli intende perseguire questa opportunità potenziando le relazioni sia istituzionali sia libero professionali secondo le indicazioni che verranno date dalla Regione Emilia-Romagna.

## **4.2. I ruoli e le responsabilità**

Le responsabilità delle diverse Strutture dell'Istituto possono essere suddivise e specificate in relazione all'articolazione organizzativa e spettano, in primo luogo, al responsabile dell'articolazione stessa.

Le responsabilità del dipartimento attengono, in particolare, alle seguenti funzioni:

- il governo clinico, finalizzato all'orientamento dei comportamenti professionali all'interno del dipartimento;
- la gestione complessiva del budget di dipartimento;
- la gestione della logistica dipartimentale;
- la promozione dell'innovazione e degli sviluppi strategici del dipartimento nel medio-lungo periodo;
- la definizione e gestione di eventuali progetti di tipo organizzativo intra o inter-dipartimentali, che possono prevedere il coinvolgimento delle Linee di Ricerca.

Le responsabilità di Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali riguardano:

- l'attività di assistenza clinica nei confronti dei pazienti;
- la gestione complessiva del budget della struttura;
- la ricerca anche traslazionale e con ricadute in ambito industriale;
- lo sviluppo delle competenze dei propri professionisti.

Le responsabilità di Strutture Semplici riguardano:

- l'attività di assistenza clinica nei confronti dei pazienti;
- la ricerca anche traslazionale;
- lo sviluppo delle competenze dei propri professionisti.

Le linee di ricerca hanno responsabilità dirette:

- di ricerca traslazionale;
- di sviluppo delle competenze scientifiche dei ricercatori che hanno compiti di produzione scientifica anche attraverso pubblicazioni;
- di promozione dell'innovazione nella ricerca scientifica;
- di definizione e coordinamento di eventuali progetti di ricerca finalizzata.

## **4.3. Il Governo Clinico**

Il Governo Clinico è una modalità di operare che coinvolge tutti gli operatori sanitari. Non viene posto come un'ulteriore metodologia che si aggiunge alle altre, né tanto meno come un'ulteriore infrastruttura aziendale; piuttosto esso rappresenta una "politica" per la qualità dell'assistenza che si pone come obiettivo prioritario il collegamento tra formazione, organizzazione dei servizi, pratica clinica, ricerca e sviluppo al fine della appropriata risposta ai bisogni dei pazienti.

La realizzazione ed il mantenimento del sistema di governo clinico si esprime attraverso un approccio integrato secondo gli indirizzi e le scelte operate a livello del Collegio di Direzione e persegue a livello dipartimentale ed interdipartimentale, per assicurare un'assistenza integrata e multidisciplinare che assicuri elevati standard di cura e sicurezza, con costanti modalità di verifica e trasparenza dei risultati ottenuti. Gli strumenti del governo clinico, già individuati dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e richiamati nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2007-2009, comprendono, l'Audit clinico, la gestione del rischio, le indagini sul gradimento dei servizi.

#### **4.3.1. La qualità e l'accreditamento**

Il Sistema di Gestione Aziendale della Qualità dello IOR costituisce l'insieme dei processi e delle risorse messe in campo per soddisfare le esigenze del cliente interno ed esterno, rispondendo ai requisiti richiesti dai modelli di accreditamento regionale, e—da quanto previsto a livello normativo per la certificazione degli IRCCS, ed ai requisiti previsti dall'accreditamento industriale dei laboratori e alle norme di GMP (Good Manufacturing Practice) e GLP (Good Laboratory Practice) laddove previsto.

Il Responsabile Qualità Aziendale, attraverso il coordinamento dei referenti della qualità presenti in ogni Dipartimento e Struttura, assicura un indirizzo unitario al Sistema di Gestione della Qualità e promuove la diffusione in ambito aziendale della cultura della centralità del cliente e dell'esigenza di riconoscerne e soddisfarne i bisogni.

Gli strumenti di pianificazione e di rendicontazione della realizzazione degli obiettivi del Piano Qualità sono rappresentati da:

- i Programmi annuali presentati al Collegio di Direzione, contenenti le azioni, le risorse, gli attori ed i tempi per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano triennale
- i risultati degli audit interni ed esterni sul sistema qualità aziendale
- il "Report integrato della qualità" che scaturisce dalla sintesi delle verifiche dei risultati effettuati almeno annualmente dalle singole articolazioni organizzative (Riesame della Direzione)
- le verifiche dei risultati che la Direzione Aziendale svolge periodicamente in coincidenza con le verifiche previste dal processo di programmazione e controllo
- i verbali dei Riesami della Direzione aziendale, effettuati almeno annualmente, nei quali possono essere oggetto di verifica, oltre ai risultati di budget, ed al report integrato, anche i risultati relativi alle segnalazioni degli utenti, i report sulla sicurezza, ecc.

Il referente della qualità di ogni Struttura svolge le seguenti funzioni:

- collabora con i Responsabili di struttura per assicurare il mantenimento e l'aggiornamento costante del sistema;
- promuove le azioni per il raggiungimento degli obiettivi di qualità attribuiti alla Struttura;
- gestisce il sistema documentale a livello della struttura assicurando la diffusione e l'archiviazione della documentazione del sistema qualità;
- svolge attività di verifica interna sui processi di gestione della qualità;

- propone azioni di miglioramento sui processi di gestione della qualità;
- svolge la funzione di interfaccia tra la Qualità e gli operatori della struttura.

#### **4.3.2. La gestione del rischio e la sicurezza**

Il Programma aziendale per la gestione integrata del rischio ha l'obiettivo di integrare i sistemi di Qualità e Sicurezza, in quanto è indispensabile ragionare in termini di "sistemi integrati di gestione", sistemi cioè che condividono gli strumenti, pur nella differenziata specificazione delle responsabilità.

I vantaggi offerti dallo sviluppo e applicazione di un sistema di gestione del rischio sono molteplici e possono avere ricadute positive:

- sulla qualità dell'assistenza, riducendo i rischi legati al processo diagnostico, terapeutico e assistenziale e offrendo maggiori garanzie di sicurezza al paziente;
- sui professionisti che operano nell'organizzazione, tutelandoli rispetto alle accuse di malpractice;
- sull'immagine dell'azienda;
- sui premi assicurativi.

Il programma della Gestione del Rischio è coordinato dal Responsabile del Risk Management e prevede l'adozione di strumenti idonei e fonti informative per la rilevazione e l'analisi dei rischi, per il loro trattamento ed il loro monitoraggio nel tempo, ricercando ed attuando le soluzioni organizzative ad esso orientate. E' previsto il coinvolgimento di coloro che utilizzano i servizi e più in generale dei cittadini e degli altri stakeholder.

Gli strumenti di pianificazione e di rendicontazione della realizzazione degli obiettivi del Programma sono rappresentati dal "Piano integrato della sicurezza" e dal "Report integrato della sicurezza", la cui realizzazione è *mission* del Responsabile del Programma, in collaborazione con i componenti del "gruppo di regia" aziendale per la sicurezza, rappresentato dal Comitato aziendale per la gestione integrata del rischio (CAGIR). Il Responsabile del Programma presenta Piano e Report annualmente al Direttore Sanitario e, per l'approvazione, al Collegio di Direzione.

### **4.4. II governo organizzativo ed economico**

#### **4.4.1. Il processo di delega**

In attuazione al principio di separazione dei poteri di indirizzo e controllo da quelli di attuazione e gestione di cui al D.Lgs n. 29/93 e s.m.i., l'Istituto si avvale di un modello che stabilisce i poteri attribuiti ai dirigenti in merito alle attività di gestione e alla adozione di atti amministrativi. Tale modello, da formalizzare in apposito regolamento, avrà come linea guida il massimo sviluppo del processo di autonomia organizzativa e

di delega in capo alle diverse figure di direzione/responsabilità cui è demandata la gestione dell'intero procedimento.

Fatto salvo l'obbligo della produzione alla Direzione Generale della relazione annuale prevista dal D.lgs. n. 29/93, ogni dirigente a cui vengono attribuiti i poteri deve effettuare un'attività di reporting, ovvero produrre una relazione trimestrale da presentare al Direttore Generale entro i primi 15 giorni del trimestre successivo in ordine all'attività svolta e al rispetto delle risorse negoziate in budget, comprensiva degli elenchi degli atti adottati nel periodo.

A seguito dell'approvazione del presente atto e del regolamento di cui sopra, seguiranno gli atti di delega e attribuzione conseguenti. Relativamente alle deleghe già esistenti, fino a nuovo atto di delega o a ritiro della stessa, esse rimangono valide anche dopo l'approvazione del ROR.

#### **4.4.2. Il processo di Programmazione e Controllo**

Il Sistema di Programmazione e Controllo dello IOR è gestito secondo quanto previsto dalle "Linee guida regionali per il Regolamento di Budget" definite ai sensi del *Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)* della Regione Emilia-Romagna<sup>9</sup>.

Il sistema di programmazione e controllo costituisce il metodo di definizione, esplicitazione e declinazione degli **obiettivi** e delle **risorse** assegnate alle varie articolazioni organizzative aziendali. E' lo strumento con cui si declinano gli obiettivi strategici di medio-lungo periodo in obiettivi annuali specifici collegati alle risorse disponibili necessarie per il loro raggiungimento.

Gli obiettivi sono "di ricerca", "di governo clinico e assistenziale", e "di governo organizzativo ed economico".

Le risorse dedicate al perseguitamento degli obiettivi e a tal fine assegnate, sono risorse umane, economiche ed organizzative.

Il processo di programmazione e controllo, basato sui principi della condivisione e del coinvolgimento degli operatori, è attivato attraverso il processo di budget annuale: percorso attraverso il quale le strategie da attuare a livello aziendale sono condivise e tradotte in obiettivi specifici per ciascuna articolazione organizzativa.

Attraverso tale processo l'Istituto:

- coordina l'insieme dei propri processi;
- responsabilizza dirigenti anche attraverso il monitoraggio degli obiettivi assegnati;
- acquisisce elementi utili alla formulazione di giudizi circa l'attitudine ad assumere responsabilità gestionali;
- garantisce le condizioni per una piena realizzazione dell'autonomia professionale e manageriale;
- comunica i risultati di gestione attesi a tutti i portatori di interesse.

---

<sup>9</sup> Le Linee Giuda al regolamento di Budget individuano i requisiti minimi e comuni per la realizzazione del processo di programmazione e controllo periodico e sistematico della gestione, concretizzando l'azione A.2 prevista nella DGR 856/2013 ("Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistematico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati").

## **Gli input al processo**

Sono Input al processo di programmazione:

1. i Documenti di Pianificazione strategica sviluppati da Enti esterni allo IOR:
  - la legge finanziaria;
  - il Piano Sanitario Nazionale e Piano Sociale e Sanitario Regionale;
  - i documenti di programmazione universitaria, in particolar modo della Facoltà di Medicina e Chirurgia e di quella di Scienze Motorie dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna;
2. le indicazioni derivanti da documenti, accordi, Programmi specifici dello IOR approvati e/o concertati con altri Enti/Istituzioni:
  - Programma di ricerca triennale approvato dal Ministero della Salute per la Ricerca Corrente, relativo alle Linee di Ricerca;
  - la concertazione regionale e gli obiettivi Regionali assegnati annualmente all'Istituto;
  - gli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna;
  - accordi Regionali - secondo quanto previsto dalla L. 133/2008 -, da cui discendono gli accordi con le Aziende Territoriali;
3. i documenti di strategie organizzative ed economiche interni allo IOR:
  - Il Piano Strategico Aziendale triennale;
  - Il Bilancio di Previsione ed il Piano Programmatico triennale (che comprende il Piano Investimenti).

Sulla base di questi elementi si avvia il processo di programmazione in ciascuna articolazione organizzativa, per la definizione dei risultati attesi e delle azioni da sviluppare nell'anno di riferimento.

## **Gli attori del processo**

Il processo di budget si sviluppa attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti, nel rispetto dei livelli organizzativi in cui è articolata la struttura dell'Istituto.

È un processo sviluppato "a cascata": alle Direzioni si chiede di farsi portatori di un messaggio di *corresponsabilizzazione, trasparenza e impegno* che trova, da parte della Direzione Aziendale, analoga assunzione di responsabilità a rispettare gli impegni assunti, monitorare ed informare tempestivamente sull'andamento dei budget trasversali e condividere gli eventuali aggiustamenti che si rendono necessari nel corso dell'anno, a causa di decisioni provenienti da un più alto livello istituzionale.

L'avvio del processo parte dalla discussione e condivisione di contenuti, strumenti, tempi, fasi da parte degli Organi (Consiglio di Indirizzo e Verifica e Collegio di Direzione) e dell'Organismo di Valutazione, ai quali si rendiconta periodicamente al termine di ogni fase di verifica con le articolazioni organizzative.

Con il crescere della cultura gestionale all'interno dei Dipartimenti e dei Comitati di Dipartimento, il processo di Budget ha acquisito un rafforzamento come "strumento di lavoro" dei Direttori di Dipartimento, che sono protagonisti del processo negoziale e gestionale.

Durante questo percorso di *empowerment*, il processo di budget vede come attori i Direttori delle diverse articolazioni organizzative che compongono i Dipartimenti (Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, ovvero i Centri di Responsabilità – CDR).

Tutto il percorso è coordinato e gestito dal Comitato Budget, composto dall’Ufficio di Direzione, dal Responsabile del Processo di Programmazione e Controllo e dal Responsabile del Controllo di Gestione, la cui funzione è quella di sovrintendere al processo di budget e presidiare la funzione di programmazione con le strutture organizzative aziendali.

### **Le fasi del processo**

Il processo si articola in momenti di programmazione e di verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati a fronte delle risorse assegnate.

La prima parte del percorso riguarda la definizione delle strategie aziendali, sintetizzate nelle *Linee Guida al Budget annuali*<sup>10</sup>, e la loro diffusione capillare all’interno dell’Istituto. In questa fase sono maggiormente coinvolti:

- il Consiglio di Indirizzo e Verifica
- Il Collegio di Direzione
- I Direttori di Dipartimento
- il Comitato di Budget.

A questa fase segue la discussione interna alle articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali) che sono i *soggetti principali* attorno a cui ruota il processo.

A questo punto si entra nelle **fasi negoziali** che coinvolgono maggiormente tutti i professionisti.

La negoziazione avviene di norma per **Dipartimento**, con il coinvolgimento dei **Centri di Responsabilità** (Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali).

Al termine della verifica di compatibilità generali è redatto il **Documento di Budget per l’anno di riferimento**, che viene deliberato e pubblicato sulla intranet aziendale al fine di facilitarne la diffusione a livello capillare. Tale delibera comporta:

- la formalizzazione degli obiettivi di budget dell’articolazione organizzativa per l’anno di riferimento e le relative risorse assegnate;
- l’assegnazione dei tetti di spesa ai gestori di budget trasversali, distinti per ciascuna articolazione organizzativa.

A questo punto è responsabilità dei Direttori e dei Responsabili Assistenziali di ciascuna articolazione organizzativa **la diffusione dei risultati della negoziazione all’interno della stessa**, affinché tutti i collaboratori siano a conoscenza degli obiettivi che contribuiranno a raggiungere nell’anno e degli effetti sullo stipendio di risultato. Agli obiettivi di budget sono infatti assegnati pesi percentuali che correlano

---

<sup>10</sup> Al cui interno è riportato il Regolamento di Budget

gli obiettivi al sistema premiante (vedi par. seguente).

## **Le verifiche di Budget**

Sono previsti tre momenti di monitoraggio del Budget, utili a comprendere lo stato di avanzamento delle attività, dei costi e degli obiettivi assegnati, e per l'adozione di azioni correttive e/o preventive che si rendano necessarie in corso d'opera:

- al primo semestre e dopo i primi 9 mesi, al fine di poter conoscere lo stato di avanzamento degli obiettivi ed effettuare gli eventuali aggiustamenti, anche sulla base di input regionali che giungeranno dopo le negoziazioni;
- a fine anno, in coincidenza con l'inizio del percorso di budget dell'anno successivo a quello di riferimento, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi, anche in merito agli input da fornire al sistema di incentivazione.

La **chiusura del Budget** a fine anno permette, inoltre, di poter garantire la "ciclicità" del processo, ovvero collegare il ciclo di budget dell'anno di riferimento con quello successivo in modo da riprendere gli obiettivi strategici che hanno tempi che oltrepassano l'anno ed eventualmente proporre per l'anno successivo azioni di miglioramento relative a criticità riscontrate nell'anno di riferimento.

Al termine di ogni step di verifica ed alla chiusura, il Comitato Budget riferisce i risultati intermedi e finali al Consiglio di Indirizzo e Verifica, al Collegio di Direzione, all'Organismo di Valutazione.

## **Gli strumenti del Budget**

Gli strumenti costituiscono un supporto importante all'interfaccia tra la Direzione e le articolazioni organizzative. Attraverso di essi:

- la direzione diffonde i principali orientamenti per l'anno in corso e condivide gli obiettivi con i Direttori di Dipartimento,
- le articolazioni organizzative leggono il proprio contesto attraverso indicatori significativi e possono confrontarlo con gli anni precedenti e altre articolazioni organizzative dell'Istituto e possono formulare proposte di sviluppo per l'anno di riferimento, coerenti con le strategie aziendali,
- gli attori del processo "comunicano" attraverso linguaggi definiti,
- c'è chiarezza e trasparenza dei risultati della negoziazione e del monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi.

Gli strumenti fondamentali del processo di Programmazione e Controllo sono i seguenti:

- a) Le **Linee Guida al Budget**, che delineano le strategie e gli obiettivi dell'Istituto per l'anno di riferimento. A queste si rimanda per i dettagli relativi a input e vincoli derivanti da Enti sovraordinati, fasi, attori, tempi, strumenti, metodi del processo di programmazione e controllo adottati annualmente (*Regolamento di Budget*).
- b) Le **Schede Budget**: strumento per la lettura dei dati storici relativi all'articolazione organizzativa "soggetto della negoziazione" e per la

formulazione degli obiettivi per l'anno di riferimento.

- c) Il **Documento di Budget** deliberato, che è composto da tutte le schede budget delle diverse articolazioni organizzative aziendali e quindi i risultati della negoziazione tra la Direzione e le articolazioni organizzative stesse.

Tutti questi strumenti sono pubblicati sulla intranet aziendale ad ogni loro aggiornamento (verifiche).

#### **4.4.3. La correlazione tra gli obiettivi di budget, il sistema premiante e il sistema di valutazione**

Come precedentemente accennato, agli obiettivi di budget di ciascuna articolazione organizzativa è assegnato un peso percentuale che correla l'obiettivo stesso all'incentivazione per l'area della dirigenza e del comparto e quindi al sistema premiante.

Analogo meccanismo di valutazione viene adattato per le Posizioni organizzative dell'area del Comparto: uno dei criteri di valutazione inseriti nella scheda di valutazione della posizione è infatti il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati.

## **5 Il Sistema documentale dello IOR**

Il Sistema Documentale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli fa riferimento ai seguenti documenti:

- ✓ Atto Aziendale, che è l'atto di diritto privato che regolamenta l'attività dell'Istituto e trova fondamento nella L.R. 29/2004 e s.m.i.;
- ✓ Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR), che discende gerarchicamente dall'Atto Aziendale e descrive il modello organizzativo dell'Istituto, esplicitando le responsabilità delle articolazioni organizzative dello stesso;
- ✓ Regolamento Collegio di Direzione (CDD);
- ✓ Regolamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI);
- ✓ Regolamento del Dipartimento Rizzoli RIT;
- ✓ Regolamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico (DAT);
- ✓ Regolamento del Dipartimento Rizzoli-Sicilia (DRS).

Sono inoltre importanti documenti di riferimento per l'Istituto, di esplicitazione delle strategie aziendali:

- ❖ il Piano Strategico Aziendale triennale,
- ❖ le Linee Guida al Budget annuali ed il documento di Budget annuale, approvati rispettivamente dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e dal Collegio di Direzione, e successivamente deliberati.

Sono parte integrante del Sistema documentale aziendale i regolamenti (es: Regolamento ALP), le delibere, le determinate, gli atti amministrativi e qualsiasi altro documento che espliciti le attività ed i processi erogati (cartelle cliniche, referti,....).

Sono, infine, parte integrante del Sistema Documentale dello IOR anche i documenti tipici del Sistema Qualità (Manuale Qualità Aziendale, Manuale di Dipartimento per l'Accreditamento Istituzionale, Guide ai Laboratori, ....) gerarchicamente subordinati al presente ROR e coerenti con quanto definito dai regolamenti precedentemente citati.

## **6 Disposizioni transitorie e finali**

Fino a decadenza per pensionamento o trasferimento degli attuali incarichi di direttore di Struttura Complessa, vengono mantenute le doppie apicalità per le strutture attualmente denominate "Ortopedia-Traumatologia e Chirurgia Protesica dei Reimpanti di anca e di ginocchio " e "Laboratorio di Tecnologia Medica", " Clinica Ortopedica e Traumatologica I" e "Laboratorio Analisi del Movimento", "Clinica Ortopedica e Traumatologica II" e "Laboratorio Biomeccanica e Innovazione Tecnologica" .

Per quanto riguarda i meccanismi elettorali del Collegio di Direzione e dei Comitati di Dipartimento, si rimanda ai Regolamenti del Collegio di Direzione e dei Dipartimenti.

Si rimanda la redazione del Regolamento del Dipartimento Rizzoli-Sicilia al completamento del progetto di costituzione dello stesso.

## **7 Allegati al ROR**

Sono allegati al presente Regolamento:

- Il Regolamento del Collegio di Direzione (CDD)
- Il Regolamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)
- Il Regolamento del Dipartimento Rizzoli RIT
- Il Regolamento del Dipartimento Amministrativo e Tecnico (DAT)
- Regolamento del Dipartimento Rizzoli-Sicilia (DRS).

Gli organigrammi dei Dipartimenti sono allegati ai Regolamenti degli stessi.