



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ISTITUTO DI RICOVERO e CURA  
a CARATTERE SCIENTIFICO  
Burlo Garofolo di Trieste



## ATTO AZIENDALE



## INDICE

PREMESSA.....	5
La storia: da Ospedaletto a Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico.....	5
Definizione e finalità dell'Atto Aziendale.....	7
TITOLO I - GENERALITA' E PRINCIPI.....	11
Art. 1 - Denominazione, natura giuridica, sede, logo.....	11
Art. 2 - Principi e valori.....	13
Art. 3 - Missione.....	17
Art. 4 - Visione.....	18
TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE.....	19
Art. 5 - Organi istituzionali.....	19
Art. 6 - Organismi collegiali.....	24
Art. 7 - Direzione strategica.....	29
TITOLO III - LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE.....	37
Art. 8 - Modelli organizzativi aziendali.....	37
Art. 9 - Le Strutture aziendali e i livelli di responsabilità.....	38
Art.10 - Rapporti con l'Università.....	43
Art.11 - Relazioni istituzionali e sindacali.....	43
TITOLO IV - IL PERSONALE.....	44
Art.12 - Le politiche per il personale.....	44
Art.13 - Conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi.....	44
Art.14 - Le componenti professionali.....	45
Art.15 - Valutazione.....	45
Art.16 - La formazione.....	46
TITOLO V - GESTIONE E FUNZIONAMENTO.....	48
Art.17 - Processo di programmazione e controllo.....	48
Art.18 - Sistema di gestione per <i>budget</i> .....	48
Art.19 - Centri di responsabilità.....	50
Art.20 - Sistema dei controlli.....	51
Art.21 - Sistema Qualità.....	52
Art.22 - Attività di ricerca e sperimentazione clinica.....	52
Art.23 - Prodotti delle attività di ricerca.....	53

TITOLO VI - PARTECIPAZIONE.....	54
Art.24 - Partecipazione e società civile.....	54
Art.25 - Attività strumentali.....	54
TITOLO VII - PATRIMONIO E FINANZIAMENTO .....	56
Art.26 - Patrimonio .....	56
Art.27 - Finanziamento.....	56
TITOLO VIII - DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE .....	57
Art.28 - Entrata in vigore, regolamenti e attuazione.....	57
GLOSSARIO.....	58
ALLEGATI.....	59
Allegato a) Elenco e Organigramma dei dipartimenti e delle strutture aziendali complesse e semplici dipartimentali.....	59
Allegato b) Elenco degli immobili di proprietà dell'Istituto .....	67

## PREMESSA

### **La storia: da Ospedaletto a Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico**

Con la denominazione "*Ospedale Infantile*"<sup>1</sup>, popolarmente chiamato Ospedaletto, si inaugura il 19 novembre 1856 una Fondazione di beneficenza ospedaliera con lo scopo di "*assicurare gratuitamente ai fanciulli di poveri genitori adeguato asilo*" dove "*Vengono accolti e trattati gratuitamente fanciulli d'ambo i sessi, realmente poveri, di tutti i culti, ed affetti da morbi curabili*". Patrocinante dell'iniziativa assistenziale è la ricca e multietnica borghesia cittadina, desiderosa di esprimere anche concretamente il proprio impegno filantropico, e nel contempo sottolineare all'Imperatore il proprio coinvolgimento nella promozione dello stato sociale.

Nel 1907, a seguito del lascito fondazionale di duecentomila corone austriache da parte della baronessa Maria Anna Laura Garofolo nata Burlo, ultima erede della famiglia, l'ospedale assume la denominazione Ospedale Infantile e Pie Fondazioni Burlo Garofolo.

Nel 1928, grazie ad un importante lascito da parte della Fondazione dott. Alessandro de Manussi, viene costruito un padiglione per il ricovero di bambini con malattie croniche, incurabili e bambini minorati. L'Istituzione s'intitola "*Ospedale Infantile e Pie Fondazioni Burlo Garofolo e dott. Alessandro ed Aglaia de Manussi*".

L'Istituto è inizialmente collocato, sino al 1869, sul colle di San Vito, al pianterreno dell'Ospizio dei Padri Mechitaristi, nell'odierna via dei Giustinelli. Successivamente è trasferito nella sede di via del Bosco 4. La sede attuale, in Via dell'Istria 65/1, progettata dall'architetto triestino Vittorio Frandoli, per una capienza di centocinquanta posti letto, viene inaugurata il 21 aprile 1938.

Nel corso del secondo dopoguerra vengono inaugurati due nuovi padiglioni, destinati uno ai lattanti e l'altro ai bambini affetti da tubercolosi polmonare, portando la capacità ricettiva della struttura a 600 posti letto. Accanto all'attività di assistenza, a partire dal 1955 il Burlo istituisce, su autorizzazione dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, di concerto con il Ministro della Pubblica Istruzione, una Scuola per puericultrici e vigilatrici d'infanzia.

---

<sup>1</sup> Nell'Osservatorio Triestino del 19 novembre 1856 si legge: "*Oggi, giorno di S. Elisabetta, onomastico della graziosissima M.S. la nostra Imperatrice e Regina, e vigilia del fausto di Lei arrivo fra noi, ebbe luogo la solenne apertura del nuovo Ospitale per bambini, iniziato dalla pietà di S.E. la signora Baronessa di Mertens, or sono poche settimane, ed il quale, per la solerzia ed attività dell'ottima ed egregia iniziatrice, del lodevole comitato, e mercé la generosità e lo spirito di beneficenza dei nostri buoni concittadini, poté essere posto così prontamente in attività. Il nuovo Ospizio, posto nel locale dei R.R.P.P. Mechitaristi sul colle di Santa Lucia degli Armeni, è, sebbene alquanto ristretto per ora, opportunissimo all'uopo, perché in posizione salutare, benissimo ventilato e lontano da ogni strepito od incomoda vicinanza. L'egregio sig. Dr. Lorenzutti, direttore del civico ospedale e zelante membro del comitato, annunziava con brevi parole, ma calde ed eloquenti, l'apertura solenne del nuovo ospedale, ringraziando i benemeriti fondatori e pregandoli a voler continuare anche per l'avvenire il valido loro patrocinio al nuovo Istituto. Monsignor Illustrissimo e rev.mo il nostro Vescovo, benediceva indi il nuovo ospedale coi riti consueti, dopo di che il signor barone Carlo di Pasotini, i.r. consigliere aulico, per espresso incarico di S.E. il signor Luogotenente, ringraziava con sentite parole monsignor Vescovo d'aver invocato le celesti benedizioni sul nascente Ospizio....."*

---

Per i bambini malati costretti a lunghe degenze, il Provveditorato agli Studi apre in quegli anni al Burlo due classi di scuola materna e sei corsi elementari interni.

Nel 1964, con il D.P.R. n. 1421/1964 l'Ospedale infantile si fonde con la "*Società amici dell'infanzia*"; portando all'interno dell'Istituto le competenze, i ruoli e i pazienti della Clinica per le malattie dei bambini, riservata ai lattanti e alla seconda infanzia, e viene costruito il Centro Immaturi.

Pochi anni dopo, nel 1967, acquisisce le Cattedre universitarie di Pediatria e Puericultura.

Con Decreto del Ministro della Sanità di concerto con quello della Pubblica Istruzione, in data 10.12.1968, a norma dell'art. 1 della Legge 12.2.1968 n. 132, all'Ospedale viene riconosciuto il carattere di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e con Decreto del Ministro della Sanità del 03.03.1969, sempre di concerto con il Ministro della Pubblica Istruzione, viene approvato lo Statuto organico, in base al quale l'Ente assume la denominazione di "*Istituto per l'Infanzia e Pie Fondazioni Burlo Garofolo e dott. Alessandro ed Aglaia de Manussi*". In data 11 marzo 1969, con deliberazione n. 924 la Giunta della Regione Friuli Venezia Giulia stabilisce che l'Ospedale Infantile Burlo Garofolo è classificato Ospedale specializzato pediatrico regionale.

Poco dopo, nel 1972, con l'arrivo della Divisione universitaria di Ostetricia e Ginecologia, l'Istituto modifica ancora gli ambiti assistenziali aggiungendo alla funzione di Ospedale Pediatrico quella Materno-Infantile, con una concezione, per l'epoca, del tutto originale nel panorama sanitario italiano.

Nasce pressappoco negli stessi anni e si sviluppa in una prima fase entro gli anni Settanta e, successivamente, negli anni Ottanta, un modello assistenziale che consiste in quella che allora si chiamava "umanizzazione delle cure": accesso ai genitori sempre libero, riduzione delle formalità nei rapporti tra familiari e personale di assistenza, attenzione ai bisogni psicologici del bambino. Di questo modello, se non la paternità esclusiva, se ne sono fatti interpreti con un contributo certo essenziale che ha fatto scuola in Italia, i maestri prof. Franco Panizon e prof. Sergio Nordio.

Nel 1978 l'Istituto acquisisce le cattedre di Igiene e di Genetica e nel 1979 la cattedra di Ostetricia e Ginecologia.

L'ultimo decennio del ventesimo secolo propone all'Istituto la ricontestualizzazione della propria missione, nell'ambito della nuova organizzazione di tipo aziendalistico, secondo gli schemi e gli indirizzi contenuti nella legge n. 502/92.

Negli anni 2000 il Burlo Garofolo rivisita il suo passato riformulando il presente proponendosi come Ospedale per la salute materno-infantile, e polo di riferimento pediatrico della Regione Friuli - Venezia Giulia.

Con Decreto del Direttore Generale n.12 dell'11/01/2008 di approvazione dell'Atto Aziendale dell'Ente riporta la denominazione ufficiale a *"Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pediatrico Burlo Garofolo - Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino"* e con Decreto del Direttore Generale n. 275 del 14 dicembre 2011 di adozione dell'Atto Aziendale viene definita la nuova denominazione dell'Ente *"Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno-infantile Burlo Garofolo - Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino"*. L'ultima conferma del riconoscimento del carattere scientifico materno-infantile in Trieste riporta la data del 27.07.2015 per decreto del Ministro della Salute.

### **Definizione e finalità dell'Atto Aziendale**

L'**Atto Aziendale** è lo strumento di governo e di funzionamento dell'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico materno-infantile Burlo Garofolo di Trieste e costituisce la cornice di riferimento di una serie di regolamenti interni che definiscono, sul piano organizzativo e gestionale, le norme di funzionamento e le responsabilità, in conformità ai principi e criteri dettati dalle disposizioni nazionali e regionali in materia.

Esso ha l'obiettivo primario di esprimere la **"missione"** aziendale, intesa come lo scopo dell'organizzazione, la sua *"dichiarazione di intenti"*, la giustificazione stessa della sua esistenza e, al tempo stesso, ciò che la contraddistingue da tutte le altre. Ma l'Atto deve anche esplicitare la **"visione"** perseguita, ovvero la proiezione di uno scenario futuro che rispecchia gli ideali, i valori e le aspirazioni di chi fissa gli obiettivi e incentiva all'azione, comprendendo anche la visione generale del contesto in cui si è inseriti e l'interpretazione di lungo periodo del ruolo dell'ente nel contesto economico e sociale.

L'Atto Aziendale esprime i **"principi"** e il sistema di **"valori"** fondanti, che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni e i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione nonché le relazioni con i gruppi portatori di interessi.

L'Atto Aziendale definisce anche i principi generali di organizzazione e delinea la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo dell'ente. Disciplina inoltre i livelli di competenza e di responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto.

Esso è conforme alla vigente normativa nazionale e regionale, in particolare:

- Normativa nazionale:
  - L. 23 dicembre 1978 n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale.

- D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
  - L. 16 gennaio 2003 n. 3 Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione, con particolare riferimento agli artt.42 Delega per la trasformazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico in fondazioni e artt.43 Organizzazione a rete di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dedicati a particolari discipline.
  - D.Lgs. 16 ottobre 2003 n. 288 Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3.
  - Accordo 1° luglio 2004 Atto di intesa recante: «Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni», di cui all'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131”.
  - DPR 26.02.2007 n. 42 Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico -IRCCS
  - Accordo n. 137 del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e Comunità montane, sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”.
  - Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.
- Normativa della Regione Friuli Venezia Giulia
- L.R. 10 agosto 2006 n. 14: Disciplina dell’assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste e “Centro di riferimento oncologico” di Aviano.
  - L.R. 16 ottobre 2014 n. 17: Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione socio sanitaria.
  - L.R. 26 luglio 2013, n. 6: Assestamento del bilancio 2013 e del bilancio pluriennale per gli anni 2013-2015 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007
- DGR n. 3235 del 29 novembre 2004: Approvazione del Progetto obiettivo materno-infantile e dell’età evolutiva. Approvazione definitiva.
  - DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014: Approvazione definitiva degli standard dell’assistenza primaria e dell’assistenza ospedaliera.
-



- DGR 929 del 15 maggio 2015: Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici.
- DGR n. 1437 del 17 luglio 2015: Principi e criteri per l'adozione degli Atti Aziendali delle strutture sanitarie pubbliche della regione Friuli Venezia Giulia.
- DGR n. 73 del 22 gennaio 2016: Istituzione del Comitato Etico Unico Regionale (CEUR) e di approvazione degli indirizzi regionali per la costituzione e il funzionamento dei nuclei etici per la pratica clinica.
- DGR n. 612 del 13.04.2016 Approvazione del Protocollo d'intesa Regione - Università.



## TITOLO I - GENERALITA' E PRINCIPI

### Art. 1 - Denominazione, natura giuridica, sede, logo

L'Ente assume la denominazione ufficiale di: "Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno-infantile Burlo Garofolo - Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino".

Codice fiscale e Partita Iva: 00124430323

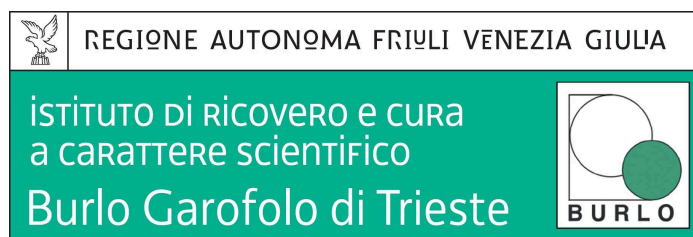
L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno-infantile Burlo Garofolo (di seguito anche solo Burlo o Istituto) è ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in data 10 dicembre 1968 dal Ministero della Salute e fa parte del Servizio Sanitario regionale.

Il Ministero della Salute esercita sull'Istituto le funzioni di vigilanza previste dalla vigente normativa (art. 1 comma 2 Dlgs n. 288/2003; art. 17 Accordo 1° luglio 2004 Atto di intesa recante: «Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni», di cui all'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131").

Il Burlo costituisce per l'Università degli Studi di Trieste il riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca del Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute che si svolgono nelle strutture convenzionate, nell'ambito del protocollo d'Intesa Regione Università tra la Regione Friuli Venezia Giulia e le Università degli Studi di Trieste e Udine, garantendone l'integrazione.

La sede legale è stabilita in Italia, a Trieste, in Via dell'Istria 65/1 CAP 34137

Il Logo istituzionale, salvo diverse successive disposizioni regionali, è il seguente:



E' costituito dal logotipo - base che connota il sistema di identità visiva degli enti del servizio sanitario regionale, di cui il Burlo fa parte.

All'interno di quello regionale, è inserito il logo storico del Burlo, registrato, che si compone di due cerchi in parte sovrapposti. Tale logo storico rappresenta in maniera stilizzata l'intima relazione mamma-bambino, con ciò enfatizzando la *mission* dell'Istituto.

L'attestato di registrazione dell'immagine presso il Ministero dello Sviluppo economico - Direzione Generale per la lotta alla contraffazione - Ufficio Italiano brevetti e marchi, riferito alla domanda di rinnovo del 25 gennaio 2013, ha validità decennale.

Il Logo sopra rappresentato è posto nella documentazione istituzionale nella quale è possibile la copresenza, purché autorizzata, anche del logo di soggetti terzi come Università degli Studi di Trieste, Enti di certificazione e di accreditamento.

L'uso e la concessione del Logo aziendale è oggetto di apposito regolamento.

## Art. 2 - Principi e valori

L'identità dell'Istituto si fonda su principi e valori condivisi, che ispirano gli scopi, le azioni e i comportamenti di tutti coloro che vi lavorano, concorrono all'adempimento della sua missione e ne orientano la programmazione strategica. Rappresentano quindi un elemento identitario aziendale, il filo conduttore che garantisce la coerenza delle attività aziendali nel tempo. Il Burlo si riconosce nel sistema dei valori della Costituzione, del Ministero della Salute e della Regione Friuli Venezia Giulia, e d'altra parte condivide il sistema di valori legato alla ricerca clinica.

### Centralità della persona: "persone che si prendono cura di persone"

Per centralità della persona s'intende la capacità del "sistema azienda" di porre al centro delle sue azioni la persona, intesa sia come soggetto fruitore che come soggetto erogatore di assistenza, realizzando una organizzazione di "Persone che si prendono cura di Persone". Per garantire questo obiettivo, vengono messe in atto le seguenti azioni:

- Individuare correttamente i bisogni di salute delle persone nella loro globalità (fisici, psichici e sociali), senza limitarsi alla sola patologia quale entità nosologica a sé, pianificando un programma assistenziale attento ai bisogni specifici della singola persona assistita.
- Garantire una risposta assistenziale che coniughi l'elevato livello professionale e tecnico-scientifico agli aspetti relazionali e all'umanizzazione dell'assistenza, offrendo competenze relazionali sui temi dell'ascolto, confronto, empatia, comunicazione e facilitazione, quale parte integrante del processo di cura.
- Promuovere la diffusione della cultura dell'*empowerment* del cittadino utente e dei *caregivers* quale strumento per consentire di compiere, in modo libero e consapevole, le scelte e le azioni che riguardano il proprio stato di salute, elemento imprescindibile su cui fondare quell'alleanza terapeutica indispensabile per una relazione di cura efficace.
- Riconoscere nel personale una risorsa da valorizzare mediante adeguate politiche di gestione e comunicazione, favorendo la partecipazione ai processi aziendali, anche attraverso un corretto sistema di relazioni sindacali. Assicurare la crescita e lo sviluppo professionale garantendo:
  - Adeguato clima lavorativo anche con particolare attenzione alla sicurezza nei luoghi di lavoro e alla gestione del rischio clinico.
  - Arricchimento delle competenze professionali coerente con le nuove esigenze di aggiornamento, organizzative e sociali.
  - Politiche di formazione come metodo permanente per assicurare il mantenimento, l'adeguamento, lo sviluppo e la condivisione delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi, in sintonia con il progresso tecnico-scientifico.

- Politiche retributive finalizzate a identificare sistemi premianti basati su un appropriato sistema di valutazione delle performance, armonizzato rispetto agli obiettivi aziendali.

### **Equità e Universalità**

- Promuovere la cultura dell'accoglienza in sanità, facilitando la rimozione di eventuali ostacoli all'accesso ai servizi, in base ai bisogni specifici.
- Semplificare i percorsi ponendo sempre attenzione ai bisogni di salute in un contesto facilitante l'instaurarsi di relazioni empatiche con l'utenza, pensato a misura di bambini, adolescenti, donne e famiglie.
- Facilitare l'accesso anche ai cittadini in situazioni di fragilità psico-fisica e/o sociale e favorire il superamento di tutte quelle barriere (linguistiche, sociali, religiose, ecc.) che potrebbero ostacolare l'accessibilità alle informazioni necessarie per un utilizzo appropriato, consapevole e tempestivo di servizi e prestazioni.
- Ridurre la variabilità dell'assistenza allineando le competenze professionali richieste su dichiarati standard di eccellenza e monitorandone l'aderenza nella pratica clinica.
- Garantire l'accesso alle attività erogate in qualità di centro hub, sviluppando modalità organizzative capaci di rispondere alle richieste in base all'appropriatezza e attraverso la creazione di "reti" che permettano ai professionisti di collaborare anche a distanza, valorizzando l'integrazione tra attività istituzionali e attività sociali, culturali, di volontariato e di assistenza sociale.

### **Eticità**

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

### **Trasparenza**

- Rendere visibile e comprensibile il processo decisionale, all'interno e all'esterno dell'Istituto, attraverso la disponibilità al confronto, la definizione di regole esplicite nell'acquisizione e cessione dei servizi, nella definizione degli obiettivi, nel monitoraggio del loro stato di avanzamento e del grado di raggiungimento, anche nell'ottica della prevenzione della corruzione.
- Sviluppare un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione verso l'interno e l'esterno, assicurando visibilità e chiarezza in una logica di responsabilità dei risultati.
- Fornire una trasparente informazione e rendicontazione sull'utilizzo e valorizzazione delle risorse assegnate così da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

### **Integrazione**

- Garantire la presa in carico complessiva del singolo caso, con piena integrazione fra le diverse componenti professionali, fra i dati consolidati della pratica clinica, quelli della ricerca traslazionale e la didattica, anche attraverso la condivisione di percorsi clinico-assistenziali, al fine di offrire un'assistenza di qualità tesa al continuo miglioramento.
- Favorire e sviluppare sinergie e alleanze all'interno di una rete integrata regionale e nazionale materno-infantile e dell'età evolutiva al fine della condivisione di competenze, professionalità e tecnologie.

### **Metodologia**

Utilizzare un adeguato approccio metodologico, basato sull'analisi puntuale e condivisa dei dati e dei processi, nonché sul confronto con precedenti esperienze di successo, come elemento imprescindibile per garantire che il processo decisionale, sia in ambito sanitario che amministrativo e gestionale, avvenga in modo rigoroso e trasparente.

### **Sostenibilità**

Promuovere la sostenibilità complessiva del sistema sanitario, intesa come capacità di sviluppare politiche gestionali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, economica e organizzativa con particolare attenzione al benessere organizzativo, al rispetto dei principi di pari opportunità e al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione. La sostenibilità deve nascere dalla consapevolezza delle risorse a disposizione, dalla costante attenzione a evitarne lo spreco e dall'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (*"la risposta giusta, con la giusta priorità, da parte dell'operatore sanitario giusto, nel contesto assistenziale giusto, a chi ne ha effettivamente bisogno"*), garantendo sempre la trasparenza della metodologia adottata e del processo decisionale.

### **Qualità della prestazione sanitaria e amministrativa**

- Promuovere percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, basata sui bisogni complessivi dei destinatari e sulle migliori evidenze scientifiche, sicura nonché ispirata al principio delle cure progressive in relazione alle caratteristiche di intensità e complessità degli interventi necessari nell'ambito degli specifici processi clinici.
- Adeguare con continuità e coerenza le azioni, i comportamenti e il servizio prodotto alle necessità della persona assistita, alle priorità e agli obiettivi fissati, al fine di assicurare la compatibilità delle azioni e dei risultati degli impegni assunti nelle tempistiche dichiarate, tenendo in considerazione i ritorni derivati dal monitoraggio degli esiti e della soddisfazione delle persone assistite.
- Perseguire la tutela dal rischio sia per gli utenti che per gli operatori, non solo attraverso la realizzazione di soluzioni tecniche, strutturali e organizzative come da obbligo normativo,

ma anche e soprattutto adottando strategie di partecipazione attiva, consapevole e informata nelle relazioni di cura.

- Garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate attraverso una corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi decisionali clinici nella tutela del trattamento dei dati concernenti lo stato di salute della persona assistita.
- Promuovere l'adozione di procedure amministrative volte a prevenire/mitigare i rischi amministrativi-contabili e a garantire la massima efficienza, assicurandone l'uniformità e l'integrazione a livello aziendale.
- Utilizzare le innovazioni tecnologiche, informatiche e gestionali come strumento per conseguire la semplificazione dei processi amministrativi e la coerenza dei comportamenti degli uffici e servizi.
- Basare l'attività amministrativa sui principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità attraverso un'azione coordinata e integrata con tutte le articolazioni aziendali per garantire la correttezza e l'incisività dell'azione amministrativa e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

### **Ricerca e Innovazione**

- Promuovere la ricerca e l'innovazione in ambito di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nell'ambito materno-infantile che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative realizzate anche in stretta collaborazione con Università e altri Enti regionali, nazionali e internazionali.
- Promuovere l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Assicurare lo sviluppo delle attività di ricerca anche attivando specifiche funzioni di promozione, supporto, coordinamento e monitoraggio.
- Valorizzare il patrimonio biomedico, conoscitivo e gestionale derivante dall'attività di ricerca e innovazione anche rinforzando i legami con il mondo delle imprese.



### **Art. 3 - Missione**

Il Burlo, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e in coerenza con gli indirizzi del Piano Sociosanitario Regionale, garantisce l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area materno-infantile in ambito regionale, nazionale e internazionale, in rete con le strutture di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia regionali e con gli Ospedali Pediatrici italiani. Garantisce inoltre l'assistenza materno-infantile di base per l'area triestina, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche sanitarie in questo ambito.

Il Burlo, in quanto sede di riferimento per il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste per l'ambito materno-infantile, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università.

Il governo della rete regionale materno-infantile avviene attraverso modelli gestionali e organizzativi innovativi che prescindono dalla necessità di gestire tutte le attività assistenziali direttamente presso il Burlo:

- Spostando i pazienti: gestione dei pazienti direttamente presso il Burlo, in particolare nei casi a elevata complessità.
- Spostando i professionisti: invio degli specialisti del Burlo presso le altre Aziende sanitarie per lo svolgimento di attività ambulatoriale e chirurgica (garanzia di accessibilità alla prestazione, funzione di triage, presa in carico dei casi selezionati).
- Spostando le informazioni: teleconsulto, telerefertazione, cartelle cliniche condivise, teleconferenza, ecc.
- Definendo linee guida/protocolli/PDTA condivisi.
- Svolgendo attività formativa: presso il Burlo, presso altre Aziende sanitarie, Formazione a Distanza.
- Coinvolgendo non solo la rete ospedaliera, ma anche le strutture "territoriali", compresi i PLS/MMG della Regione.
- Coordinando la ricerca clinica e le attività progettuali in ambito materno-infantile.

#### **Art. 4 - Visione**

La visione strategica del Burlo è orientata a:

- Garantire lo stesso, elevato, livello di salute a tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione Friuli Venezia Giulia, direttamente o indirettamente, svolgendo il ruolo di hub regionale per l'area materno-infantile, in un sistema hub-spoke non solo ospedaliero, ma anche ospedale-territorio, coordinando nel contempo la ricerca e l'innovazione, nonché la didattica e la formazione per l'area materno-infantile.
- Sviluppare il proprio ruolo nella rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti, promuovendo nel contempo la crescita e lo sviluppo di altre realtà sanitarie, soprattutto in aree disagiate del mondo.

## **TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE**

### **Art. 5 - Organi istituzionali**

Sono organi istituzionali:

- Direttore Generale
- Direttore Scientifico
- Consiglio di Indirizzo e verifica
- Collegio Sindacale

#### **Direttore Generale**

La nomina, la durata in carica, le funzioni e il compenso del Direttore Generale sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa.

In particolare, il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Regione, su conforme deliberazione della Giunta regionale, sentito il Ministro della Salute, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 11 comma 2 del Dlgs. n. 288/2003. La Regione provvede comunque alla nomina, anche in mancanza di riscontro, decorsi trenta giorni dalla comunicazione, come previsto dalla LR 14/2006, art. 5 comma 1.

Il Direttore Generale, secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Trieste di cui alla DGR n. 612/2016 (art.8 comma 7) è nominato anche sentito il Rettore dell'Università degli Studi di Trieste .

L'incarico del Direttore Generale ha natura esclusiva, una durata non inferiore ai tre e non superiore ai cinque anni ed è disciplinato da apposito contratto di prestazione d'opera intellettuale secondo uno schema-tipo approvato dalla Regione.

Il trattamento economico, lo stato giuridico e previdenziale, le modalità e i requisiti per la nomina a direttore generale sono disciplinati dalle norme statali e regionali in vigore per le aziende sanitarie regionali. ( LR 14/2006 art. 5 comma 5)

Il Direttore Generale è l'organo responsabile della gestione complessiva dell'Istituto del quale è il legale rappresentante e titolare dei rapporti esterni. Assicura il regolare funzionamento dell'Istituto stesso, rispondendo alla Regione e al Ministero della Salute del proprio mandato, nell'ambito della programmazione regionale e nazionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale: esercita i poteri coadiuvato dal Direttore Sanitario e Amministrativo, rapportandosi con il Direttore Scientifico ai fini dell'integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività di ricerca e gli atti programmatori e gestionali ad essa collegati.

Il Direttore Generale ha il compito di armonizzare i fattori produttivi con lo scopo di perseguire - in condizioni di massima efficienza ed efficacia - il raggiungimento degli obiettivi definiti in sede di pianificazione annuale e approvati dalla Regione.

La responsabilità di gestione complessiva dell'Istituto è da intendersi in senso pieno rispetto alle strategie, nonché all'azione di indirizzo nei confronti dei responsabili delle Strutture operative, anche ai fini dell'integrazione delle stesse nella realizzazione della missione aziendale. E' altresì responsabile della gestione del *budget* complessivo dell'Istituto, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione e dallo Stato, nonché dell'assegnazione dei *budget* alle articolazioni organizzative interne responsabili della gestione delle risorse assegnate.

Gli atti e i provvedimenti non attribuiti al Direttore Generale sono di competenza dei dirigenti che li adottano, nei limiti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati dal Direttore Generale e nel rispetto delle direttive in materia eventualmente impartite.

### **Direttore Scientifico**

La nomina, la durata in carica, le funzioni e il compenso del Direttore Scientifico sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa.

In particolare, Il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione, tra i soggetti in possesso di laurea specialistica e di comprovate capacità scientifiche e manageriali, documentate anche attraverso positive esperienze pregresse, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti.

L'incarico ha natura esclusiva, ha una durata da tre a cinque anni, può essere rinnovato ed è disciplinato da apposito contratto di diritto privato di prestazione d'opera intellettuale secondo uno schema tipo stabilito dal Ministero della Salute.

Al Direttore Scientifico viene applicata la medesima disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori generali delle aziende sanitarie regionali

Egli è responsabile delle attività di ricerca dell'Istituto e della gestione dei finanziamenti della ricerca dei quali negozia l'appropriato utilizzo con il Direttore Generale.

In particolare, promuove e coordina l'attività scientifica e di ricerca e gestisce il relativo *budget* attribuitogli dal Direttore Generale, la cui entità non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca e, complessivamente, all'ammontare dei conferimenti specificatamente destinati all'Istituto, in ragione del carattere scientifico del medesimo.

Il Direttore Scientifico individua i responsabili di ciascun progetto di ricerca, assegna loro il relativo specifico budget e ne verifica l'impiego.

Inoltre:

- nomina e presiede il Comitato Tecnico Scientifico;
- definisce, d'intesa con il Direttore Generale, i programmi annuali e pluriennali di ricerca, che devono integrarsi con l'attività clinico/assistenziale e di formazione, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo ottimale delle risorse aziendali;
- sovrintende all'attività di ricerca anche ai fini della tutela della proprietà intellettuale (brevetti) e allo sfruttamento dei risultati in campo industriale;
- sovrintende alla ricerca clinica in senso lato;
- formula parere preventivo obbligatorio ai fini dell'adozione dell'Atto Aziendale per l'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto, nonché sugli atti rilevanti per l'attività scientifica e anche su tutti gli altri atti per i quali il Direttore Generale ritenga di acquisirne il parere nel merito.

In caso di assenza o impedimento temporanei, il Direttore Scientifico individua, di norma tra i responsabili di struttura complessa dell'Istituto, il soggetto che può svolgere funzioni vicarie.

### **Consiglio di Indirizzo e Verifica**

La designazione, la nomina, la durata in carica e i compensi dei componenti del Consiglio d'Indirizzo e Verifica (CIV) sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa. In particolare, in base a quanto previsto dalla Legge Regionale n.14/2006:

- Il CIV è composto da cinque membri di cui tre designati dalla Giunta Regionale, che individua il componente cui attribuire le funzioni di Presidente, uno designato dal Consiglio delle Autonomie Locali e uno designato dal Ministro della Salute.
- I componenti sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia programmatica, organizzativa e gestionale nonché di comprovata onorabilità e competenza scientifica e professionale.
- Non possono far parte del Consiglio né dipendenti dell'Istituto né componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia operanti presso l'Istituto medesimo.
- Il CIV è nominato dal Direttore generale, dura in carica da tre a cinque anni, salvo revoca per giusta causa e i suoi componenti possono essere rinominati. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato provvederà senza indugio alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica.

Il Consiglio indirizza l'attività dell'Istituto e ne verifica la congruità con la programmazione strategica e gli obiettivi assistenziali e di ricerca.

Formula pareri preventivi obbligatori sulle seguenti proposte di atti o provvedimenti:

- programmazione pluriennale e bilancio pluriennale di previsione;
- programmazione annuale e bilancio preventivo;
- rendiconto di attività annuale e bilancio consuntivo;
- atto aziendale per l'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto;
- costituzione e partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni;
- alienazione del patrimonio.

Il CIV inoltre esprime pareri sugli ulteriori Piani o atti di programmazione, secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Il CIV esprime i pareri di cui al precedente capoverso nei modi e nei termini prescritti dalle vigenti norme e regolamenti; gli atti adottati in difformità dai pareri, unitamente a questi ultimi, devono essere comunicati alla Regione per le valutazioni di competenza.

Il Consiglio esprime il proprio parere entro quindici giorni dalla richiesta; in caso di silenzio, il parere si intende positivo. I provvedimenti adottati in difformità dei pareri del CIV, unitamente a questi ultimi, vengono comunicati alla Regione per le valutazioni di competenza. In ogni caso i verbali del CIV sono trasmessi al Ministero della Salute.

Il CIV si riunisce di norma almeno una volta al mese, nonché ogni qualvolta se ne ravvisi l'opportunità o ad istanza di almeno uno dei suoi componenti. Le riunioni del Consiglio sono di norma tenute presso la Sede dell'Istituto. Il Consiglio si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei presenti. E' richiesta la maggioranza di due terzi dei componenti del Consiglio per ogni modificazione del livello e delle tipologie di servizi sanitari erogati in regime di accreditamento e per l'approvazione delle modifiche all'Atto Aziendale.

Alle riunioni del Consiglio partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale e il Direttore Scientifico; possono partecipare, senza diritto di voto, i soggetti di volta in volta invitati dal Consiglio stesso.

Il CIV infine propone i componenti del Comitato Tecnico Scientifico.

Il suo funzionamento è disciplinato da un Regolamento approvato dal CIV stesso.

## **Collegio sindacale**

La designazione, la nomina, la durata in carica, le funzioni e il compenso del Collegio Sindacale sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa.

Il Collegio Sindacale è l'organo collegiale titolare della funzione di controllo istituzionale sull'andamento delle attività dell'Istituto e sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità e di economicità, in particolare sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale.

In particolare, il Collegio sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione e al Ministero della Salute, anche su richiesta di questi ultimi, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente una propria relazione sull'andamento dell'attività secondo normativa vigente. I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale con funzioni di Presidente (come previsto dalla LR n.6/2013 art.8 c.3), uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministro della Salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il ministero di Grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

## **Art. 6 - Organismi collegiali**

Al fine di assicurare all'azione di governo dell'Istituto unitarietà di intenti, coordinamento e integrazione nella progettazione e realizzazione degli interventi, sono previsti i seguenti organismi collegiali:

- Collegio di Direzione
- Consiglio dei Sanitari
- Organismo Indipendente di Valutazione
- Collegi Tecnici
- Comitato Tecnico Scientifico
- Comitato Unico di Garanzia
- Comitato Etico Unico Regionale e Comitato Etico per la Pratica Clinica.

### **Collegio di Direzione**

La nomina, la composizione, la durata in carica, le funzioni dei componenti del Collegio di Direzione sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa.

In particolare, il Collegio è nominato dal Direttore Generale che lo presiede, entro sei mesi dal suo insediamento, e la sua composizione, stabilita dalla regione, garantisce la partecipazione di figure professionali presenti nell'Istituto come previsto dall'art. 17 del Dlgs 502/92

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

E' prevista per il Collegio la possibilità di coinvolgere diverse figure professionali aziendali in relazione alle specificità degli argomenti da trattare, senza diritto di voto.

L'attività del Collegio è disciplinata da apposito Regolamento che stabilisce criteri modalità e termini di funzionamento, approvato dal Collegio stesso.

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



### **Consiglio dei Sanitari**

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo e svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. La composizione, la modalità di elezione, nomina, durata in carica, la tipologia e le funzioni dei componenti del Consiglio dei Sanitari sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa nazionale e regionale. Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

Non possono far parte del Consiglio dei Sanitari, per conflitto d'interesse rispetto ad altri ruoli ricoperti in seno all'organizzazione aziendale e le relative dinamiche, i componenti del Collegio di Direzione e del CIV, nonché i rappresentanti sindacali.

Il Consiglio esprime pareri obbligatori o facoltativi a richiesta del Direttore Generale. Il Direttore Generale chiede il parere obbligatorio consultivo al Consiglio dei Sanitari sui seguenti argomenti:

- programmazione di acquisto delle attrezzature tecniche e scientifiche di rilievo sanitario;
- piano della formazione del personale;
- atti di disciplina delle prestazioni mediche e di fissazione delle relative tariffe;
- trasferimento e/o sistemazioni logistiche, con eventuali investimenti, di strutture sanitarie aziendali.

L'attività del Consiglio dei Sanitari è disciplinata da apposito Regolamento, che stabilisce criteri modalità e termini di funzionamento.

### **Organismo Indipendente di Valutazione**

La composizione, la nomina dei componenti e la loro durata in carica, le funzioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa nazionale e regionale.

In particolare, l'OIV è costituito con atto del Direttore Generale ed è composto da tre unità esterne all'Istituto che, complessivamente, assicurano l'esperienza nel campo del *management*, della valutazione delle prestazioni, della valutazione del personale e della programmazione e controllo di gestione. Uno dei componenti deve essere un medico esperto in organizzazione sanitaria.

L'OIV valuta, sotto il profilo gestionale, l'effettiva attuazione da parte delle strutture aziendali delle scelte contenute negli atti di indirizzo strategico, in termini di congruenza tra obiettivi prefissati e risultati ottenuti. Tale funzione di controllo s'inserisce nella logica più ampia del processo strategico di pianificazione e controllo aziendale.

L'attività dell'OIV è disciplinata da apposito Regolamento, approvato dall'OIV stesso, che stabilisce criteri, modalità e termini di funzionamento.

## **Collegi Tecnici**

La composizione, le funzioni, la nomina dei componenti e la durata in carica dei Collegi Tecnici (CT) sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa anche contrattuale di categoria.

In particolare i Collegi Tecnici sono nominati dal Direttore Generale ed effettuano la verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti, ai fini del conferimento o della conferma degli incarichi.

I Collegi Tecnici preposti alla verifica del personale dirigenziale medico e sanitario sono composti come segue:

- Direttore Sanitario o suo delegato;
- un componente apicale incardinato nella disciplina oggetto di valutazione;
- un dirigente esperto in tecniche di valutazione del personale.

I Collegi Tecnici preposti alla verifica del personale dirigenziale afferente ai ruoli professionale, amministrativo e tecnico sono composti come segue:

- Direttore Amministrativo o suo delegato;
- un componente apicale incardinato nel ruolo oggetto di valutazione;
- un dirigente esperto in tecniche di valutazione del personale.

I componenti dei Collegi Tecnici sono individuati di norma tra i dirigenti dipendenti dell'Istituto.

L'attività dei Collegi Tecnici è disciplinata da apposito Regolamento.

## **Comitato Tecnico Scientifico**

La designazione, la composizione, la nomina, la durata in carica, le funzioni e gli eventuali compensi dei componenti del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) sono previsti e regolati dalla vigente specifica normativa regionale

In particolare, il CTS ha funzioni consultive e di supporto tecnico scientifico all'attività clinica e di ricerca: è nominato dal Direttore Scientifico e presieduto dallo stesso.

Vi partecipa di diritto oltre che il Direttore Scientifico, il Direttore Sanitario ed è composto da altri dieci membri, proposti dal Consiglio di Indirizzo e verifica in numero di quattro tra i responsabili di Dipartimento, uno tra il personale medico dirigente, uno tra il personale delle professioni sanitarie con incarico dirigenziale, da due esperti esterni e due esperti nel campo della ricerca.

Il Comitato resta in carica per una durata non superiore a quella del Direttore Scientifico. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente del CTS, il medesimo componente sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo di durata del Comitato.

Alle sedute del CTS possono partecipare, su invito e per la trattazione di particolari problematiche, i responsabili delle articolazioni organizzative dell'Istituto.

Il CTS viene informato dal Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca dello stesso, nonché, in via preventiva, sulle singole iniziative di carattere scientifico.

L'attività del CTS è disciplinata da apposito Regolamento, approvato dal CTS stesso, che stabilisce criteri, modalità e termini di funzionamento.

### **Comitato Unico di Garanzia**

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, è previsto dalla vigente normativa e sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del *mobbing*, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi di lavoro relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni normative.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da componenti supplenti.

L'attività del Comitato è disciplinata da apposito Regolamento, approvato dal CUG stesso, che stabilisce criteri, modalità e termini di funzionamento.

### **Comitato Etico Unico Regionale e Comitato Etico per la Pratica Clinica**

Il Comitato Etico Unico Regionale (CEUR), secondo quanto previsto dalla normativa regionale, ha competenza nelle valutazioni delle sperimentazioni proposte sul territorio regionale riguardanti le strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale.

A livello aziendale le attività della ricerca clinica e i rapporti con il CEUR vengono coordinati dall'Ufficio per la Ricerca Clinica.

Il Comitato Etico per la Pratica Clinica è istituito a livello aziendale conformemente agli indirizzi regionali per la sua costituzione e funzionamento. La funzione del Comitato è quella di assicurare un adeguato esame delle problematiche etiche connesse alle attività cliniche e assistenziali proprie del Burlo, tra le quali:

- relazione medico-paziente;
- complessità di decisioni cliniche tra istanze tecnico - scientifiche e istanze soggettive;
- manifestazioni di disposizioni anticipate di trattamento;
- istanze complesse connesse alla procreazione e dell'inizio della vita;
- situazioni delicate connesse alla fine della vita.

Il Comitato è costituito con atto del Direttore Generale e dura in carica tre anni a decorrere dalla data di costituzione. I componenti sono scelti in base alla specifica competenza ed esperienza professionale posseduta nel settore bioetico. Nella nomina dei componenti deve essere garantito l'equilibrio di genere. L'incarico non può essere conferito per più di due volte consecutive ed è svolto a titolo gratuito. Non possono essere nominati componenti interni all'ente per più di due terzi della composizione complessiva. Il Comitato elegge al proprio interno il Presidente e il Vice presidente tra i componenti esterni.

Coerentemente al ruolo dell'Istituto di *hub* regionale per l'area materno-infantile, il Comitato Etico per la Pratica clinica del Burlo si propone quale riferimento regionale per le tematiche di bioetica in questo ambito.

L'attività del Comitato è disciplinata da apposito Regolamento, approvato dal Comitato stesso, che stabilisce criteri modalità e termini di funzionamento, nonché la disciplina delle ipotesi di decadenza e dimissioni dei componenti.

## Art. 7 - Direzione strategica

La Direzione strategica del Burlo è costituita da:

- Direttore Generale
- Direttore Scientifico
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

La Direzione strategica definisce, in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo sanitario e di ricerca nazionali ministeriali e regionali, le strategie, gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali aziendali e ne controlla l'attuazione. E' la sede di governo dell'Istituto. Assolve alle funzioni di controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Garantisce le interrelazioni necessarie per conseguire il perseguimento dei fini istituzionali con gli organi e organismi istituzionali e con le Istituzioni.

## Staff del Direttore Generale

Il Direttore Generale si avvale di uno *Staff*, che garantisce il supporto alle seguenti funzioni:

- **Programmazione e Controllo di gestione:** garantisce la declinazione annuale degli obiettivi strategici aziendali pluriennali, attraverso la predisposizione degli atti di programmazione annuale, coordina il percorso di budget ed il monitoraggio, attraverso rendiconti periodici, degli obiettivi stabiliti.
- **Relazioni con il Pubblico e Comunicazione:** assicura le relazioni esterne (identità visiva, sito aziendale, ufficio relazioni con il pubblico, ufficio informazioni, rapporti con gli enti locali e le associazioni di volontariato, mediazione culturale) garantendo l'esercizio dei diritti del cittadino all'informazione, all'accesso agli atti e alla partecipazione; agevolando l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, fornendo informazioni precise, semplici e chiare; raccogliendo ed analizzando segnalazioni, suggerimenti e reclami; assicurando la valutazione della qualità percepita (esterna ed interna); contribuendo, mediante l'ascolto dei cittadini, alla costante verifica della qualità dei servizi erogati; promuovendo la comunicazione istituzionale attraverso lo scambio e la collaborazione tra gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico delle altre Amministrazioni
- **Prevenzione e Protezione Aziendale:** assicura le attività di prevenzione e protezione, sia per gli operatori che per gli utenti secondo la specifica normativa vigente.
- **Formazione:** costituisce una risorsa fondamentale per il sistema di governo dell'Istituto. L'Ufficio preposto è deputato alla formazione continua del personale dell'Istituto, fornisce supporto e coordinamento anche per le attività formative rivolte all'esterno. Promuove la

cultura della formazione professionale e dell'educazione continua in medicina attraverso una gestione coerente e funzionale dei processi formativi.

### **Staff del Direttore Scientifico**

Il Direttore Scientifico si avvale di uno *staff* che ne supporta l'azione di governo, garantendo le seguenti funzioni:

- **Gestione attività scientifica:** svolge funzioni di segreteria generale, amministrazione e gestione della biblioteca scientifica; gestione e monitoraggio della ricerca corrente e finalizzata, incluso il *reporting* periodico dei costi sostenuti.
- **Promozione e coordinamento ricerca:** cura gli aspetti riguardanti i finanziamenti della ricerca e il trasferimento del prodotto scientifico; predispone e coordina la presentazione di applications a bandi di ricerca nazionali e internazionali, propone iniziative per il finanziamento della ricerca, predispone l'aggiornamento del sito web dell'Istituto per la parte di competenza, cura la divulgazione interna ed esterna dei prodotti di ricerca dell'Istituto, fornisce supporto tecnico per quanto riguarda le attività scientifiche.

### **Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo**

Il Direttore generale si avvale della collaborazione di un Direttore amministrativo e di un Direttore sanitario, all'uopo da lui scelti e nominati tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 11 del decreto legislativo n. 288/2003. Gli incarichi sono di natura autonoma, esclusivi e di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque, rinnovabili, stipulati in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La Regione stabilisce lo schema-tipo contrattuale di riferimento e in esso disciplina anche le cause di risoluzione del rapporto.

Il trattamento economico del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo è stabilito in analogia a quanto previsto per le corrispondenti figure delle Aziende sanitarie.

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo svolgono i compiti previsti dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 ed eventuali sue successive modifiche e integrazioni e dalla normativa regionale vigente in materia.

### **Direttore Sanitario e articolazione della Direzione sanitaria**

Il Direttore Sanitario concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo strategico. E' responsabile del governo clinico complessivo aziendale, inteso come insieme organizzato delle attività volte ad assicurare la qualità clinico assistenziale delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento.

Ai fini igienico-organizzativi, è responsabile della direzione delle strutture sanitarie, assicurando il coordinamento e l'integrazione delle strutture operative dell'Istituto, nonché promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie, lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla normativa vigente.

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, all'appropriatezza delle stesse, alla qualità dei servizi e all'accesso alle prestazioni.

Formula, altresì, proposte e pareri al Direttore Generale sulle materie di propria competenza e lo coadiuva nella determinazione e assegnazione dei budget di risorsa ai Responsabili delle strutture sanitarie assicurandone il monitoraggio e la verifica delle attività delle strutture stesse.

Il Direttore Sanitario opera perché venga assicurata, in collaborazione con la Direzione amministrativa, la predisposizione del piano degli interventi edilizi e delle attrezzature ed esprime pareri sulle progettazioni edilizie del Burlo in merito agli aspetti igienico - sanitari.

Al Direttore Sanitario fanno capo le seguenti funzioni:

- promozione della salute e corretti stili di vita;
- governo clinico dell'Istituto con riferimento sia alla qualità che all'efficacia ed efficienza tecnica;
- gestione del rischio clinico ed epidemiologia;
- assistenza farmaceutica;
- governo delle politiche riguardanti le professioni sanitarie e tecnico sanitarie.

Per l'assolvimento delle sue funzioni, il Direttore Sanitario si avvale delle seguenti articolazioni organizzative:

- SC Direzione delle Professioni Sanitarie;
  - SSD Direzione Medica di Presidio;
  - SSD Farmacia;
  - Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità;
  - Ufficio Gestione del Rischio Clinico;
-

- Ufficio Gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP);
  - Ufficio Gestione e sviluppo della Sanità Transfrontaliera;
  - Ufficio Organizzazione e Gestione della continuità assistenziale.
  
  - **SC Direzione delle Professioni Sanitarie** svolge le seguenti funzioni:
    - valorizza la risorsa umana attraverso la progettazione dei percorsi personali e professionali e l'utilizzo efficace ed efficiente nei processi di lavoro;
    - identifica modalità per la rilevazione del fabbisogno, l'allocazione, il mantenimento e la stabilizzazione della risorsa professionale e collabora nella definizione dei percorsi di reclutamento;
    - promuove il rispetto delle norme e degli accordi sindacali, dei sistemi premianti e dei percorsi di carriera;
    - collabora all'individuazione e all'analisi del fabbisogno formativo e partecipa alla progettazione del piano formativo e alla sua realizzazione;
    - collabora alla definizione di modalità di governo clinico e organizzativo delle attività di assistenza (attività preventive, assistenziali, riabilitative);
    - collabora alla promozione dell'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
    - promuove lo sviluppo della ricerca in ambito tecnico-assistenziale ed organizzativo;
    - valorizza i ruoli direzionali e promuove la cultura aziendale della responsabilizzazione sui risultati, attraverso il rafforzamento delle responsabilità gestionali della linea operativa e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi anche ad elevata autonomia tecnico-gestionale;
    - orienta il comportamento degli operatori alle finalità aziendali attraverso l'analisi, la valutazione e la riprogettazione dei processi.
  
  - **SSD Direzione Medica di presidio:** in raccordo con le altre strutture ha la responsabilità di supervisione e facilitazione del raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali di produzione delle prestazioni sanitarie, svolge le seguenti funzioni:
    - Funzioni igienico-sanitarie: igiene ambientale; ristorazione; gestione dei rifiuti ospedalieri; gestione della biancheria pulita/sporca; gestione dei trasporti in ambulanza dei degenti; sterilizzazione del materiale ad uso sanitario; prevenzione, sorveglianza e monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza.
    - Funzioni medico-legali: attività di polizia mortuaria e di medico necroscopo, denunce obbligatorie, gestione, conservazione e archiviazione di cartelle cliniche e della documentazione clinica in generale, vigilanza sulla riservatezza dei dati sanitari, vigilanza sulla tenuta di registri obbligatori, vigilanza sull'ammissione e sulla attività di personale
-



volontario, specializzandi, frequentatori ed in formazione nelle strutture, certificazioni mediche e rapporti con l'autorità giudiziaria.

- Funzioni organizzative: definizione delle tipologie degli ambulatori, orari di attività e del volume di prestazioni; gestione delle convenzioni con altre strutture sanitarie regionali ed extraregionali; autorizzazione per l'esecuzione di consulenze ed esami presso strutture convenzionate; collaborazione alla gestione dei flussi informativi, dei reclami e dei contenziosi medico legali.
  
  - **SSD Farmacia:** coadiuva la Direzione Strategica nella definizione delle politiche del farmaco. Supporta la Direzione Strategica e le altre funzioni di staff nel monitoraggio dei consumi di farmaci e dispositivi correlati alle attività e promuove attività di formazione e confronto multidisciplinare sull'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici e sulla valutazione critica del ruolo in terapia dei nuovi farmaci e dispositivi. Assicura l'adeguata tracciabilità e l'organizzazione delle politiche di approvvigionamento, registrazione, preparazione, distribuzione e controllo delle terapie farmacologiche sia per i trattamenti di routine sia per quelli delle sperimentazioni cliniche; garantisce lo sviluppo continuo della cultura e delle attività di farmacovigilanza, sviluppa e garantisce l'evoluzione di trattamenti specifici per l'area pediatrica anche attraverso l'implementazione dell'attività galenica.
  
  - **Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità:** sovrintende e coordina alle procedure di accreditamento istituzionale e volontario delle articolazioni aziendali e dei professionisti; verifica la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale, collabora allo sviluppo di progetti e programmi innovativi; pubblicizza e aggiorna regolamenti interni, raccomandazioni e linee guida.
  
  - **Ufficio Gestione del Rischio Clinico:** valuta la corretta codifica delle prestazioni di ricovero erogate e la qualità delle informazioni cliniche, dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità; collabora e implementa i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, dei rischi e dei danni da cadute, di prevenzione e controllo delle lesioni da pressione, di sicurezza nella gestione dei farmaci, compresi programmi di riconciliazione farmaceutica, di prevenzione degli errori, con analisi e segnalazioni degli eventi avversi e dei *near miss* attraverso *audit* clinici, analisi sistematica degli indicatori di *performance*, di processo e di esito.
  
  - **Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP:** assicura la valutazione del rapporto domanda/offerta e dei tempi d'attesa e la valutazione e monitoraggio dei tempi di esecuzione delle prestazioni e dei relativi volumi; gestisce le agende per l'accesso alle prestazioni delle attività ambulatoriali erogate sia in regime istituzionale che di libera professione intramoenia; valuta la corretta codifica delle prestazioni ambulatoriali e della mobilità sanitaria; collabora alla gestione della libera professione intramuraria e di tutta l'attività aziendale a pagamento e alla loro pianificazione periodica; collabora alla implementazione dei criteri di priorità, svolge l'attività di accettazione amministrativa.
-

- **Ufficio Gestione e Sviluppo della Sanità Transfrontaliera:** supporta la Direzione Strategica nel definire le procedure per l'accesso dei pazienti stranieri, comunitari ed extracomunitari, alle prestazioni sanitarie erogate dall'Istituto e alle modalità di pagamento alla luce della normativa vigente. Fornisce informazioni e supporto ai pazienti stranieri, comunitari ed extracomunitari, alle associazioni di volontariato e agli organismi non governativi che si occupano di cooperazione internazionale. Collabora allo sviluppo di reti di riferimento internazionali che identifichino il Burlo quale centro di riferimento per l'assistenza materno-infantile e supporta la realizzazione di progetti volti all'integrazione delle attività e allo scambio di conoscenze e risorse in ambito internazionale, anche utilizzando finanziamenti comunitari.
- **Ufficio Organizzazione e Gestione della Continuità Assistenziale:** implementa e monitora percorsi atti a favorire il lavoro di rete con i servizi sanitari, socio-sanitari o ospedalieri (anche extraregionali), territorialmente competenti, al fine di garantire un'adeguata presa in carico dei casi a media/alta complessità, progetti personalizzati; individua modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni finalizzate alla continuità assistenziale; collabora alle attività relative allo sviluppo e alla partecipazione dell'Istituto alle reti regionali di patologia.

La Direzione Sanitaria coordina, inoltre, tutte le attività inerenti il Sistema Sicurezza dell'Istituto con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione del Burlo, il Medico Competente, il Medico autorizzato e l'Esperto Qualificato.

Definisce, infine, le politiche aziendali, d'intesa con le altre componenti della Direzione Strategica, in tema di formazione e aggiornamento continuo del personale.

#### **Direttore Amministrativo e articolazione della Direzione amministrativa**

Il Direttore Amministrativo concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo strategico. È responsabile della vigilanza sulla legittimità degli atti amministrativi adottati e della predisposizione degli atti di esclusiva competenza del Direttore Generale. Inoltre, formula proposte e pareri obbligatori o su richiesta al Direttore Generale sulle materie di competenza. Il Direttore Amministrativo coordina le Strutture Tecnico-Amministrative ai fini dell'integrazione operativa delle stesse e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure e fornisce il necessario supporto giuridico, economico e tecnico ai fini dell'assunzione degli atti di competenza dei dirigenti.

Coadiuvata il Direttore Generale anche nella determinazione e assegnazione dei *budget* di risorsa ai responsabili delle Strutture Tecnico - Amministrative.

Coadiuvava inoltre il Direttore Scientifico per gli aspetti di competenza.

La Direzione amministrativa presenta una struttura organizzativa adeguata a trattare le seguenti funzioni, assicurate con strutture complesse o semplici, o incarichi anche di natura professionale, tenendo conto del livello di centralizzazione delle stesse presso l'ente regionale deputato alla gestione accentrata dei servizi condivisi del Servizio Sanitario Regionale:

- Gestione dei rapporti istituzionali con altri enti e istituzioni.
- Supporto a organi e organismi aziendali.
- Gestione del protocollo, dei repertori aziendali e degli archivi documentali.
- Gestione del contenzioso, consulenza legale interna e adempimenti necessari per la tutela degli interessi dell'ente.
- Gestione dei servizi assicurativi aziendali e dei relativi sinistri.
- Gestione del recupero crediti.
- Gestione degli atti di liberalità.
- Gestione contrattuale e contabile dell'attività progettuale assistenziale, di ricerca e di sperimentazione.
- Gestione contrattuale dell'attività brevettuale.
- Gestione amministrativa delle convenzioni per l'attività aziendale a pagamento.
- Gestione delle risorse umane, che assicura la gestione del rapporto di lavoro, dall'assunzione fino alla cessazione, in relazione agli aspetti contrattuali relativi alla prestazione lavorativa (reclutamento, sviluppo delle competenze, formazione, valutazione, valorizzazione e incentivazione, conferimento degli incarichi, ecc.).
- Supporto alla Direzione strategica per le relazioni sindacali.
- Gestione amministrativa dell'attività in libera professione relativa alla gestione delle prestazioni sanitarie in regime di libera professione nelle varie forme normativamente previste.
- Gestione economico-finanziaria e fiscale, che garantisce la gestione della contabilità generale, sistema di bilancio e rendicontazione, la gestione delle prestazioni, l'assolvimento degli adempimenti fiscali con tenuta dei registri, il versamento dei tributi periodici e la predisposizione delle dichiarazioni.
- Gestione degli approvvigionamenti ed esecuzioni contrattuali, deputata alle proposte dei fabbisogni e alla gestione dei processi di approvvigionamento dei beni di consumo, dei servizi anche in appalto, dei presidi sanitari e dei prodotti farmaceutici, nonché alla gestione amministrativa dei contratti di appalto, di fornitura di beni e servizi.
- Gestione logistica, che si occupa della gestione integrata del ciclo operativo attraverso analisi, scelta delle modalità di approvvigionamento e di distribuzione dei beni.
- Gestione edile e impiantistica, che assicura gli investimenti immobiliari e il mantenimento della funzionalità e della sicurezza e la gestione del patrimonio immobiliare dell'ente,

nonché il supporto alla Direzione generale per il piano investimenti e manutenzioni straordinarie.

- Ingegneria clinica, che assicura la gestione efficiente e sicura delle attrezzature biomedicali in uso presso l'ente e il supporto alla Direzione generale per il piano investimenti in tecnologie sanitarie.
- Tecnologie informatiche, che raccoglie e valuta le esigenze tecnologiche, informatiche e informative che emergono nell'ente, propone soluzioni coerenti con le istanze di innovazione nei campi amministrativo e sanitario e coordina le attività dei fornitori esterni di soluzioni informatiche.

Per l'assolvimento delle sue funzioni, il Direttore Amministrativo si avvale delle seguenti articolazioni organizzative:

- SC Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti;
- SC Gestione Economico-Finanziaria;
- SC Affari Generali e Legali;
- SC Gestione tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale;
- SSD Politiche del Personale.

Sono possibili forme di collaborazione con gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'espletamento di funzioni Tecnico-Amministrative comuni e sinergiche.

### **TITOLO III - LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE**

#### **Art. 8 - Modelli organizzativi aziendali**

L'assetto organizzativo del Burlo e i conseguenti livelli di responsabilità sono definiti in osservanza alle indicazioni contenute nella DGR n. 929 del 15 maggio 2015 avente ad oggetto *"Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici"* e dalla DGR n. 1437 del 17 luglio 2015 avente ad oggetto *"LR 17/2014 art. 9. Principi e criteri per l'adozione degli atti aziendali"*.

L'Istituto attua la separazione delle funzioni di programmazione, indirizzo e controllo da un lato e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, definendo gli ambiti di autonomia, di competenze e di responsabilità della Direzione strategica, della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda.

L'organizzazione e le attività dell'Istituto sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono rivolte ad assicurare - nel rispetto degli atti di pianificazione nazionale e regionale - la ottimizzazione ed integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

In coerenza con il mandato istituzionale del Burlo, le attività di assistenza e ricerca sono svolte da tutte le strutture sanitarie aziendali e sono strettamente integrate, anche con le attività di didattica per quanto riguarda in particolare le strutture universitarie, e pertanto di norma non può essere operata una separazione fra strutture che svolgono esclusivamente attività di ricerca o di assistenza. Ne consegue che le strutture sanitarie sono incardinate in Dipartimenti "misti" che afferiscono per la loro attività sia alla Direzione Sanitaria che alla Direzione Scientifica, per gli ambiti di rispettiva competenza.

Anche le strutture tecnico-amministrative, che afferiscono alla Direzione Amministrativa, sono di supporto a tutte le strutture aziendali, sia per le attività assistenziali che di ricerca.

L'Istituto adotta un modello organizzativo a matrice, che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali, che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

## **Art. 9 - Le Strutture aziendali e i livelli di responsabilità**

L'organizzazione dell'Istituto prevede l'articolazione in:

- Dipartimenti
- Strutture Complesse (SC)
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)
- Strutture Semplici (SS)
- Piattaforme e Aree assistenziali o Tecnico - Assistenziali (PA)
- Coordinamenti interaziendali
- Programmi integrati di patologia (PIP)
- Posizioni Organizzative e funzioni di Coordinamento

### **Dipartimenti**

Il Dipartimento si configura come struttura di coordinamento sovraordinata alla Struttura Complessa (SC) o Semplice Dipartimentale (SSD) rispetto agli aspetti gestionali; aggrega più strutture omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, attraverso l'integrazione funzionale e organizzativa delle risorse complessivamente assegnate, sono orientate a perseguire obiettivi comuni assegnati dalla Direzione Strategica nel corso del processo di *budget*. Ha quindi lo scopo di coordinare e sviluppare le attività cliniche, assistenziali e di ricerca scientifica delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici di Dipartimento.

I Direttori di Dipartimento sono scelti dal Direttore Generale tra i Direttori di SC dello stesso Dipartimento, in base a quanto previsto dal regolamento aziendale di attribuzione degli incarichi. L'incarico è fiduciario.

I Dipartimenti sono così denominati:

- Dipartimento di Pediatria;
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento Materno Neonatale e delle Terapie intensive;
- Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata;
- Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa.

Il funzionamento, la composizione e le funzioni dei Dipartimenti sono disciplinati in appositi Regolamenti.

### **Strutture Complesse**

Le Strutture Complesse (SC) sono articolazioni organizzative che possono afferire all'area sanitaria, professionale, tecnica o amministrativa.

Tra le SC dell'area sanitaria, le SC Universitarie sono quelle indicate dal vigente Protocollo d'intesa tra Regione Friuli Venezia Giulia e Università di Trieste.

Le SC sono dotate di responsabilità di *budget* ed esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati dalla programmazione regionale o aziendale. Operano in autonomia per le specifiche competenze in campo clinico e assistenziale, scientifico, gestionale ed organizzativo, coerentemente al modello dipartimentale e all'organizzazione per piattaforme ed aree assistenziali e tecnico-assistenziali.

L'attribuzione della complessità dipende non solo dalla quantità di risorse umane e strutturali assegnate, bensì anche dall'alta specializzazione espressa e dal contributo fornito alle attività di ricerca dell'Istituto.

### **Strutture Semplici Dipartimentali**

Le Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) sono articolazioni organizzative del Dipartimento, dotate di responsabilità di budget, alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate.

Se la SSD non afferisce ad alcun Dipartimento, questa afferisce direttamente alla componente della Direzione Strategica di riferimento.

### **Strutture Semplici**

Le Strutture Semplici (SS) sono articolazioni organizzative della SC che assicurano attività riconducibili a una linea di produzione chiaramente individuabile e di alta specializzazione. Sono strutture autonome professionalmente alle quali il Direttore della SC assegna la gestione di spazi, tecnologie e risorse umane.

Le strutture semplici sono individuate con separato atto, in coerenza con le vigenti disposizioni regionali in materia e con il modello organizzativo aziendale, garantendo comunque il rispetto dei rapporti fra SC e SS - SSD previsti dalle citate disposizioni regionali.

### **Piattaforme e Aree Assistenziali o Tecnico - Assistenziali**

Le Piattaforme Assistenziali o Tecnico-Assistenziali aggregano aree assistenziali e/o tecniche omogenee per funzioni o processi e possono essere trasversali anche a più dipartimenti.

In base alla complessità dei processi, all'entità delle risorse attribuite e alla valenza strategica sono gestite da un Dirigente, un titolare di Posizione Organizzativa o un Coordinatore appartenenti alle professioni sanitarie o tecniche.

I Responsabili delle Piattaforme Assistenziali o Tecnico-Assistenziali fanno capo al Direttore della SC Direzione delle professioni sanitarie, hanno la responsabilità della gestione delle risorse e del governo degli aspetti tecnico-professionali del personale del comparto assegnato e garantiscono l'utilizzo efficiente ed equilibrato delle risorse assegnate a supporto delle attività delle strutture cliniche.

I Responsabili delle Piattaforme Assistenziali o Tecnico-Assistenziali sono scelti dal Direttore Generale tra i professionisti della dirigenza o del comparto dell'area Assistenziale o Tecnico-Assistenziale di riferimento, con le modalità riportate nell'apposito Regolamento che ne disciplina il funzionamento.

Le Aree Assistenziali o Tecnico-Assistenziali sono articolazioni organizzative delle Piattaforme Assistenziali o Tecnico-Assistenziali che condividono risorse professionali, competenze, posti letto, beni di consumo e tecnologie trasversalmente alle strutture, e possono essere differenziate secondo modalità assistenziali, percorsi organizzativi, tipologia o complessità di *setting*, durata di degenza. Esse aggregano il personale delle professioni sanitarie, che risponde al Coordinatore di Area.

Il Coordinatore di Area risponde al Responsabile della Piattaforma di riferimento.

### **Coordinamenti interaziendali**

I Coordinamenti Interaziendali sono istituiti sulla base di specifici accordi con altre Aziende della Regione.

Si tratta di organismi che aggregano funzionalmente SC, SSD e SS appartenenti a diverse Aziende/Enti del SSR.

Sono finalizzati a garantire uniformità e appropriatezza ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione di specifiche aree specialistiche, anche nel campo della ricerca e della formazione, oltre che in ambito tecnico-amministrativo, valorizzando competenze ed esperienze complementari.



Operano in linea con le indicazioni e gli indirizzi gestionali derivati dalle migliori evidenze scientifiche e gestionali disponibili.

I Responsabili sono scelti dai Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano tra i professionisti responsabili di Struttura che ne fanno parte e afferiscono alla componente di riferimento delle Direzioni Strategiche. L'incarico è fiduciario.

Il funzionamento dei Coordinamenti Interaziendali è disciplinato da apposito Regolamento.

I Coordinamenti Interaziendali con l'ASUI di Trieste sono i seguenti:

- Anestesia e Rianimazione
- Cardiologia
- Laboratorio di Analisi Cliniche e Microbiologia
- Odontostomatologia
- Gestione del Personale
- Progetti internazionali (anche in collaborazione con Università di Trieste e il CBM - consorzio per il Centro di Biomedicina Molecolare).

L'individuazione dei Coordinamenti viene comunque effettuata ed eventualmente modificata in base alle esigenze organizzative delle Aziende coinvolte.

### **Programmi integrati di patologia**

Il Programma Integrato di Patologia (PIP) è un'articolazione organizzativa funzionale, di norma interaziendale, trasversale ai Dipartimenti e alle Strutture.

Ha il compito di coordinare le attività di prevenzione, clinico-assistenziali-riabilitative, di educazione alla salute, di formazione, di ricerca, di valutazione epidemiologica, di audit, previste per l'appropriato ed efficace funzionamento di uno o più percorsi multiprofessionali dedicati a pazienti omogenei per ambito di patologia e modalità di presa in carico.

Di norma sono identificati Programmi a partire dalle patologie per le quali l'Istituto rappresenta un punto di riferimento assistenziale, clinico o di ricerca.

A titolo di esempio sono identificati Programmi Integrati di Patologia riguardanti:

- Autismo
  - Dipendenze e Abuso in Adolescenza
  - Disturbi del Comportamento Alimentare
  - Gravidanza a Rischio
  - Miocardiopatie genetiche
  - Malattie sessualmente trasmesse
-

- Patologia riproduttiva
- Procreazione responsabile
- Neoplasie della mammella
- Neoplasie ginecologiche

I Responsabili dei singoli PIP collaborano, per il raggiungimento dei rispettivi obiettivi, con le altre articolazioni organizzative dell'Istituto e delle altre Aziende coinvolte, e riferiscono ai Direttori Sanitari e al Direttore Scientifico per le parti di specifica competenza.

I Responsabili di PIP sono scelti dai Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano tra i professionisti che ne fanno parte. L'incarico è fiduciario.

Il funzionamento dei PIP è disciplinato da apposito Regolamento.

### **Posizioni Organizzative e funzioni di Coordinamento**

L'assetto organizzativo aziendale prevede, in aggiunta agli incarichi dirigenziali, l'attivazione di Posizioni Organizzative (PO) che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità.

Le PO possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di piattaforme assistenziali, uffici o percorsi assistenziali di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale e organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

Per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche e riabilitative, di cui alla L. 251/2000, sono inoltre previsti incarichi di Coordinamento di area.

Le PO e i Coordinamenti di area sono individuati con separato atto e articolati in coerenza con il modello organizzativo aziendale.

L'attribuzione degli incarichi di Posizione Organizzativa e delle funzioni di Coordinamento è disciplinata da apposito Regolamento.

#### **Art.10 - Rapporti con l'Università**

I Rapporti con l'Università degli Studi di Trieste sono disciplinati dal vigente Protocollo d'intesa tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l'Università degli Studi di Trieste per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università, e dai relativi specifici accordi, nel rispetto della normativa vigente. In particolare, secondo quanto previsto dal citato Protocollo, il Burlo rappresenta la sede di riferimento per l'ambito materno-infantile per il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste, garantendo l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, e contribuendo in tal modo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università.

L'Istituto persegue inoltre politiche di collaborazione con le Università del Friuli Venezia Giulia, italiane e internazionali anche in ambiti diversi da quello strettamente sanitario; tali collaborazioni sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali e di ricerca anche in ambito gestionale e di alta formazione e sono regolamentate da specifici accordi istituzionali.

#### **Art.11 - Relazioni istituzionali e sindacali**

L'Istituto promuove il coinvolgimento degli organismi pubblici e privati individuando strumenti che favoriscono i processi di partecipazione e la creazione delle migliori condizioni per integrare le necessarie competenze.

In una logica interistituzionale, il Burlo si propone quale interlocutore degli Enti locali del territorio provinciale, regionale e nazionale impegnandosi ad attuare le funzioni ad esso attribuite nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi sovraordinati e nello spirito di leale collaborazione.

Il sistema delle relazioni sindacali tende ad assicurare chiarezza e trasparenza delle decisioni e pieno coinvolgimento di tutte le parti in un assetto nel quale sono individuati ambiti di responsabilità e ambiti di autonomia decisionale.

L'Istituto attua un modello di relazioni sindacali orientato al coinvolgimento delle rappresentanze collettive sindacali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi, nel rispetto della distinzione dei rispettivi ruoli e responsabilità.

## **TITOLO IV - IL PERSONALE**

### **Art.12 - Le politiche per il personale**

Le politiche del personale sono improntate a criteri di trasparenza e imparzialità dei comportamenti e sono attuate in coerenza con la visione e missione aziendali, adottando percorsi di partecipazione degli operatori, di sviluppo e di crescita professionali nell'interesse della stessa organizzazione e dei cittadini/utenti e coniugando la valorizzazione delle professionalità con l'individuazione di modelli organizzativi e assistenziali innovativi anche ad elevata autonomia tecnico-gestionale.

Le politiche per la promozione, lo sviluppo e la motivazione delle competenze professionali del personale vengono perseguite attraverso la condivisione degli obiettivi aziendali, il coinvolgimento nei processi organizzativi, il riconoscimento economico ed organizzativo degli apporti individuali, la valorizzazione del capitale intellettuale, nonché la tutela della salute e della sicurezza sul posto di lavoro.

L'Istituto sostiene lo sviluppo delle reti di relazioni finalizzate a migliorare la qualità delle prestazioni erogate, la sostenibilità di specifici progetti scientifici e formativi, i livelli di efficienza nelle attività, funzioni e processi sanitari e tecnico-amministrativi.

### **Art.13 - Conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi**

Le modalità di attribuzione, i criteri di graduazione e la valorizzazione economica degli incarichi sono stabiliti con Regolamento dell'Istituto ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa e dalla contrattazione collettiva nazionale.

Il conferimento di tutti gli incarichi avviene, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, sulla base di valutazioni che tengono conto dei programmi strategici da attuare e della valorizzazione delle competenze presenti nell'Istituto. Le modalità di attribuzione degli incarichi privilegiano gli aspetti propri dell'incarico da attribuire, le cui caratteristiche tecnico-scientifiche sono esplicitate formalmente in sede di definizione dell'incarico stesso.

La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato del Direttore Generale a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse e dai Regolamenti dell'Istituto.

#### **Art.14 - Le componenti professionali**

Il peculiare mandato istituzionale del Burlo, che prevede una stretta integrazione tra attività clinico-assistenziale, ricerca scientifica e attività didattica, nonché la gestione di processi professionali a elevata complessità e integrazione, implicanti intersettorialità, multidisciplinarietà e multiprofessionalità, richiede risorse umane eterogenee e specifiche.

Il reclutamento del personale avviene con modalità e strumenti disciplinati dalla normativa vigente, nei limiti della disponibilità delle risorse economiche all'uso destinate e dei vincoli normativi vigenti.

Il Burlo privilegia, quale modalità principale di acquisizione del personale, i rapporti di lavoro subordinato a tempo indeterminato; può altresì avvalersi di risorse umane a tempo determinato, acquisite sia con rapporto di subordinazione che di collaborazione, per le necessità, con le modalità e nei limiti previsti dalla norme vigenti, in particolare per lo svolgimento di attività progettuali.

L'Istituto può conferire borse di studio a seguito di selezioni pubbliche fra candidati aventi requisiti curriculari predefiniti nel bando e selezionati su criteri di cui a specifico Regolamento. La finalità è quella di consentire al personale individuato un periodo di formazione integrata nel campo dell'organizzazione sanitaria e della ricerca.

L'Istituto può altresì avvalersi di personale non selezionato direttamente ma acquisito attraverso accordi con altri soggetti pubblici e privati, al fine di realizzare le necessarie sinergie utili ad attuare comuni progetti di ricerca, a sviluppare protocolli di assistenza, a promuovere la circolazione delle conoscenze e delle professionalità.

#### **Art.15 - Valutazione**

Il Burlo attribuisce importanza strategica alla valutazione del personale, che si inserisce pienamente nel percorso aziendale di pianificazione, programmazione e verifica costante del raggiungimento degli obiettivi dell'Istituto e nel ciclo di gestione della *performance* ai sensi della vigente normativa.

Il sistema di valutazione deve:

- riferirsi agli obiettivi e alle finalità dell'Istituto, sicché la valutazione delle prestazioni dei dirigenti, incluse quelle di carattere scientifico, è parte integrante del più complesso sistema di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e dei progetti aziendali assistenziali e scientifici;
- prevedere momenti di confronto e discussione, affinché la trasparenza e condivisione del giudizio generino una positiva ricaduta della valutazione individuale sui comportamenti organizzativi;

- costituire un momento di crescita formativa, mediante la rilevazione delle eventuali lacune formative ed un'accurata definizione di percorsi individualizzati, effettivamente volti alla crescita professionale del dirigente;
- tenere conto di risultati e di elementi quanto più oggettivi possibile, inserendosi, quindi, in un contesto nel quale siano definiti gli obiettivi ed i compiti assegnati, che devono essere preventivamente conosciuti dal dirigente e dal personale del comparto unitamente ai livelli di *performance* attesa, nonché la modalità di misurazione tramite appositi indicatori.

La valutazione dei dirigenti, diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa, è caratteristica essenziale e ordinaria del rapporto di lavoro.

I dirigenti con incarico gestionale (Dipartimento, SC, SSD, SS) o con incarico di natura professionale, vengono sottoposti ogni anno alla valutazione dei risultati conseguiti nel corso dell'esercizio di riferimento; i medesimi dirigenti sono inoltre sottoposti a valutazione alla scadenza dell'incarico al fine della conferma dello stesso o dell'attribuzione di un nuovo incarico.

Nella valutazione degli incarichi di natura gestionale si tiene conto, proporzionalmente alla complessità gestionale dell'incarico assegnato, in particolare dei risultati di gestione e degli assetti organizzativi attuati, nonché del grado di raggiungimento degli obiettivi annualmente assegnati.

I dirigenti neoassunti sono sottoposti alla valutazione al compimento dei cinque anni di attività al fine dell'attribuzione dell'incarico.

E' sottoposto altresì a valutazione il personale del comparto, compresi i titolari di posizioni organizzative e di coordinamenti.

La valutazione avviene comunque secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente, dai contratti collettivi nazionali di lavoro e da specifici Regolamenti interni dell'Istituto.

#### **Art.16 - La formazione**

Il Burlo riconosce il valore della formazione come elemento strategico, oltre che istituzionale, vista la sua natura di Istituto scientifico, per accrescere la consapevolezza degli operatori e favorire lo sviluppo della qualità e il miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria erogata. Per questo motivo l'impegno richiesto nel campo della formazione è rilevante e si esplica su più vettori formativi: i destinatari sono sia il personale dipendente sia altri soggetti esterni, ai quali l'Istituto mette a disposizione il proprio patrimonio di conoscenze.

L'Istituto considera la formazione continua una risorsa fondamentale per il sistema di governo e un incentivo in grado di supportare i cambiamenti organizzativi richiesti dalle politiche sanitarie. Si tratta quindi di un investimento:

- finalizzato a sviluppare e rafforzare le conoscenze e le competenze del personale in un processo continuo e permanente;
- orientato a favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale nonché a rafforzare e consolidare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento degli utenti e degli operatori, appropriatezza ed equità delle prestazioni.

I programmi di formazione continua e le attività di didattica istituzionale sono sviluppati attraverso l'Ufficio Formazione in staff al Direttore Generale e coordinato dal Direttore Sanitario.

La programmazione delle attività formative è strutturata attraverso un piano triennale, declinato annualmente, in cui viene descritto il contesto, le strategie e l'insieme delle attività previste dall'Istituto; il piano comprende:

- gli obiettivi alla base delle scelte formative proposte,
- l'impegno economico previsto,
- i destinatari delle azioni formative programmate,
- i sistemi di verifica e di valutazione di qualità ed efficacia degli interventi sviluppati.

Il piano triennale della formazione e i suoi strumenti attuativi annuali (piano annuale) sono realizzati in forma partecipata dal Comitato Scientifico per la Formazione e dal Comitato Esecutivo per la Formazione, trasformando le esigenze aziendali in progetti e piani formativi coerenti con le strategie aziendali.

Attraverso il piano delle attività formative il Burlo intende realizzare sia la valorizzazione del personale, garantendo il miglioramento continuo delle prestazioni, l'avanzamento delle conoscenze scientifiche e culturali, sia la diffusione all'interno e all'esterno dell'ospedale delle buone pratiche cliniche e assistenziali basate sulle prove di efficacia.

L'Istituto può avvalersi di organizzazioni di supporto per l'erogazione di tipologie formative specifiche, quali ad esempio la formazione a distanza, la formazione mista (c.d. *blended*), come pure stipulare specifici accordi di collaborazione con altre Aziende al fine di conseguire gli obiettivi sopra indicati.

## TITOLO V - GESTIONE E FUNZIONAMENTO

### Art.17 - Processo di programmazione e controllo

Mediante il processo di programmazione e controllo economico-gestionale la Direzione Strategica definisce, in coerenza agli obiettivi e principi della programmazione sanitaria regionale e nazionale, gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

Il processo di programmazione e controllo si esplica mediante atti approvati dal Direttore Generale, nelle funzioni di pianificazione strategica, di programmazione attuativa e del controllo di gestione.

La pianificazione strategica, nell'ambito delle indicazioni fornite dalla Regione e dal Ministero per quanto di competenza, fissa le linee strategiche per il governo dell'Istituto, definendone gli obiettivi generali, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi sanitari, tecnici, amministrativi e di supporto, nonché l'assetto organizzativo.

Con la programmazione attuativa la Direzione aziendale concretizza la pianificazione strategica pluriennale nell'ambito dell'arco temporale annuale. Sono atti della programmazione attuativa il PAO (Piano Attuativo Ospedaliero) annuale, con gli atti relativi al bilancio preventivo e il documento aziendale annuale di *budget*.

Il controllo di gestione ha la funzione di guidare l'Istituto verso gli obiettivi definiti dalla Direzione rilevando, attraverso la misurazione di appropriati indicatori, lo scostamento tra obiettivi pianificati e i risultati conseguiti e informando di tali scostamenti gli organi responsabili, affinché possano attuare le opportune azioni correttive.

### Art.18 - Sistema di gestione per *budget*

Il sistema di gestione per *budget* è il principale sistema operativo del più ampio processo di programmazione e controllo di gestione ed è lo strumento con il quale il Burlo definisce, con i propri diversi livelli organizzativi, il perseguimento efficace ed efficiente delle strategie aziendali in rapporto alle risorse assegnate. Nell'annuale processo di *budgeting* vengono declinati in progetti/obiettivi operativi le linee della programmazione attuativa tracciate nel PAO.

Il processo di *budget* è strettamente collegato al sistema di misurazione e valutazione della *performance*. Perseguono entrambi una pluralità di scopi, tra i quali i principali sono:

- migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi strategici aziendali;



- proporre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
- rafforzare la responsabilizzazione degli operatori;
- rappresentare, misurare e rendere trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Le fasi del processo, le modalità operative, le funzioni e responsabilità coinvolte sono descritte in un apposito Regolamento.

Il ciclo della gestione del budget ha valenza annuale ed è strettamente collegato alla pianificazione e valutazione delle *performance* a livello d'Istituto e di ciascun Centro di Responsabilità. E' articolato in quattro fasi:

- programmazione;
- negoziazione del *budget*;
- svolgimento e misurazione dell'attività;
- *reporting* e valutazione.

### **Programmazione**

Gli obiettivi programmatici dell'Istituto vengono individuati annualmente nel PAO, in cui sono formalizzate le annuali scelte operative aziendali, fondate essenzialmente su Atti della programmazione nazionale e regionale, in particolar modo le Linee di Gestione annuali del Servizio Sanitario Regionale. Nello stesso PAO vengono definiti anche gli obiettivi di area scientifica correlati al ruolo istituzionale proprio degli IRCCS, nonché eventuali specifici obiettivi derivanti da piani di settore. Gli obiettivi vengono integrati con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale e devono essere in linea con il bilancio economico preventivo.

### **Negoziazione del *budget***

La negoziazione avviene tra la Direzione strategica e il responsabile di ogni Centro di Risorsa, con il supporto degli uffici della Programmazione e Controllo. Gli obiettivi da perseguire vengono esposti nella scheda di *budget* che contiene gli indicatori di verifica, le relative soglie, e le risorse assegnate. Nell'ambito dell'assegnazione del *budget*, il Direttore Generale individua anche gli obiettivi rilevanti ai fini della corresponsione dei compensi incentivanti, la cui valutazione sul livello di raggiungimento compete all'Organismo Indipendente di Valutazione, che la effettua sulla base di predefiniti criteri oggettivi.

La fase di negoziazione si conclude con l'approvazione del Direttore Generale delle schede degli obiettivi di *budget* negoziati con i diversi Centri di Responsabilità. Gli obiettivi assegnati in sede di *budget* sono integrati dagli obiettivi previsti negli Accordi Regionali sulle Risorse Aggiuntive Regionali e successivamente declinati a livello aziendale. L'assegnazione di tali

obiettivi e la relativa tempistica è vincolata agli accordi regionali e successivamente aziendali, che definiscono annualmente le risorse.

### **Svolgimento e misurazione dell'attività**

Sono effettuati monitoraggi periodici, di norma trimestrali, per analizzare il grado di raggiungimento degli obiettivi anche al fine di attuare eventuali azioni correttive ed eventuali revisioni dell'obiettivo e verifiche periodiche, secondo le tempistiche definite per il pagamento dei saldi parziali dagli accordi integrativi aziendali.

### **Reporting e valutazione**

I *report*, prevalentemente trimestrali, espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili a una comprensione dell'andamento globale dell'Istituto; sono definiti nei contenuti e nella forma in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Strategica e responsabili di Struttura.

L'andamento dei principali fenomeni e indicatori è sintetizzato nel cruscotto direzionale.

Nella relazione sulle *performance* sono esposti sia i risultati relativi al raggiungimento degli obiettivi delle diverse strutture operative, sia la sintesi degli obiettivi collegati alle Risorse Aggiuntive Regionali.

### **Art.19 - Centri di responsabilità**

Gli obiettivi e le risorse sono assegnati ai Centri di Responsabilità, che, individuati in armonia con l'organigramma aziendale, si distinguono in Centri di Attività e di Centri di Risorsa.

Ai Centri di Attività compete l'efficace perseguimento degli obiettivi sanitari, assistenziali o di supporto assegnati, da garantirsi mediante il migliore impiego delle risorse attribuite. A ciascun Centro di Attività è preposto il responsabile della struttura organizzativa corrispondente,

Ai Centri di Risorsa compete la gestione complessiva di un'intera categoria di risorse utilizzate da più Centri di Responsabilità. Al Responsabile del Centro di Risorsa compete l'adozione di tutti gli atti ed i provvedimenti amministrativi necessari per l'acquisizione, gestione e pagamento delle risorse assegnate.

## Art.20 - Sistema dei controlli

L'Istituto garantisce e disciplina il proprio sistema dei controlli, inteso come attività volta a garantire il rispetto delle norme di legge e verifica dei processi, finalizzata al governo e al miglioramento degli stessi. I meccanismi di controllo possono essere attivati sia all'interno dell'Istituto che dall'esterno e sono di carattere obbligatorio, quando previsti dalla normativa vigente, o volontari.

I controlli **obbligatori** e gli Organi/Organismi/Strutture deputati sono i seguenti:

Tipologia	Organi/Organismi/Strutture aziendali
Controllo di regolarità amministrativa e contabile.	Collegio sindacale
Controllo strategico, finalizzato ad assicurare la congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi prefissati.	CIV/Direzione Strategica
Controllo di gestione, teso a ottimizzare il rapporto fra costi e risultati attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, verificando anche la funzionalità dell'organizzazione, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione degli obiettivi fissati.	SSD Programmazione e Controllo
Controllo sulla corretta applicazione del sistema di valutazione del personale dipendente.	OIV
Controllo dei risultati gestionali, finalizzato ad una corretta applicazione del sistema premiante (retribuzione di risultato).	OIV
Controlli sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate.	Direzione Sanitaria
Controllo sull'accreditamento istituzionale/certificazioni obbligatorie.	Direzione Sanitaria

I controlli **facoltativi** e gli Organi/Organismi/Strutture deputati sono i seguenti:

Tipologia	Organi/Organismi/Strutture aziendali
Adesione a programmi volontari di certificazione e accreditamento all'eccellenza.	Direzione Sanitaria
Controlli basati sul monitoraggio delle segnalazioni degli utenti e della qualità percepita.	Direzione Strategica/URP
Controlli in materia di rischio clinico.	Direzione Sanitaria

## **Art.21 - Sistema Qualità**

In attuazione dei programmi e degli obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica per il governo clinico dei processi assistenziali e il miglioramento dei processi amministrativi, l'Istituto individua il Sistema Qualità come sistema di supporto e governo dei processi.

Il Sistema Qualità è strumento di promozione e sviluppo che indica i mezzi e la metodologia per il governo clinico e per il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati integrando e coordinando funzioni sanitarie, amministrative e di supporto, anche al fine di identificarne le prevedibili criticità in un'ottica di approccio proattivo al rischio nella sua complessità e trasversalità (rischio clinico, ambientale, lavorativo, informativo, tecnologico, assicurativo, amministrativo).

Il Burlo considera e promuove la qualità dei servizi offerti sia dal punto di vista dell'efficacia e sicurezza complessive che della soddisfazione dell'utenza, in quanto sistema in grado di coniugare la continua evoluzione conoscitiva professionale/tecnico/scientifica richiesta dalla elevata complessità delle attività espletate con un elevato livello di integrazione operativa.

L'adesione ai programmi di autorizzazione, accreditamento e certificazione internazionali, nazionali e regionali, sia istituzionali che volontari rappresentano, pertanto, un elemento di tutela della qualità e riproducibilità delle prestazioni erogate e di supporto alla partecipazione ai progetti di ricerca clinica nazionali e internazionali.

## **Art.22 - Attività di ricerca e sperimentazione clinica**

Le attività di ricerca e sperimentazione clinica, parte integrante della missione dell'Istituto, sono orientate a rendere applicabili i progressi nelle conoscenze all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici.

Il Burlo garantisce e coordina le attività attraverso l'Ufficio per la Ricerca Clinica (URC), che opera in maniera autonoma rispetto al Comitato Etico Unico Regionale, rappresentandone peraltro l'interfaccia a livello aziendale e gestisce le funzioni di promozione e supporto alla ricerca e sperimentazione clinica *profit* e *no profit*, nel rispetto delle norme di Buona Pratica Clinica e della normativa vigente.

Ai fini della promozione dell'attività, l'URC garantisce anche la specifica formazione dei professionisti dell'Istituto in questo ambito; supporta la ricerca e la sperimentazione clinica nelle fasi di ideazione, analisi, progettazione, conduzione, monitoraggio e conclusione di studi clinici.

### **Art.23 - Prodotti delle attività di ricerca**

Nell'ambito del vigente Codice sulla proprietà industriale e con specifico riferimento alle norme di disciplina degli IRCCS, l'Istituto persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari e può stipulare accordi e convenzioni con soggetti terzi, pubblici e privati, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca.

Al fine di un'adeguata gestione dei rapporti con il personale, nonché degli eventuali rapporti con soggetti terzi, in merito ai diritti derivanti dalle invenzioni brevettabili, l'Istituto adotta apposito Regolamento.

## **TITOLO VI - PARTECIPAZIONE**

### **Art.24 - Partecipazione e società civile**

L'Istituto orienta la programmazione delle proprie attività e delle strategie organizzative alla valorizzazione della centralità del cittadino utente, inteso non solo come destinatario di servizi e prestazioni ma quale interlocutore privilegiato e "ragion d'essere" dell'Istituto stesso.

In questa prospettiva, sono garantiti l'ascolto, la partecipazione e la tutela delle persone attraverso il costante impiego delle principali metodiche istituzionali di informazione, comunicazione e accoglienza, tra le quali: la Carta dei servizi, il sistema di gestione dei reclami, le indagini di qualità percepita e la mediazione linguistico - culturale.

L'Istituto promuove forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e di rappresentanza dei malati, per realizzare strumenti efficaci di comunicazione, di rilevazione delle reciproche esigenze, di integrazione delle rispettive potenzialità e competenze e la costruzione di progetti comuni, al fine di conseguire i migliori risultati per i pazienti e le loro famiglie.

### **Art.25 - Attività strumentali**

Secondo quanto disposto dalla vigente normativa di disciplina degli IRCCS, il Burlo può, previo parere del CIV, promuovere, esercitare o partecipare ad attività diverse da quelle istituzionali, purché con queste non in contrasto, mediante la stipula di accordi e convenzioni, la costituzione e partecipazione a consorzi, fondazioni, società di capitali, ad altri soggetti pubblici e privati, di cui siano accertate la capacità economica e finanziaria, nel rispetto dei seguenti principi:

- compatibilità con le risorse finanziarie disponibili;
- tutela della proprietà dei prodotti intellettuali e scientifici;
- obbligo di destinazione di eventuali utili al perseguimento degli scopi istituzionali, con particolare riguardo all'attività di ricerca.

In particolare, osservando i medesimi principi e sempre con esclusione di attività istituzionali, l'Istituto può:

- svolgere attività di sostegno e sviluppo all'assistenza, alla ricerca applicata e non, alla formazione anche avanzata;
- realizzare e gestire strutture, infrastrutture e servizi per la ricerca;
- attuare iniziative per la diffusione e il trasferimento dei risultati della ricerca e per la loro valorizzazione economica;
- intraprendere iniziative in settori funzionali alle attività assistenziali, formative e gestionali, quali i servizi alberghieri, di ristorazione e di manutenzione, nell'organizzazione di convegni, conferenze, seminari, corsi, ivi compresa la formazione a distanza;

- amministrare e valorizzare il patrimonio immobiliare disponibile.

L'Istituto attua misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e d'assistenza sanitaria, pubbliche e private, partecipando e avvalendosi, in particolare, delle reti degli IRCCS dedicati a particolari discipline, e della rete degli Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI-Associazione Ospedali Pediatrici Italiani), al fine di sviluppare comuni progetti di ricerca e protocolli di assistenza, di promuovere la circolazione delle conoscenze e delle competenze per garantire al paziente le migliori opportunità di cura e all'Istituto la possibilità di perseguire obiettivi di ricerca avanzata coerenti con il proprio mandato istituzionale.

Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca, l'Istituto può, conformemente alla vigente normativa, stipulare accordi con soggetti pubblici e privati di cui sia accertata la qualificazione e l'idoneità, partecipare a consorzi, società di persone o di capitali.

## **TITOLO VII - PATRIMONIO E FINANZIAMENTO**

### **Art.26 - Patrimonio**

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili e immobili di proprietà, da tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all'Istituto, dai beni trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle attività o a seguito di atti di liberalità e risultanti in sede di ricognizione.

Il Burlo dispone del patrimonio indisponibile e del patrimonio disponibile secondo la disciplina della proprietà privata secondo le vigenti norme speciali e del Codice Civile. I beni mobili e immobili che l'Istituto utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile mentre i beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente.

Il Burlo, previa valutazione di coerenza con la strategia aziendale e di opportunità, può accettare atti di liberalità, donazioni, legati ed eredità.

L'Istituto riconosce, inoltre, la valenza strategica del patrimonio biomedico e conoscitivo, derivante dall'attività di ricerca e assistenza.

### **Art.27 - Finanziamento**

Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'Istituto concorrono le risorse messe a disposizione dalla Regione in base a quanto indicato dalla vigente normativa, nonché gli ulteriori finanziamenti pubblici e privati per la ricerca.

E' possibile integrare il finanziamento aziendale attraverso azioni di fundraising nel rispetto della normativa vigente.



## **TITOLO VIII - DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE**

### **Art.28 - Entrata in vigore, regolamenti e attuazione**

Il presente Atto entra in vigore dalla data di approvazione del relativo decreto del Direttore Generale.

La disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa, per quanto non espressamente contemplato e la definizione degli indirizzi necessari all'attuazione della normativa contenuta nel presente Atto, sono rimessi all'esercizio del potere regolamentare dell'Istituto, fermo restando il rispetto delle fonti normative nazionali e regionali in materia.

I Regolamenti citati nel presente Atto Aziendale sono adottati secondo programma attuativo da approvare entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'Atto.

Contestualmente all'entrata in vigore del presente Atto perdono efficacia tutti gli atti organizzativi relativi ai precedenti Atti Aziendali e i regolamenti attuativi in essi richiamati, ove incompatibili.

La completa attuazione di quanto previsto nell'allegato a) del presente Atto avverrà con la gradualità necessaria a garantire la piena efficacia dei servizi, fermi restando i vincoli e le disposizioni regionali in materia.

## GLOSSARIO

ACRONIMO	DEFINIZIONE
AOPI	Associazione Ospedali Pediatrici Italiani
ASUI	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata
CEUR	Comitato Etico Unico Regionale
CIV	Consiglio di Indirizzo e Verifica
CT	Collegio Tecnico
CTA	Comitato Tecnico Scientifico
CUG	Comitato Unico di Garanzia
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DA	Direttore Amministrativo
DG	Direttore Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
D.Lgs.	Decreto Legislativo
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DS	Direttore Sanitario
DSc	Direttore Scientifico
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
L.	Legge
LR	Legge Regionale
MMG	Medici di Medicina Generale
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
PA	Piattaforme e Aree assistenziali o Tecnico - Assistenziali
PAO	Piano Attuativo Ospedaliero
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIP	Programma Integrato di Patologia
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PO	Posizione Organizzativa
SC	Struttura Complessa
SC R	Struttura Complessa collegata alla Ricerca
SS	Struttura Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
SSD R	Struttura Semplice Dipartimentale collegata alla Ricerca
URC	Ufficio per la Ricerca Clinica

## ALLEGATI

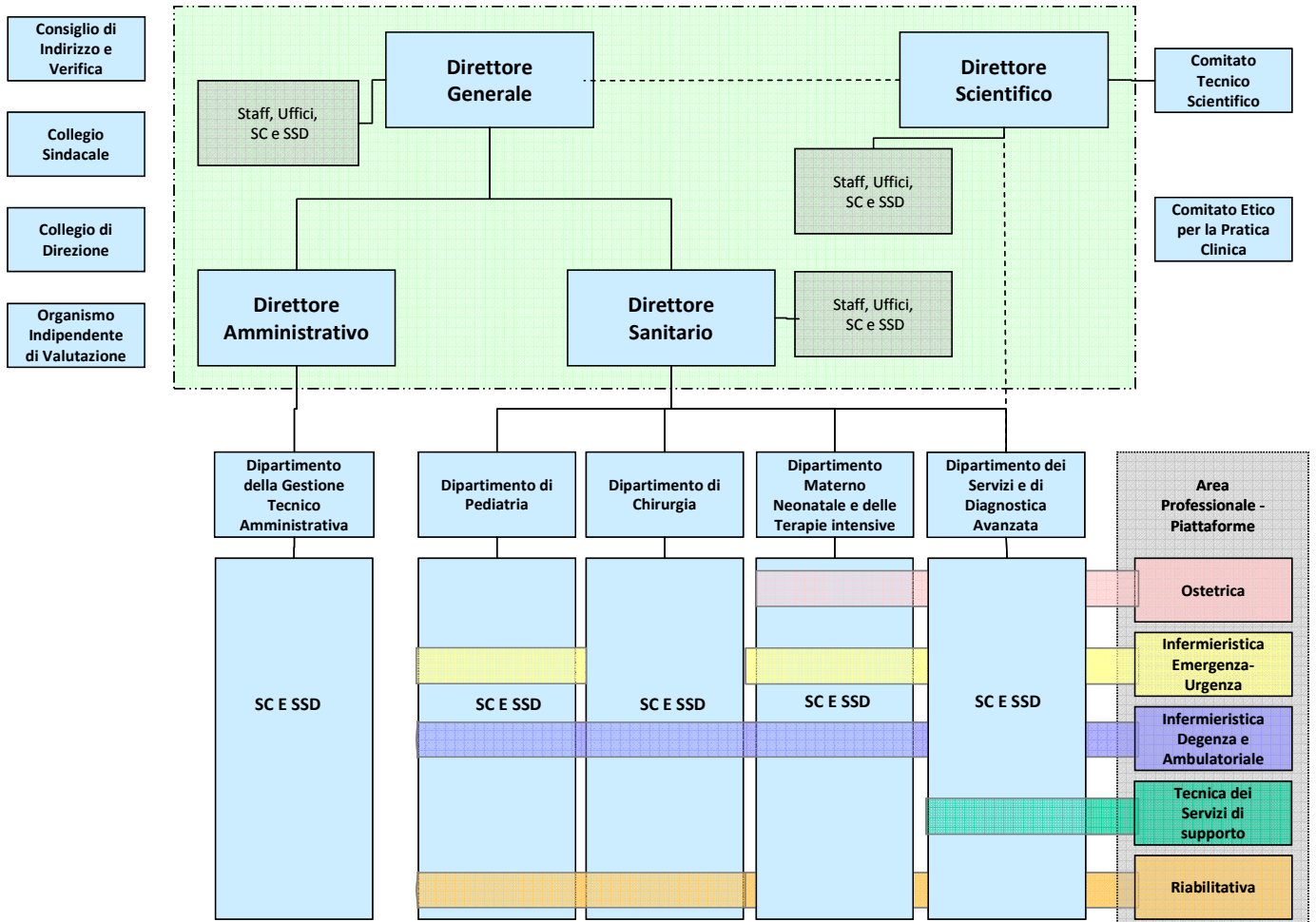
**Allegato a) Elenco e Organigramma dei dipartimenti e delle strutture aziendali complesse e semplici dipartimentali**

DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	AFFERENZA
Dipartimento di Pediatria	Direttore Sanitario e Direttore Scientifico
Dipartimento di Chirurgia	
Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive	
Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata	
Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa	Direttore Amministrativo

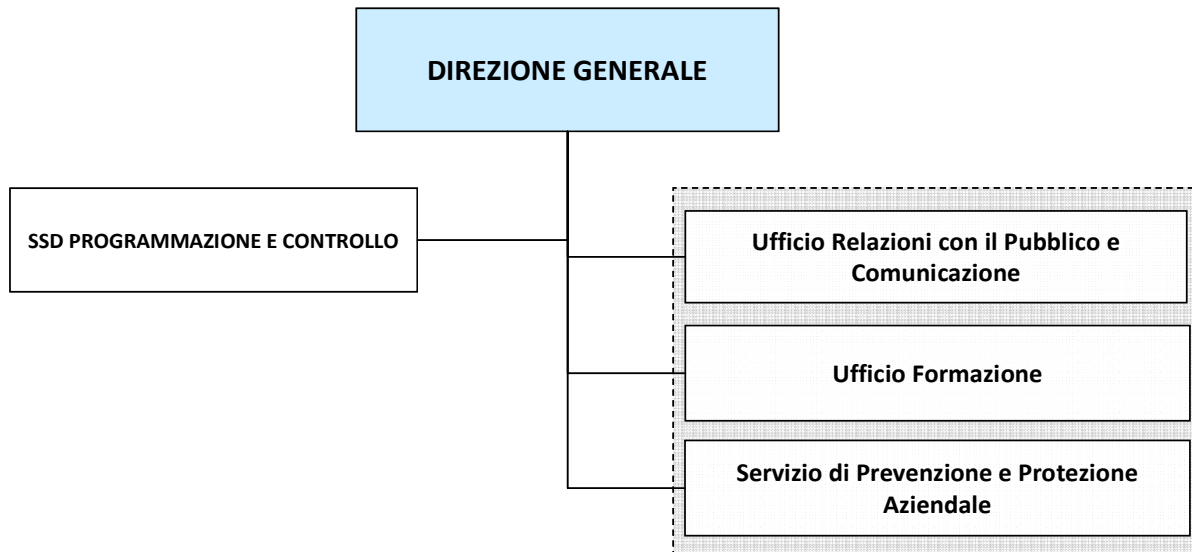
DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	AFFERENZA
Programmazione e Controllo	SSD	Direttore Generale
Direzione delle Professioni Sanitarie	SC	Direttore Sanitario
Direzione Medica di Presidio	SSD	Direttore Sanitario
Farmacia	SSD	Direttore Sanitario
Neuropsichiatria Infantile	SC	Dipartimento di Pediatria
Oncoematologia	SC	Dipartimento di Pediatria
Clinica Pediatrica	SC Direzione Universitaria	Dipartimento di Pediatria
Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	SC	Dipartimento di Pediatria
Chirurgia	SC	Dipartimento di Chirurgia
Oculistica	SC	Dipartimento di Chirurgia
Ortopedia e Traumatologia	SC	Dipartimento di Chirurgia
Otorinolaringoiatria e Audiologia	SC	Dipartimento di Chirurgia
Urologia Pediatrica	SSD	Dipartimento di Chirurgia
Odontostomatologia	SSD	Dipartimento di Chirurgia
Neonatologia	SC	Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive
Anestesia e Rianimazione	SC	Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive
Clinica Ostetrica e Ginecologica*	SC Direzione Universitaria	Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive

DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	AFFERENZA
Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita*	SC R	Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive
Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale*	SSD R	Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive
Gravidanza a rischio*	SSD	Dipartimento Materno neonatale e delle Terapie Intensive
* Le 2 SC e le 2 SSD di area Ostetrico-Ginecologica condividono le stesse piattaforme e aree assistenziali e il personale assegnato concorre alle attività comuni (guardie, ambulatori, sala operatoria, sala parto, ecc.)		
Genetica Medica	SC	Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata
Radiologia Pediatrica	SC R	Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata
Epidemiologia clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari	SC R	Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata
Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	SC R	Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata
Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	SSD R	Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata
Ingegneria Clinica, Informatica e Approvvigionamenti	SC	Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa
Gestione Economico - Finanziaria	SC	Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa
Affari Generali e Legali	SC	Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa
Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale	SC	Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa
Politiche del Personale	SSD	Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

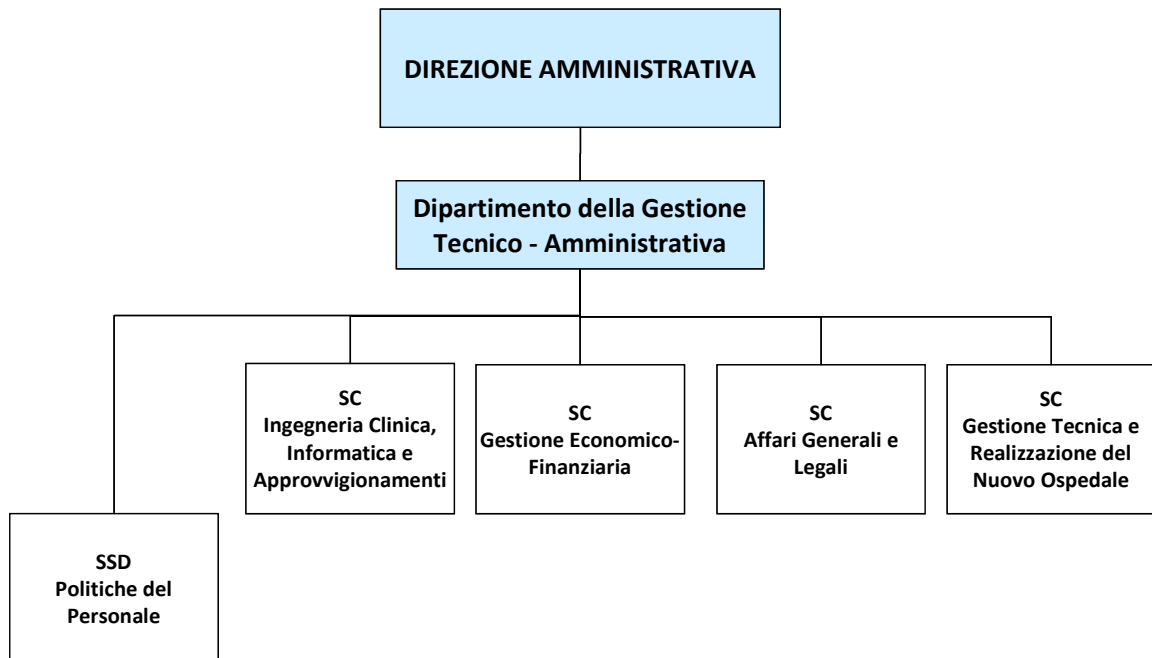
### Organigramma dei dipartimenti e delle strutture aziendali complesse e semplici dipartimentali



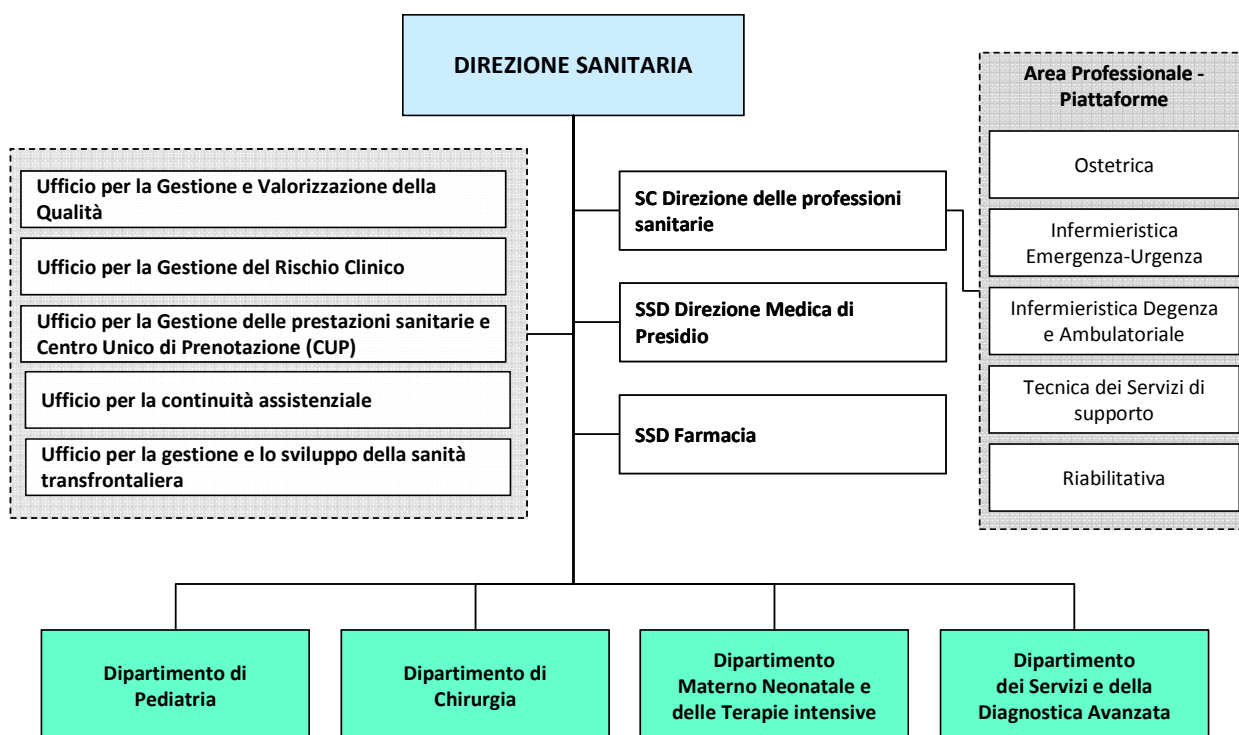
### Staff della Direzione Generale



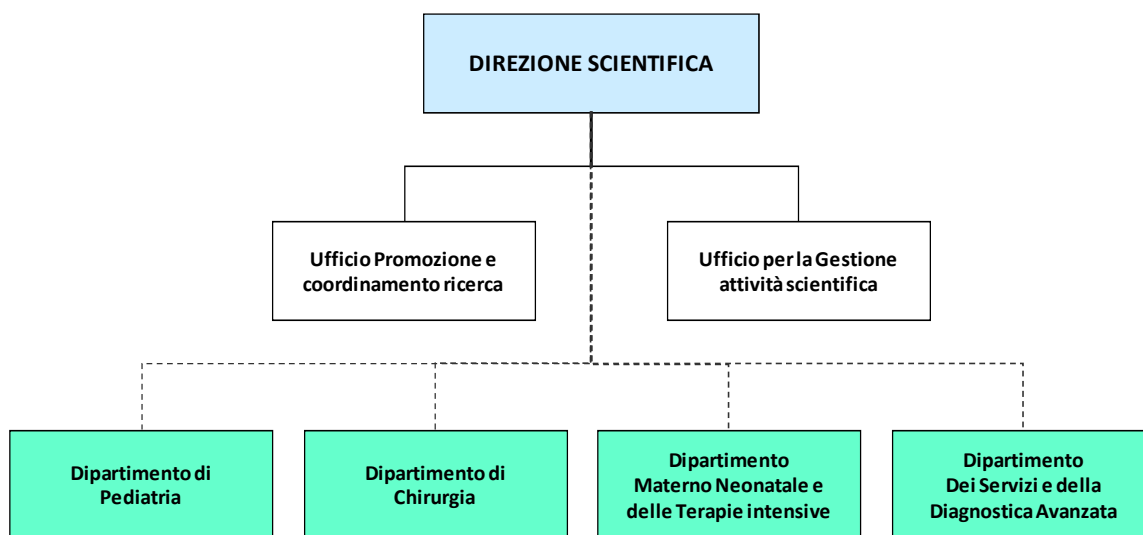
### Staff della Direzione Amministrativa



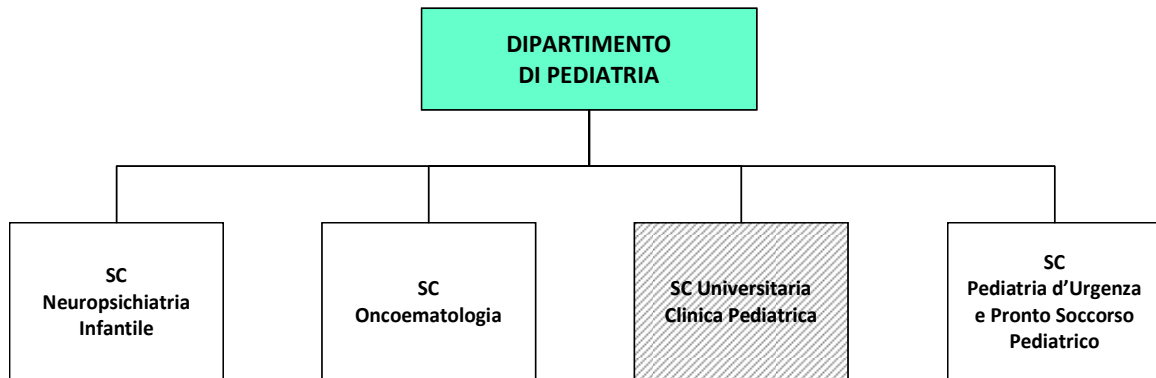
### Staff della Direzione Sanitaria



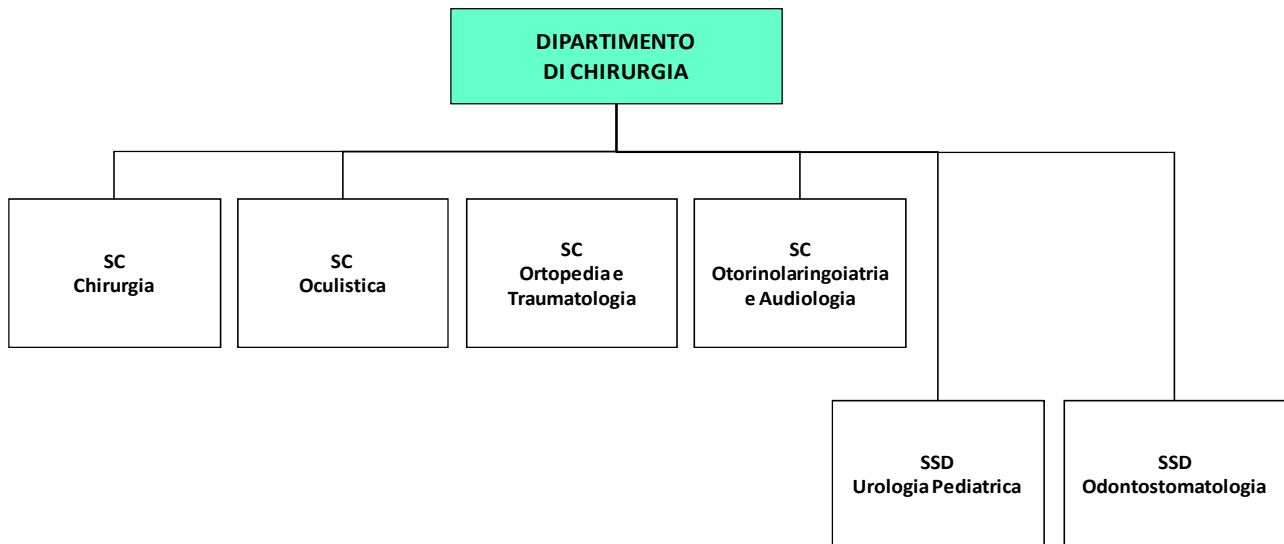
### Staff della Direzione Scientifica



## Dipartimento di Pediatria



## Dipartimento di Chirurgia



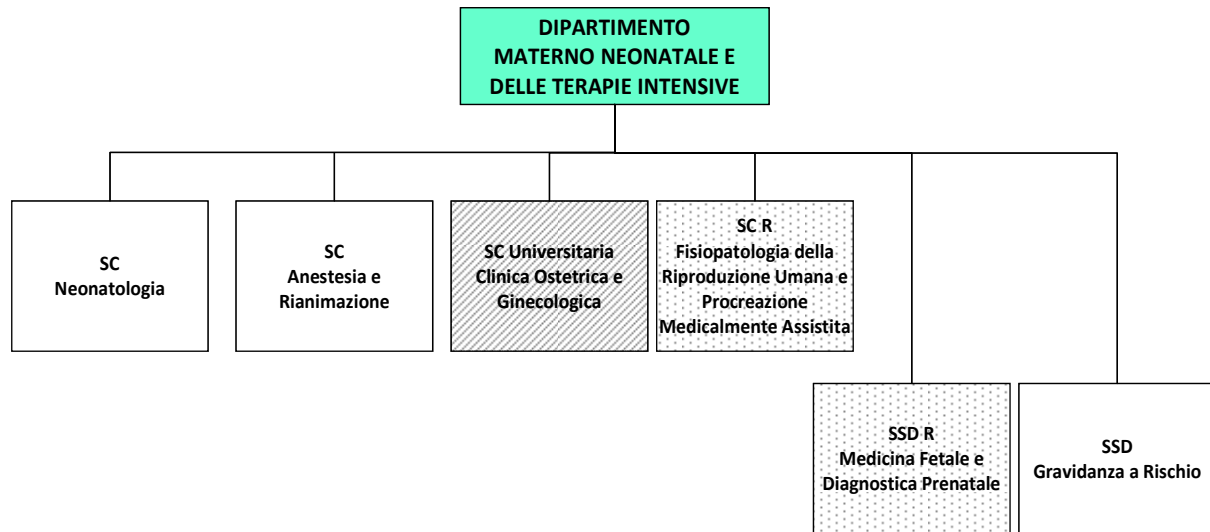
Legenda:

Struttura Complessa a Direzione Universitaria

Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale collegata alla Ricerca

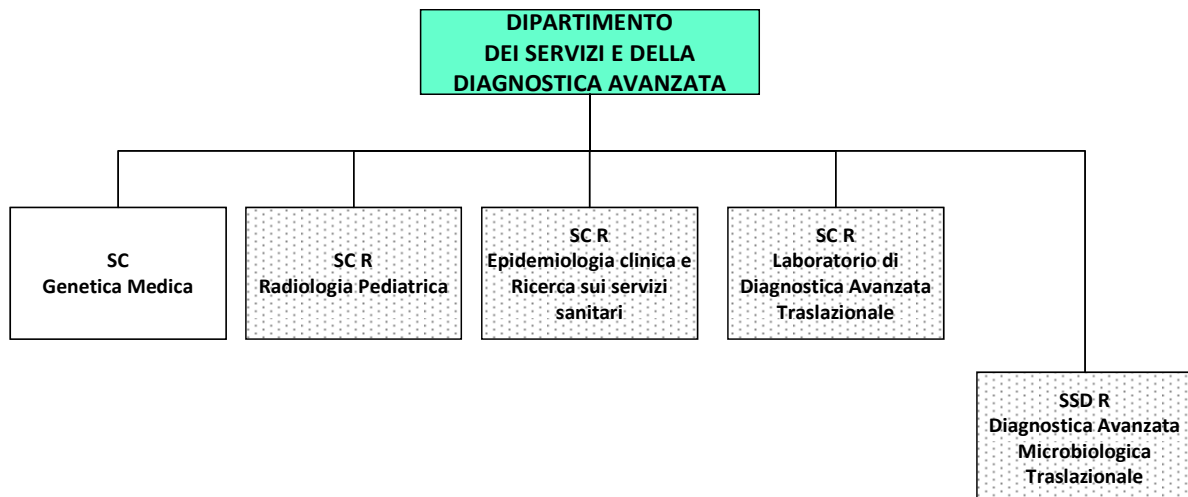


## Dipartimento Materno Neonatale e delle Terapie Intensive



\* Le 2 SC e le 2 SSD di Area Ostetrico-Ginecologica condividono le stesse piattaforme e aree assistenziali e il personale assegnato concorre alle attività comuni (guardie, ambulatori, sala operatoria, sala parto, ecc.)

## Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata



Legenda:

Struttura Complessa a Direzione Universitaria

Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale collegata alla Ricerca

**Variazioni delle SC/SSD rispetto al precedente Atto Aziendale**

	Pre	Post
SC sanitarie	20	13
SC collegate alla Ricerca	0	4
SC amministrative	6	4
<b>Tot SC</b>	<b>26</b>	<b>21</b>
SSD sanitarie	6	5
SSD amministrative	0	2
SSD collegate alla Ricerca	0	2
<b>Tot SSD</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

**Allegato b) Elenco degli immobili di proprietà dell'Istituto**

<b>PATRIMONIO IMMOBILIARE INDISPONIBILE DI PROPRIETA' DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO</b>						
<b>Tipologia</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Superficie [Mq]</b>	<b>Valore Iniziale</b>	<b>Valore residuo a patrimonio a fine esercizio 2015</b>
Comprensorio ospedaliero e relative aree esterne di pertinenza	Via dell'Istria 65/1-Trieste	Edificio principale - ospedale	Edificio su 7 livelli (piani da -1 a +5) a triplo corpo di fabbrica - Ospita tutte le attività di tipo ospedaliero	<b>14.469,00</b>	<b>€ 27.556.300,36</b>	<b>€ 20.852.751,00</b>
		Palazzina ambulatori	Edificio su 3 livelli destinato ad ambulatori e direzione medica di presidio	<b>2.307,90</b>		
		Palazzina laboratori - uffici	Edificio composto da due corpi di fabbrica destinati rispettivamente a laboratori ed uffici (su 3 livelli) e laboratori (su 5 livelli)	<b>3.383,10</b>		
		Palazzina ex stamperia - camera mortuaria	Edificio dismesso non agibile	<b>150,00</b>		
		Palazzina ex alloggio custode	Edificio parzialmente dismesso, destinato a deposito delle attrezzature da giardinaggio	<b>40,00</b>		
<b>TOTALE</b>				<b>20.350,00</b>		

<b>PATRIMONIO IMMOBILIARE DISPONIBILE DI PROPRIETA' DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO</b>						
<b>Tipologia</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Superficie [Mq]</b>	<b>Valore Iniziale</b>	<b>Valore residuo a patrimonio a fine esercizio 2015</b>
Edificio residenziale	Via Combi, 9 - Trieste	Terra	1 stanza, cucina, corridoio, w.c.	<b>36,00</b>	<b>€ 954.144,55</b>	<b>€ 568.228,54</b>
		Terra	3 camere, cameretta, cucina, bagno, ripostiglio, balcone	<b>96,00</b>		

I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo"  
Atto aziendale  
Allegato b) Elenco degli immobili di proprietà dell'Istituto

<b>PATRIMONIO IMMOBILIARE DISPONIBILE DI PROPRIETA' DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO</b>						
<b>Tipologia</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Superficie [Mq]</b>	<b>Valore Iniziale</b>	<b>Valore residuo a patrimonio a fine esercizio 2015</b>
		Terra	2 camere, cucina, bagno, w.c.	57,00		
		Primo	2 camere, cucina, bagno, w.c., balcone	64,00		
		Primo	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	68,00		
		Primo	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	77,00		
		Secondo	2 camere, cucina, bagno, w.c., balcone	64,00		
		Secondo	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	68,00		
		Secondo	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	77,00		
		Terzo	2 camere, cucina, bagno, w.c., balcone	64,00		
		Terzo	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	68,00		
		Terzo	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	77,00		
		Quarto	2 camere, cucina, bagno, w.c., balcone	64,00		
		Quarto	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	68,00		
		Quarto	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	77,00		
		Primo Seminterrato	1 stanza, corridoio, w.c.	24,00		
		Primo Seminterrato	1 stanza, corridoio, w.c.	40,00		
		Primo Seminterrato	2 camere, cameretta, cucina, bagno, w.c., ripostiglio, balcone	74,00		
		Secondo Seminterrato	magazzino	26,00		
		Primo Seminterrato	cantine	40,00		

I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo"  
Atto aziendale  
Allegato b) Elenco degli immobili di proprietà dell'Istituto

PATRIMONIO IMMOBILIARE DISPONIBILE DI PROPRIETA' DELL'IRCCS BURLO GAROFOLO						
Tipologia	Indirizzo	Denominazione	Descrizione	Superficie [Mq]	Valore Iniziale	Valore residuo a patrimonio a fine esercizio 2015
		Secondo Seminterrato	rifugio antiaereo	39,00		
Appartamento <sup>2</sup>	Via D'Azeglio, 2 - Trieste	Primo	3 camere, bagno, cucina, wc, corridoio con 2 cantine ed 1 ripostiglio al pianoterra	93,00	€ 26.600,00	€ 13.497,04
Appartamento	Via Udine 32, Trieste	quinto	2 stanze ed 1 wc esterno	65,00	€ 25.080,44	€ 12.665,67
		quinto	2 stanze ed 1 wc esterno	52,00	€ 35.112,61	€ 17.731,84
Appartamento	Via Romagna 28/1 - Trieste	Terzo	cucina, bagno, n. 3 stanze ed un locale ripostiglio finestrato, 1 ripostiglio al pianoterra, 1 posto auto condominiale	90,00	€ 109.749,99	€ 101.518,74
Appartamento	Via dell'Istria 118	Primo	cucina, stanza, bagno	60,00	€ 144.293,00	€ 111.827,07
Ufficio	Via dell'Istria 118	Primo	4 vani un ripostiglio ed un servizio igienico	75,00	€ 180.098,00	€ 139.575,95
Posti auto	Via dell'Istria 118	Rialzato	n. 2 posti auto	30	€ 44.000,00	€ 34.100,00
				<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.519.078,59</b>	<b>€ 999.144,85</b>

EDIFICI IN LOCAZIONE				
Tipologia	Indirizzo	Denominazione	Descrizione	Superficie [Mq]
Magazzino	Via Caboto 23	Terra	Magazzino con annessi spazi uso ufficio	2.123,00

<sup>2</sup> In comproprietà al 50% con l'Istituto Rittmeyer - Trieste

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: *BENEDETTA SMEDILE*

CODICE FISCALE: *SMDBDT60M49F205J*

DATA FIRMA: *10/11/2016 15:59:13*

IMPRONTA: *6550BFEF410165CE00642100683D57A221784D523482AFBB77E974F1B68FBC6F21784D523482AFBB77E974F1B68FBC6F1835752FE6CB16609CBE1F75E4AFAAF21835752FE6CB16609CBE1F75E4AFAAF24FFA731B7F26E33569CD06AA8949CDEF4FFA731B7F26E33569CD06AA8949CDEF41A0E6393238071D47D8DCE025D4C2CB*

NOME: *STEFANO DORBOLO'*

CODICE FISCALE: *DRBSFN64E08L483U*

DATA FIRMA: *10/11/2016 16:01:53*

IMPRONTA: *36B5F774CC62147FE6B3489E7BB66E76F98CC17AF4540B6F2DD4D8EC9A01E81AF98CC17AF4540B6F2DD4D8EC9A01E81ABD4EAB2F6907F3E0C16259B71CA25A83BD4EAB2F6907F3E0C16259B71CA25A83A998AC5DEE1F277F1A6519E9A01CE326A998AC5DEE1F277F1A6519E9A01CE3261D3D1E5ACB653A75CEDBE1A7471E6D1F*

NOME: *ADELE MAGGIORE*

CODICE FISCALE: *MGGDLA54D55B428P*

DATA FIRMA: *10/11/2016 16:07:22*

IMPRONTA: *65CBC3BD19D2489CE44A602C7BD56627EBA7B6A0C25C37A362DD6E5B24569759EBA7B6A0C25C37A362DD6E5B2456975998291BECDA6475A7B91A93BB9AB8E9BF98291BECDA6475A7B91A93BB9AB8E9BF338FDCDC9E00EB454DA5CA86FE43308E338FDCDC9E00EB454DA5CA86FE43308EB3833F28B12F6D438A5CF0DFE0D7D41C*

NOME: *FABIO BARBONE*

CODICE FISCALE: *BRBFBA59S23L424S*

DATA FIRMA: *10/11/2016 16:22:43*

IMPRONTA: *101A03C379FB45B8B1DDEEA1FB06E9A1A46B05CC8E2F0F6624DDC08D370F5C2CA46B05CC8E2F0F6624DDC08D370F5C2CD6006D22C12354A8261C06FE99109F1FD6006D22C12354A8261C06FE99109F1F68D81B1E9B338E25E2CC169AF19951CA68D81B1E9B338E25E2CC169AF19951CAC5BE476E3E8C23FC79BA6EFB243DF684*

NOME: *GIANLUIGI SCANNAPIECO*

CODICE FISCALE: *SCNGLG57M16L049L*

DATA FIRMA: *10/11/2016 16:32:34*

IMPRONTA: *46AE1949F27E6C8BA0F368A9D0A44391D749E1E074F83B4F98CDC6167CF8B7A4D749E1E074F83B4F98CDC6167CF8B7A41C438F3B94D86410B5F09A746DFA8B9C1C438F3B94D86410B5F09A746DFA8B9C2655E6D5597AD89590E1CC5EEF82ACCC2655E6D5597AD89590E1CC5EEF82ACCCDF8DEAE4E21B9591ABC28D9A4A80358B*